

Université de Montréal

Analyse organisationnelle et évaluation de la désinstitutionnalisation dans un hôpital  
psychiatrique

par

Daniel Reinharz

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)  
en Santé publique  
option organisation des soins de santé

août 1998

© Daniel Reinharz, 1998



WA  
5  
USB  
1999  
U.006

Le Directeur de l'Administration

Le Directeur de l'Administration et le Directeur de l'Enseignement Supérieur

Paris

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche  
Le Directeur de l'Enseignement Supérieur  
Le Directeur de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche  
Le Directeur de l'Enseignement Supérieur  
Le Directeur de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche



Paris

Le Directeur de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Analyse organisationnelle et évaluation de la désinstitutionnalisation dans un hôpital  
psychiatrique

présentée par:

Daniel Reinharz

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

*Régis Blais - président*  
*André-P. Contandriopoulos*  
*Alain Lesage*  
*Raymond Morissette*  
*Pierre Joubert*  
*David Cohen*

Thèse acceptée le:..... 06.01.1999 .....

## SOMMAIRE

La réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, appelée communément désinstitutionnalisation, est un des reflets les plus évidents des changements majeurs qui ont affecté la psychiatrie de ces dernières décennies. Malgré son caractère apparemment inéluctable, les fondements sur lesquels elle repose restent contestés, laissant les preneurs de décisions avec peu d'information pour décider du devenir des patients toujours institutionnalisés.

Ce travail a consisté à aborder la désinstitutionnalisation de personnes souffrant de maladie mentale sévère persistante, hospitalisées au long terme dans un grand hôpital psychiatrique québécois, sous deux perspectives. La première perspective a consisté en une analyse organisationnelle du processus ayant mené au cours des 10 dernières années à la réduction du nombre de lits dans l'hôpital psychiatrique étudié. Dans la deuxième perspective une analyse des conséquences et des coûts de deux options, l'institutionnalisation et la désinstitutionnalisation, a été réalisée.

L'analyse organisationnelle, réalisée à partir de la lecture de documents et d'entrevues semi-structurées effectuées avec 23 acteurs-clefs choisis pour représenter différents milieux tant institutionnels (hôpital, planificateurs provinciaux et régionaux) que non institutionnels (organismes communautaires, ressources intermédiaires et alternatives) a permis de retracer l'histoire de la désinstitutionnalisation de l'hôpital, située dans le contexte plus large des dynamiques interne (l'institution) et externe (le réseau de santé mentale).

Ce volet a mis en évidence les rapports de coopération et d'affrontements qui ont marqué l'histoire de l'hôpital et du réseau de santé mentale, par rapport à la population de malades souffrant de troubles sévères et persistants, au cours des 10 dernières années. D'une situation passablement éclatée, les deux systèmes ont évolué vers un état relativement intégré où les fonctions et les responsabilités de chacun sont désormais plus acceptées. La désinstitutionnalisation aura été dans cette évolution une finalité pour tous les groupes les plus importants, avec une préoccupation constante de ne pas faillir à une responsabilité d'œuvrer pour

le bien-être des patients, mais aussi un instrument pour asseoir son autorité et obtenir un ralliement autour de ses idées. En ce sens, la désinstitutionnalisation est devenue inéluctable.

Dans la partie quantitative, un échantillon de 96 personnes ayant été désinstitutionnalisées à un moment donné, entre le 1<sup>er</sup> avril 1989 et 30 avril 1998, a été constitué. Ces individus ont été pairés pour l'âge, le sexe, la durée de la dernière hospitalisation avant le début de l'étude ainsi que le niveau de soins psychiatriques requis, avec des patients qui sont restés hospitalisés. Trois instruments ont été administrés en personne aux intervenants ou aux proches en charge des patients, pour évaluer plusieurs dimensions relatives à l'état de santé mentale, l'état de santé physique, le comportement, les habiletés de vie quotidienne et la qualité de vie: la Grille de New York, *l'Independent Living Skills Schedule* et le questionnaire de *Becker*. De plus, l'information sur l'hébergement, l'utilisation de services de santé et de services sociaux a été colligée pour la période s'étendant entre le début de l'étude et le moment où les patients étaient rencontrés (entre septembre 1996 et avril 1998).

Les résultats révèlent que la désinstitutionnalisation, telle qu'elle s'est effectuée dans l'hôpital n'a pas eu d'effet délétère pour les patients sortis, et qu'elle représente une option moins coûteuse que l'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. On assiste même à des gains sur des dimensions (par exemple sur la qualité de vie et la sociabilité) et ce, bien qu'une grande proportion des patients sortis souffre de problèmes physiques importants. Ces résultats suggèrent que pour plusieurs patients encore hospitalisés, envisager un hébergement dans une ressource autre que l'hôpital psychiatrique devrait être bénéfique, autant pour ces personnes dont la qualité de vie devrait s'en trouver améliorée, que d'un point de vue financier pour le système de soins.

## TABLE DES MATIERES

	Sommaire.....	i
	Table des matières.....	iii
	Liste des tableaux.....	viii
	Liste des figures.....	x
	Remerciements.....	xi
<b>1</b>	<b>Problématique.....</b>	<b>1</b>
1.1	Introduction.....	1
1.2	La psychiatrie: un domaine en profonde mutation, mais vers quoi ?.....	2
1.3	La désinstitutionnalisation: un processus inéluctable.....	3
1.4	Un peu d'histoire.....	8
1.5	La désinstitutionnalisation au Québec.....	9
1.5.1	Un survol historique.....	9
1.5.2	Quelques données factuelles sur la désinstitutionnalisation au Québec.....	12
1.6	L'évaluation de la désinstitutionnalisation.....	19
1.6.1	Que sait-on des conséquences de la désinstitutionnalisation ?.....	22
1.6.2	Que sait-on du coût/efficacité de la désinstitutionnalisation ?.....	25
1.6.3	Que sait-on du contexte organisationnel et de son impact sur la désinstitutionnalisation ?.....	31
1.7	Synthèse et objectifs de l'étude.....	37
<b>2</b>	<b>La désinstitutionnalisation dans un hôpital psychiatrique: une perspective organisationnelle .....</b>	<b>39</b>
2.1	Introduction.....	39
2.2	Approche analytique.....	44

2.2.1	Cadre théorique.....	45
2.2.1.1	<i>Toile de fond conceptuelle</i> .....	46
2.2.1.2	<i>Objets d'étude</i> .....	48
2.2.2	Approche opérationnelle.....	51
2.2.2.1	<i>Sources de données</i> .....	51
2.2.2.2	<i>Recherche d'information</i> .....	57
2.2.2.3	<i>Analyse des données</i> .....	59
2.3	Résultats.....	61
2.3.1	Le contexte.....	61
2.3.2	Période pré-deuxième tutelle (pré 4 mai 1990).....	66
2.3.2.1	<i>Les événements</i> .....	66
2.3.2.2	<i>Archétype de la pre-2<sup>ème</sup> tutelle: un système passablement éclaté..</i>	71
2.3.2.3	<i>Le leadership</i> .....	73
2.3.2.4	<i>Conséquences</i> .....	77
2.3.3	Période de la deuxième tutelle.....	80
2.3.3.1	<i>Les événements</i> .....	80
2.3.3.2	<i>Archétype de la deuxième tutelle: un système qui se veut intégré...</i>	85
2.3.3.3	<i>Le leadership</i> .....	87
2.3.3.4	<i>Conséquences</i> .....	88
2.3.4	Période post 2 <sup>ème</sup> tutelle.....	90
2.3.4.1	<i>Les événements</i> .....	90
2.3.4.2	<i>Archétype de la post tutelle: un équilibre retrouvé</i> .....	107
2.3.4.3	<i>Le leadership</i> .....	109
2.3.4.4	<i>Conséquences pour l'archétype</i> .....	112

2.4	Discussion ou de l'intérêt de connaître le chinois.....	114
2.4.1	Une perspective organisationnelle descriptive sur une résolution d'une crise.....	114
2.4.1.1	<i>Des enjeux complexes.....</i>	114
2.4.1.2	<i>Un cadre d'analyse.....</i>	117
2.4.1.3	<i>L'histoire résumée d'une résolution d'une crise ou d'une restructuration.....</i>	118
2.4.1.4	<i>D'une situation de crise à une pacification: des constats.....</i>	125
2.4.2	Une perspective organisationnelle analytique sur une résolution d'une crise.....	127
2.4.2.1	<i>Les concepts.....</i>	127
2.4.2.2	<i>Des problèmes certes, mais aussi des solutions.....</i>	129
2.4.2.3	<i>Des causes et des effets.....</i>	132
2.4.2.4	<i>Entre danger et opportunité, le rôle joué par la désinstitutionnalisation dans le processus de restructuration.....</i>	139
<b>3</b>	<b>Analyse des conséquences et des coûts de la désinstitutionnalisation dans un grand hôpital psychiatrique.....</b>	<b>143</b>
3.1	Introduction.....	143
3.2	Méthodologie.....	144
3.2.1	Population de l'étude.....	144
3.2.2	Mesure des conséquences.....	146
3.2.3	Mesure des intrants (coûts).....	149
3.2.3.1	<i>Prémises.....</i>	149
3.2.3.2	<i>Quantification des services utilisés.....</i>	150
3.2.3.3	<i>Attribution des coûts unitaires.....</i>	151
3.2.4	Analyse des résultats.....	161



3.2.4.1	<i>Analyses descriptives de la population étudiée.....</i>	161
3.2.4.2	<i>Analyses bivariées sur les conséquences de l'alternative.....</i>	162
3.2.4.3	<i>Analyses multivariées.....</i>	163
3.3	Résultats.....	178
3.3.1	Description de la population de l'étude.....	178
3.3.1.1	<i>Caractéristiques de la population au début de l'étude.....</i>	179
3.3.1.2	<i>Mouvements de la cohorte sortie.....</i>	181
3.3.1.3	<i>Caractéristiques de la population au moment des entrevues.....</i>	184
3.3.2	Analyses multivariées.....	195
3.3.2.1	<i>Régressions logistiques.....</i>	195
3.3.2.2	<i>Régressions linéaires multiples sur les coûts.....</i>	202
3.4	Discussion.....	204
3.5	Conclusion.....	217
<b>4</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>218</b>
	<b>Références.....</b>	<b>225</b>
Annexe 1	Questionnaires envoyés aux personnes interrogées.....	i.1
Annexe 2	Questionnaires passés aux intervenants au moment de l'entrevue (GNY, HHPP, questionnaire qualité de vie, ILSS).....	i-23
Annexe 3	Analyses de validation du questionnaire de qualité de vie réalisées par Geneviève Boyer et Céline Mercier, hôpital Douglas.....	i-42
Annexe 4	Prix unitaires.....	i-47
Annexe 5	Exemple d'un programme spss d'attribution de coûts à un item (cliniques externes).....	i-63
Annexe 6	Exemple d'un programme spss d'attribution des coûts totaux (actualisation 5%, valeurs des immobilisation valeur minimale).....	i-70
Annexe 7	Variables de l'étude.....	i-93
Annexe 8	Programmes spss d'attribution des scores aux conséquences (GNY, HHPP, ILSS, QUALITÉ DE VIE).....	i-101

Annexe 9	Exemple de programmes spss de comparabilité des groupes (GNY au temps 1).....	i-116
Annexe 10	Exemples de programmes spss d'analyse de régression multivariée (régression logistique sur SITACT).....	i-122
Annexe 11	Matrices de corrélations entre les variables indépendantes des régressions multiples.....	i-124

## LISTE DES TABLEAUX

II.I	Archétype de la pré 2 <sup>ème</sup> tutelle.....	72
II.II	Archétype de la deuxième tutelle.....	86
II.III	Archétype de la post 2 <sup>ème</sup> tutelle.....	108
II.IV	Les couples problème solution des 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> archétypes.....	129
II.V	Le leadership dans les 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> archétypes.....	133
III.I	Variables et catégories de pairage.....	145
III.II	Conséquences recherchées et sources de données .....	147
III.III	Utilisation des services: quantification des items et source de données.....	150
III.IV	Définition des coûts unitaires de l'hébergement.....	151
III.V	Liste des variables et de leurs catégories bâties pour la réalisation de régressions logistiques.....	163
III.VI	Variables indépendantes introduites dans les régressions logistiques.....	174
III.VII	Variables dépendantes introduites dans les régressions linéaires multiples.....	176
III.VIII	Données sur les populations au début de l'étude.....	179
III.IX	Comparaison des deux groupes au temps 1 à travers les dimensions de la GNY.....	180
III. X	Situation de l'hébergement des patients désinstitutionnalisés le 1er avril de chaque année (nombre de cas).....	181
III.XI	Comparaison des groupes au temps 2 par rapport au diagnostic et aux comportements gênant et dangereux.....	184
III.XII	Comparaison des groupes à travers les dimensions de la GNY au moment de l'entrevue.....	185
III.XIII	Comparaison des groupes à travers l'évolution des scores des dimensions de la GNY.....	187
III.XIV	Comparaison des groupes à travers les dimensions de l'ILSS.....	188

III.XV	Comparaison des groupes à travers les dimensions du questionnaire de la qualité de vie.....	189
III.XVI	Comparaison des groupes à travers les différents items composants les coûts.	190
III.XVII	Variables retenues dans la régression logistique sur la variable GROUPE.....	196
III.XVIII	Ajustement du modèle de prédiction de la variable GROUPE.....	198
III.XIX	Variables retenues dans la régression logistique sur la variable SITACT.....	199
III.XX	Ajustement du modèle de prédiction de la variable SITACT.....	201
III.XXI	Tableau croisé entre les dimensions de la GNY au temps 1, indépendance; besoins de soins médicaux et sens de l'orientation d'une part, et d'autre part, le lieu de résidence: CHSLD versus un autre type de résidence.....	201
III.XXII	Variables retenues dans la régression linéaire sur les coûts.....	202
III.XXIII	Ajustement du modèle de prédiction des coûts.....	202

## LISTE DES FIGURES

1.1	Nombre d'usagers traités au Québec par des services de psychiatrie.....	12
1.2	Nombre de lits dressés au Québec pour les services de psychiatrie .....	13
1.3	Nombre de jours-présence des hospitalisations en psychiatrie au Québec .....	13
1.4	Effectifs des malades inscrits dans l'hôpital psychiatrique à l'étude.....	14
1.5	Dépenses allouées à la santé mentale dans la province du Québec et à Montréal...	16
1.6	Réduction des jours-présence totaux dans l'hôpital à l'étude.....	17
1.7	Diminution des jours-présence en longue durée dans l'hôpital à l'étude.....	18
2.1	Interrelation entre désinstitutionnalisation et restructuration organisationnelle et déterminants intra et extra hospitaliers des transformations favorables à la désinstitutionnalisation.....	41
2.2	Principaux acteurs et institutions concernés par la question de la désinstitutionnalisation.....	53
2.3	Les 4 champs épistémologiques.....	58
3.1	Situation de l'hébergement le 1er avril de chaque année.....	182

## REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier tout d'abord mes deux directeurs de thèse, André-Pierre Contandriopoulos et Alain Lesage qui tout au long de ce très long travail n'ont jamais failli à leur devoir de Maîtres, qui est de transmettre leur savoir certes, mais surtout d'inspirer. Sans la confiance qu'ils m'ont témoignée au cours de ces deux années, sans leur disponibilité constante et sans partage de leurs connaissances, ce travail n'aurait jamais été réalisé.

Je me sens également profondément redevable aux nombreuses personnes qui ont participé très activement à ce projet, en particulier Normand Carpentier, Marc Corbière, Diane Frezza, Michèle Godbout, Claude Lamarre, Michel Loyer, Gilles Pigeon, Mylène Pilon, et qui ont, de façon remarquable, permis que la laborieuse collecte d'information sur les services utilisés puisse s'effectuer.

Finalement, je suis reconnaissant à Herman Alexandre, Paule Bouvier, Linda Fortier, Jean-Claude Leclerc, Valentin Mbekou, Jean Ramy, Salah Zaabat, ainsi que d'autres experts qui ont préféré ne pas être cités, qui n'ont pas ménagé leur temps à répondre à mes incessantes questions qui nécessitaient leurs compétences et leur expertise.

Ce projet a été financé par une subvention de recherche en santé mentale, accordée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

*A Daruma,*

*en modeste et humble hommage à celui  
qui aura su inspirer des générations à  
voir le monde différemment, avec auto-  
dérision, humour et profond humanisme*

# 1 PROBLEMATIQUE

## 1.1 INTRODUCTION

Peu de domaines en santé ont connu autant de controverses que la santé mentale en cette fin de second millénaire. A l'instar des autres disciplines de la santé, la psychiatrie a vécu des changements considérables ces 30 dernières années [Sharfstein, 1994]. Toutefois, l'évolution de la psychiatrie ne s'est pas cantonnée à l'amélioration des traitements médicaux, mais a également concerné une ouverture à d'autres approches que celle exclusivement médicale. En effet, les changements enregistrés en psychiatrie ne proviennent pas uniquement des progrès survenus dans la spécialité elle-même, avec ses disciplines fondamentales et cliniques, mais également de l'évolution d'autres secteurs comme la sociologie, la politique, l'économie et le droit [Fauman, 1985; Ginzberg, 1987; Sharfstein, 1994; Talbott, 1985]. De cette conjonction d'évolutions découle une prise en charge moderne de la maladie qui fait appel à un ensemble de professionnels qui, tous, ne se reconnaissent pas dans le paradigme biomédical dominant. Ceci est peut-être, ce qui caractérise le plus la psychiatrie de nos jours, mais aussi ce qui suscite le plus d'interrogations. Quelles approches devrait-on proposer aux malades souffrant de troubles mentaux et quelles approches devrait-on écarter, parmi les nombreuses et diverses qui se disputent le champ de la maladie mentale, restent des questions ouvertes qui nécessitent encore de l'information.

En effet, alors que la pratique de la médecine tente ostensiblement de se départir de ses fondements empiriques pour devenir une branche "scientifique", c'est-à-dire une discipline qui pose des actes professionnels basés sur une connaissance tirée d'expérimentations rigoureuses et généralisables, on doit reconnaître qu'une telle évolution ne s'est pas produite à une même vitesse en santé physique et en santé mentale. Les succès foudroyants de la médecine somatique dans deux domaines, la thérapeutique et l'étiologie, lui ont valu une reconnaissance que la médecine mentale n'a pu obtenir. Cette dernière en effet, malgré des progrès indéniables, reste encore quelque peu en retrait face aux percées obtenues en santé physique. Les causes des maladies mentales et la manière de les traiter sont des champs de recherche évidemment éminemment plus complexes qu'en médecine physique, laissant plus d'espace à des perspectives et conceptions diverses, et donc à plus de controverses [Ginzberg, 1987].



Il n'est dès lors pas étonnant que des interrogations soient émises quant à la manière de prendre en charge les personnes souffrant de maladies mentales. La diversité des étiologies proposées et des approches thérapeutiques offertes sur le marché en témoignent. La santé mentale n'a pas encore su fonder le consensus que son pendant physique a, au cours des dernières décennies, réussi à forger.

Le débat qui entoure la question de la désinstitutionnalisation psychiatrique reflète cette situation. La désinstitutionnalisation, ou le passage des patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants<sup>1</sup> (mais aussi des déficients intellectuels, des délinquants juvéniles et des personnes concernées par la justice criminelle adulte [Rose, 1979]), de l'hôpital à la communauté, n'échappe pas aux querelles qui agitent le champ de la santé mentale. Visiblement, la justification parfois, mais surtout les modalités de ce franchissement n'ont pas encore acquis l'adhésion de tous ceux qui se sentent concernés par la question de la prise en charge de la maladie mentale.

## **1.2 LA PSYCHIATRIE: UN DOMAINE EN PROFONDE MUTATION MAIS VERS QUOI ?**

Quelles que soient ses convictions sur les approches les plus adéquates à proposer aux patients souffrant de maladie mentale, on s'accorde habituellement pour reconnaître que l'ère des grands asiles, où ceux qui avaient des comportements jugés dérangeant socialement devaient être placés, est révolue. La réduction de la taille des hôpitaux psychiatriques est un phénomène général que l'on retrouve dans tous les pays industrialisés [Bennett, 1979]. C'est par rapport à la manière d'assurer la continuité des soins, pour les patients désinstitutionnalisés, ou l'offre de service pour ceux dont l'hospitalisation est dorénavant évitée, que se situe le débat sur la désinstitutionnalisation.

---

<sup>1</sup> On entend par troubles mentaux sévères et persistants, une incapacité fonctionnelle à long terme à agir dans les activités quotidiennes, comme les soins personnels, les relations interpersonnelles, le travail ou la scolarité [Goldman, 1981].

Il n'existe en effet aucun consensus sur ce qui devrait remplacer l'hôpital. D'ailleurs, aucun pays ne l'a complètement remplacé. Il n'y a donc pas de mobilisation derrière une approche bien structurée. Cela n'est pas surprenant puisque la désinstitutionnalisation représente un changement majeur qui affecte tous les acteurs concernés par la santé mentale: malades, hôpital, communauté, et donc qui soulève des questions sur l'objectif de la thérapeutique, les besoins des patients, les aspirations des professionnels du milieu institutionnalisé ou non, et les attentes de la société face à la prise en charge d'une fraction de la population (pourtant non négligeable, près de 3% [Dorvil, 1997]), qui présente bien souvent des aspects dérangeant [MacFarlane et al., 1997].

Pour saisir l'enjeu de la désinstitutionnalisation il est bon de réaliser que celle-ci se déroule à une frontière de territoires non seulement professionnels, mais également paradigmatiques. A la question de ce qui est le plus souhaitable d'un point de vue socio-clinique pour le bien-être des patients, question par ailleurs fort difficile en l'absence d'indicateurs numériques en santé mentale aussi solidement établis que la pression artérielle ou la glycémie en médecine physique, s'ajoutent des considérations plus partisans sur la répartition des responsabilités entre professionnels et donc la reconnaissance sociale que cela implique [Crompton, 1990; Crompton, 1992; Reed, 1996].

### **1.3 LA DESINSTITUTIONNALISATION: UN PROCESSUS INELUCTABLE**

A l'origine de la désinstitutionnalisation telle qu'on la connaît actuellement, se trouve le mouvement des droits civiques des années 60 qui militait pour un concept-clef: les droits individuels. L'internement non volontaire dans des asiles surpeuplés (et dont le surpeuplement était justement un frein à tout soin de qualité) et sous équipés en ressources humaines était ressenti comme une violation de ces droits. A cela s'ajoutait la conviction que l'institutionnalisation déniait aux patients la possibilité de devenir un jour indépendants. Cela allait à contre-courant d'une société qui accorde de plus en plus d'importance à la question de la responsabilisation, au fait de devoir assumer soi-même sa propre vie. Un hôpital ne devrait donc pas être un lieu où les patients sont déchargés de nombreuses responsabilités qui incombent à tout citoyen, ni un lieu où ils peuvent éviter de prendre des décisions. On supposait par contre que le

milieu communautaire permettait aux malades mentaux d'assumer leur rôle de citoyens s'il était en mesure d'offrir l'environnement nécessaire à l'expression et au développement de leurs habiletés subsistantes [Wykes et al., 1982; Hyde et al., 1987].

Dans cette toile de fond sont survenus les nouveaux médicaments psychotropes grâce auxquels il était enfin possible de contrôler la symptomatologie de nombreuses maladies comme la schizophrénie et la maladie bipolaire, et donc d'envisager un suivi à l'extérieur de l'hôpital d'un grand nombre de patients hospitalisés [Scull, 1977]. L'hôpital prenait pour beaucoup une connotation négative. Le milieu communautaire semblait être la voie la plus humaine et la plus raisonnable pour permettre aux malades mentaux, du moins à la majorité d'entre eux, d'entrevoir la possibilité d'être intégrés socialement, et donc d'être valorisés. Le droit à une qualité de vie la plus élevée possible reconnue aux personnes physiquement handicapées devait également s'appliquer aux personnes ayant des troubles mentaux.

Cette impression que les droits humains ne pouvaient se réaliser que dans le milieu communautaire se trouva d'ailleurs renforcée par la conviction chez certains professionnels que l'étiologie de la schizophrénie, l'affection la plus courante et la plus débilante chez ceux souffrant de troubles sévères et persistants, devait être recherchée dans les problèmes sociaux comme la pauvreté ou les familles monoparentales [Friedman, 1983].

Le mouvement de désinstitutionnalisation assumait que la maladie mentale était un simple continuum d'un dysfonctionnement allant d'un état peu sévère à sévère, un produit de facteurs socioculturels et psychodynamiques, que des interventions précoces (non médicales) pouvaient prévenir l'apparition des manifestations de la maladie mentale sévères, que la dynamique de la population et que les populations à risque ne changeaient pas, et que l'utilisation de ressources extra-hospitalières était toujours plus coût/efficace que l'hospitalisation, et ce, sans le tester [Mechanic, 1980].

Plus que cela, "la folie devenait (même) la vérité et permettait un discours sur la société et ses contradictions" [Sévigny, 1996]. Elle fut récupérée par un mouvement social qui apportait une

dimension à la maladie mentale autre que celle d'un dysfonctionnement. La folie faisait de la psychiatrie une discipline au sein de la médecine qui avait désormais à affronter un rationnel différent de celui auquel elle était habituellement confrontée, car chargé de valeurs profondes qui touchaient la société dans son ensemble. Suivant en cela un raisonnement logique, la maladie mentale devenait le prétexte d'une étude de la société dans son ensemble, et non plus simplement une perturbation chez un individu bien déterminé. La psychiatrie institutionnelle, en empêchant ces forces saines de la folie de s'exprimer, représentait un élément condamnable. Lorsque pratiquée dans les murs de l'hôpital psychiatrique, elle était vue par ses critiques comme un moyen de confinement utilisé avant tout comme un mécanisme de contrôle social, et non pas comme un moyen de traitement [Foucault, 1972; Sévigny, 1996].

Il n'était dès lors pas étonnant qu'une telle vision qui allait jusqu'à une demande de fermeture complète des hôpitaux psychiatriques, provoque des réactions. Pour plusieurs, une partie du champ "thérapeutique" en santé mentale avait dérapé et perdu tout contact avec la réalité clinique [Mechanic, 1987].

Ainsi, deux conceptions opposées ont vu le jour, non seulement par rapport aux apports cliniques que les approches pouvaient apporter, mais également par rapport à une vision plus large de la société et de la place et du rôle des individus au sein de celle-ci. Le dialogue entre les deux conceptions allait évidemment être difficile. Les efforts intellectuels considérables que représentaient l'ouverture à d'autres approches que celles que l'on professait, ainsi qu'une remise en cause des habitudes de pratique avec tous les risques que cela comportait en termes de prestige et en termes monétaires, n'allaient certainement pas peu contribuer à la résistance que manifestaient les divers groupes d'intervenants à rechercher un dialogue avec leur contrepartie [Fauman, 1985; Beigel et Santiago, 1995]. Les ingrédients de tensions autour du concept de désinstitutionnalisation avaient germé.

La désinstitutionnalisation a donc été initiée par des considérations plutôt humanitaires. Mais peu à peu, d'autres forces sont entrées en jeu: les progrès de la thérapeutique et surtout des raisons budgétaires: le coût des bâtiments, de leur construction et de leur maintien, s'était mis à croître très rapidement [Freedman et Moran, 1984]. Ce dernier élément allait finalement devenir un

moteur déterminant de la nécessité de poursuivre la réduction du nombre de lits psychiatriques [Rubin, 1982].

Il ne faut toutefois pas résumer l'environnement de la désinstitutionnalisation comme étant formé de tensions entre deux forces opposées: les tenants d'une désinstitutionnalisation active, qui visent le placement de toutes les personnes atteintes de maladie mentale dans la communauté, et un hôpital réticent à tout mouvement de sortie pour des considérations médico-idéologiques et de pouvoir. L'hôpital psychiatrique a connu une évolution tout aussi marquée que son domaine d'application. Il se voit de plus en plus comme un centre ultra spécialisé assumant des fonctions de soins tertiaires, d'enseignement et de recherche, non envisageables ailleurs [Kincheloe, 1997]. Il tente de se démarquer de son volet hébergement qu'il ne conçoit plus comme étant la partie essentielle de sa fonction. Cela provient avant tout du fait que l'institution qui hébergeait de très nombreuses pathologies s'est peu à peu restreinte aux maladies mentales sévères, les patients souffrant d'autres pathologies comme la déficience mentale, étant dirigés vers d'autres ressources finalement reconnues comme plus appropriées. Cela transforma la fonction de l'hôpital d'un asile en un lieu de traitement actif où le personnel avait de plus en plus d'expertise et où il était de mieux en mieux formé [Mechanic, 1987].

Il ressort de cette histoire que la désinstitutionnalisation est un fait inéluctable, même si pour certains, la preuve doit encore être faite que le traitement dans la communauté est plus coût-efficace. Avant les années 40, la majorité des patients psychiatriques étaient internés à vie. Actuellement, l'hospitalisation est de moins de 1 mois pour 60% des patients britanniques et 80% des Italiens [HMSO, 1990; Crepet, 1990]. Les patients vont se trouver de plus en plus dans la communauté ou leur famille [Goldman, 1982]. Le discours ne porte plus sur la nécessité de diminuer ou non la taille des hôpitaux psychiatriques, mais plutôt sur les questions suivantes:

- quels sont les individus, parmi ceux qui auparavant auraient été institutionnalisés au long terme, qui peuvent bénéficier d'un hébergement dans la communauté ?
- quels sont les services que l'on doit offrir aux patients qui auparavant auraient "bénéficié" d'une hospitalisation prolongée ?
- qui doit assumer la responsabilité de ces services compte tenu du nombre d'options idéologiques qui s'affrontent dans le domaine de la santé mentale ?

Le discours entre pro et anti-psychiatriques s'est donc déplacé au cours du temps: c'est sur le type de désinstitutionnalisation à promouvoir, plus ou moins médicalisé, et pour qui, ainsi que sur l'identification de qui doit en être le responsable, les milieux médicaux psychiatriques ou les milieux communautaires de l'approche de réadaptation psychosociale, que reposent les tensions qui marquent le champ de la santé mentale de cette fin de siècle. Idéalement, une collaboration entre les deux visions, parce qu'elles sont souvent complémentaires, devrait être bénéfique pour tous [Lieberman, 1988]. Au milieu institutionnel reviendrait de s'occuper du traitement médical, au milieu de réadaptation psychosociale le soin de gérer les handicaps qui conditionnent la capacité de services de santé mentale d'avoir un impact positif auprès des patients, que ces handicaps soient primaires, c'est-à-dire liés à la maladie en tant que telle; qu'ils proviennent du vécu de la maladie, celle-ci étant souvent traumatisante, elle laisse des séquelles même si les symptômes premiers ont disparus; ou tertiaires, soit les réactions sociales à la maladie [Wing et Morris, 1981].

Dans la pratique, la compétition pour des ressources en diminution, les conflits idéologiques, l'absence de confiance en d'autres approches, le fait que la réadaptation psychosociale est souvent vue comme adaptée à la prévention tertiaire et non aux stades précédant dont elle ne serait qu'une suite et, il faut l'avouer, l'ignorance de ce qui se fait ailleurs, rendent malaisée la cohabitation entre ces deux grandes tendances de prise en charge de la maladie mentale, l'approche médicale et l'approche psycho-sociale [Lieberman et Phipps, 1987; Bachrach, 1992].

A ce stade, il est encore difficile de prévoir ce qui se passera dans le futur. Bien que l'on puisse supposer que les hôpitaux ne vont pas disparaître, la place qu'ils prendront à moyen terme dans le système de soins de santé mentale n'est pas claire [Bachrach, 1996]. Il est évident que plus d'information doit encore être apportée sur les bénéfices attendus des diverses options en présence, mais aussi sur les conditions qui modulent l'implantation des modalités supposément les plus intéressantes.

## 1.4 UN PEU D'HISTOIRE

On fait habituellement remonter l'institutionnalisation des patients souffrant de troubles mentaux au XVIII<sup>ème</sup> - XIX<sup>ème</sup> siècle, bien que quelques institutions aient déjà existé auparavant comme le Bedlam à Londres qui en 1997 fêtait son 750<sup>ème</sup> anniversaire et la Casa de Orates à Valences en Espagne, fondée en 1409 [Häfner et an des Heiden, 1989a]. Les institutions se proposaient d'offrir un endroit autre que la prison ou les familles pauvres, où pouvaient être logés les malades mentaux sévèrement atteints. Quant à la première critique de l'institutionnalisation psychiatrique, on l'estime à l'année 1845 où un psychiatre, le Dr. Griesinger, publia une critique sévère du modèle de cantonnement de la maladie mentale [Griesinger, 1845].

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, suite à la publication du livre *A Mind That Found Itself* de Clifford Beers, un mouvement appelé le mouvement pour l'hygiène mentale vit le jour. Ce mouvement remettait en cause l'aspect "prison" des institutions. C'est de ce mouvement qu'est né le concept d'un hôpital dédié au traitement plutôt qu'à l'hébergement. C'est ce mouvement qui a permis aux hôpitaux psychiatriques d'être reconnus au sein des facultés de médecine et d'être intégrés à des départements universitaires de psychiatrie [Docherty, 1994].

Les premiers mouvements prônant activement la désinstitutionnalisation surgissent au cours des années 50 aux Etats-Unis. Ils étaient composés de psychiatres convaincus que l'on pouvait améliorer les soins aux patients en les offrant dans la communauté. Pour ces médecins, les approches médicales et psychologiques n'étaient pas incompatibles [Brown, 1991]. Rapidement, cette approche est devenue attirante pour les politiciens et les sociologues, les politiciens parce que cela représentait une diminution des dépenses publiques (entre autres par l'utilisation de plus de bénévoles, des familles, etc.) et une manière plus respectable de traiter les citoyens. Les sociologues quant à eux étaient intéressés aux déviances sociales: pour plusieurs d'entre eux, l'institution psychiatrique servait avant tout à soutirer de la communauté les cas les plus déviants [Foucault, 1972].

La désinstitutionnalisation devint ainsi un des éléments les plus centraux de la psychiatrie et le point de mire de tous les affrontements idéologiques qui concouraient à faire de la santé mentale le domaine peut-être le plus controversé de la médecine.

En 1978, la désinstitutionnalisation devint même formellement un fait en Italie avec la reconversion de la formation traditionnelle de la psychiatrie en une formation en psychiatrie communautaire [Burti et Mosher, 1986]. Le législateur vota cette année la loi 180 qui prévoyait la fermeture des grands hôpitaux psychiatriques et leur remplacement par des programmes communautaires. Cette loi stipulait 1) que les hôpitaux psychiatriques allaient progressivement fermer en raison du refus de nouvelles admissions; 2) que le traitement aurait lieu dans la communauté; 3) que l'hospitalisation volontaire ou non devait être considérée comme une intervention exceptionnelle à n'utiliser qu'en cas d'urgence. De plus, les patients ne devaient être hospitalisés que dans de petites unités se trouvant dans des hôpitaux généraux et ne pouvaient plus l'être dans les hôpitaux publics. La désinstitutionnalisation s'initiait par la prévention de l'institutionnalisation plutôt que par la fermeture des portes des hôpitaux psychiatriques. Même si dans la réalité, un changement de dénomination des institutions a souvent permis de masquer la poursuite d'une institutionnalisation pour les patients les plus malades, on considère que dans l'ensemble, la désinstitutionnalisation italienne a été correctement implantée et qu'elle s'est avérée un succès.

L'exemple italien aura un impact important puisqu'il aura montré que de nouvelles manières de concevoir la prise en charge des malades mentaux, plus humaines et plus acceptables, étaient possibles. D'autres expériences allaient voir le jour comme celui de l'Etat du Wisconsin dans lequel, sous les efforts plus particuliers d'une travailleuse sociale et d'un médecin, un transfert des patients de l'hôpital vers la communauté était réalisé grâce à un programme de suivi intensif dans le milieu (Intensive Case Management (ICM)) [Stein, 1980 et Test; Stein et Test, 1985]. Le monde de la santé mentale commençait à être documenté sur les options diverses que l'on pouvait songer à offrir aux patients souffrant de troubles sévères et persistants.

## **1.5 LA DESINSTITUTIONNALISATION AU QUEBEC**

### **1.5.1 Un survol historique**

Au Québec, on considère habituellement que la désinstitutionnalisation psychiatrique a été lancée suite aux remous suscités par la publication d'un témoignage, celui de Monsieur Jean-Charles



Pagé, un ancien patient de l'hôpital psychiatrique L.H. Lafontaine, alors appelé St-Jean-de-Dieu. Le livre conduit le gouvernement à lever une commission d'enquête, la Commission Bédard-Lazure-Roberts qui, dans son rapport déposé en 1962, proposait un changement radical dans la manière de conduire les soins psychiatriques dans la province: les hôpitaux, y était-il préconisé, devaient se convertir de centres d'hébergement en de vrais hôpitaux, dont la mission était le traitement. Pour ce faire, des mesures étaient proposées, comme l'instauration dans les établissements psychiatriques d'équipes multidisciplinaires, l'ouverture de départements de psychiatrie dans les établissements de soins généraux, la diversification des services (consultations externes, centres de jour et de nuit, services à domicile, foyers de transition, foyers d'accueil pour malades sans famille, et ateliers protégés...) et la reconnaissance d'un besoin de disposer de personnel bien formé pour s'occuper des malades mentaux.

La désinstitutionnalisation est massive: entre 1962 et 1970, on enregistre dans la province une diminution de 3519 lits psychiatriques. On assiste aussi à une diminution des lères admissions: 5217 en 1970 contre 6173 en 1965. Le nombre de départements de psychiatrie dans les établissements de soins généraux passe de 15 à 28 [Doré, 1986]. On observe toutefois des taux de réhospitalisations importants (42%) [Doré, 1986], ce qui est attribué au fait que les structures de soutien et d'insertion sociale comme les équipes multidisciplinaires ou les cliniques externes ne se sont pas mises en place [Boudreau, 1984; Losson et Paratte, 1988] ou à des problèmes de qualité des services offerts en dehors de l'hôpital, comme les foyers affiliés [Murphy, 1972]. Le peu de continuité qui accompagne la désinstitutionnalisation souligne que dans les années 60, il n'existe, tout compte fait, pas encore de réelle alternative. L'hospitalisation reste l'option la plus sensée pour les patients les plus malades.

La désinstitutionnalisation qui malgré tout se poursuivait, allait cependant bénéficier de l'instauration en 1970 de l'assurance-maladie. Avec le nouveau régime, toute la population allait enfin avoir accès aux soins hospitaliers et ambulatoires [Laurin, 1996]. A l'origine du régime public d'assurance-maladie, se trouvaient les travaux de la commission Castonguay-Nepveau. Celle-ci, dans son rapport, posait la distinction entre courte et longue durée [Commission Castonguay-Nepveau, 1970] et prônait l'intégration des services de santé mentale à ceux de santé socio-sanitaires généraux. Surtout, les travaux de la Commission ont conduit à l'adoption de la loi

sur la protection du malade mental de 1972, qui permettait de contrôler les abus d'hospitalisation des personnes ayant des troubles mentaux.

La désinstitutionnalisation se poursuit au cours des années 70-80, mais touche surtout la non hospitalisation [Gaucher, 1987]. Elle est marquée par un effort de créer des services dans la communauté, mais qui restent insuffisants, car l'intégration sociale est encore sans doute négligée. La psychiatrie reste essentiellement basée sur une approche médicamenteuse [White, 1993], bien que l'on voit apparaître, sans doute en réaction à cette constatation, un mouvement communautaire, dont une fraction est alternative, qui s'organise et commence à prendre une place importante dans le champ de la santé mentale [Lecomte, 1997].

En 1989, un document important du Ministère de la Santé, *la Politique de santé mentale*, est publié [MSSS, 1989]. On y fait le constat d'une concurrence improductive entre les différents services et l'existence d'une discontinuité des soins, le système étant, pour ses rédacteurs, pris en otage par les groupes d'intérêts. On y souligne aussi l'absence de reconnaissance de l'importance des ressources communautaires qui par ailleurs sont jugées sous-financées.

Afin de remédier à ces problèmes, cinq orientations sont proposées: assurer la primauté de la personne; accroître la qualité des services; répartir équitablement les ressources en fonction des besoins; rechercher des solutions dans le milieu de vie; consolider le partenariat entre la personne, ses proches, les intervenants, la communauté, les ressources publiques, et les ressources du milieu. Dans chaque région, un comité tripartite doit être formé, qui réunit des établissements du réseau institutionnel, des organismes communautaires offrant des services en santé mentale et des organisations dont les actions peuvent avoir une influence sur la prévention et la promotion de la santé mentale, et sur la réinsertion des personnes.

Les hôpitaux psychiatriques reçoivent la directive de planifier la réduction du nombre de lits en élaborant un plan de désinstitutionnalisation. Ces plans doivent être préparés en lien avec les plans de services individualisés et les PROS (plans régionaux d'organisation des services). Il est prévu que les économies réalisées grâce à la fermeture des lits doivent être réallouées aux ressources qui offrent des services dans la communauté. L'objectif visé est un partage 50-50% sur

5 ans. Les organismes communautaires deviennent donc, pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux, des partenaires. Toutefois, malgré les efforts fournis par le Ministère pour mettre en oeuvre sa Politique, le changement évoqué allait s'avérer un échec: les guerres de pouvoir entre groupes ayant des rapports de forces trop inégaux allaient compromettre la réalisation d'un vaste réseau intégré. La Politique, au-delà des vœux pieux, ne semble pas avoir été en mesure de donner une nouvelle impulsion à la désinstitutionnalisation [Paquet, 1995].

Il faudra des incitatifs fort convaincants, les importantes coupures budgétaires qu'a connues le réseau de la santé en 1995, pour que la désinstitutionnalisation devienne une préoccupation centrale dans le secteur de la santé mentale. Le but à atteindre en l'an 2002 est la réduction de moitié du nombre de lits, soit un objectif d'environ 2900 au total [MSSS, 1997].

### 1.5.2 Quelques données factuelles sur la désinstitutionnalisation au Québec

Les données sur l'évolution du nombre de lits en psychiatrie au Québec illustrent clairement le cheminement que prend la santé mentale dans la province. Alors que le nombre d'utilisateurs des services de psychiatrie a crû (Figure 1.1), le nombre de lits et le nombre de jours-présence ont diminué (Figures 1.2 et 1.3).

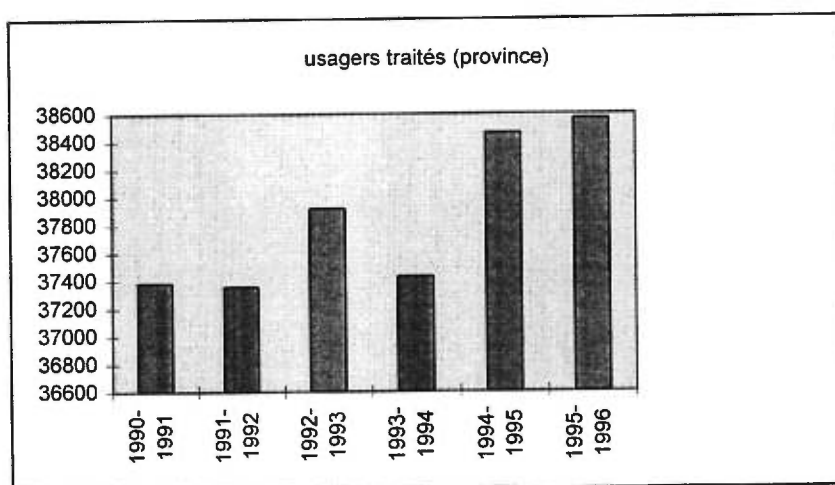
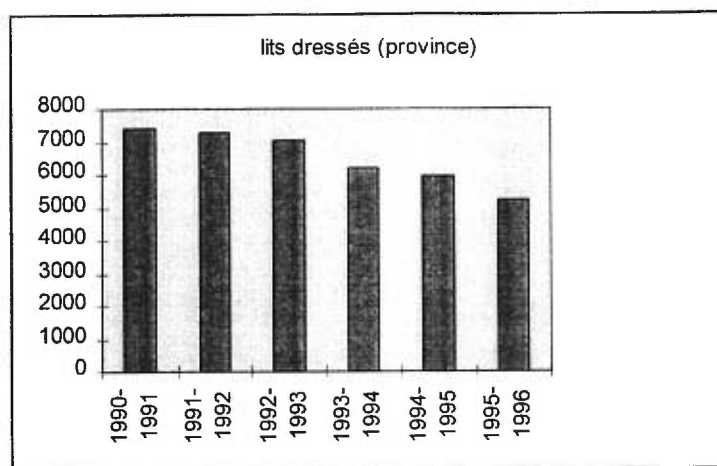


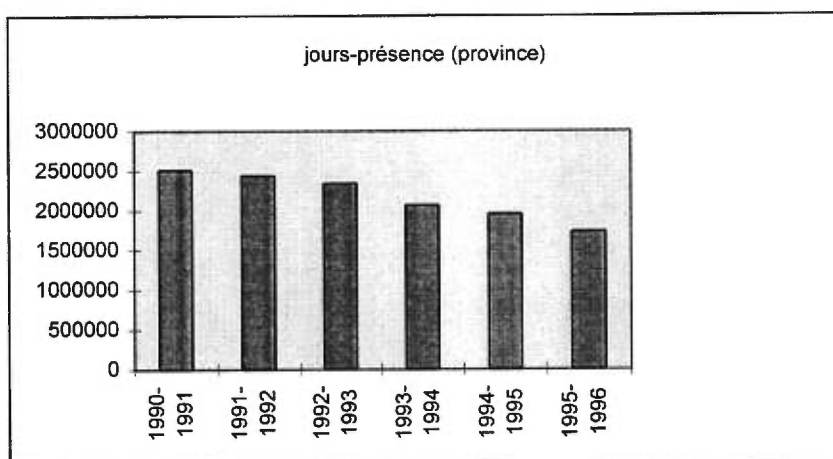
Figure 1.1: nombre d'utilisateurs traités au Québec par des services de psychiatrie

Sources: info-stat, service de l'analyse statistique, direction des indicateurs de résultats et de l'information, MSSS, Bulletin no1, janvier et février 1998



**Figure 1.2: nombre de lits dressés au Québec pour les services de psychiatrie**

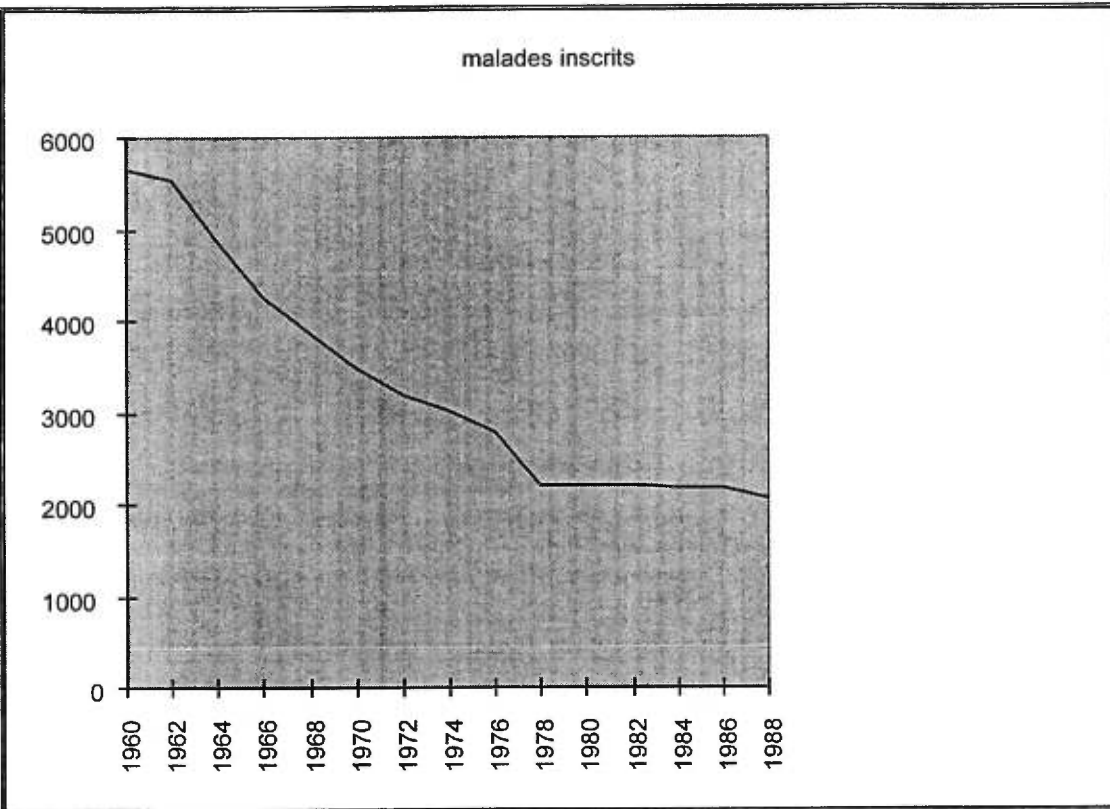
**Sources:** info-stat, service de l'analyse statistique, direction des indicateurs de résultats et de l'information, MSSS, Bulletin no1, janvier et février 1998



**Figure 1.3: nombre de jours-présence des hospitalisations en psychiatrie au Québec**

**Sources:** info-stat, service de l'analyse statistique, direction des indicateurs de résultats et de l'information, MSSS, Bulletin no1, janvier et février 1998

Ces tableaux montrent que la diminution et des séjours et du nombre de lits s'est enclenchée avant les grandes coupures budgétaires de 1995. Cette année a essentiellement accéléré un processus qui était fortement engagé depuis les années 60, ce qu'illustre bien le cas du plus grand hôpital psychiatrique qui montre, entre le début des années 60 et la fin des 70 une décroissance continue et impressionnante de ses malades inscrits (Figure 1.4), suivie d'une certaine stagnation qui s'estompera au début de la présente étude.



**Figure 1.4: effectifs des malades inscrits dans l'hôpital psychiatrique à l'étude**  
**Sources: Archives médicales de l'hôpital**

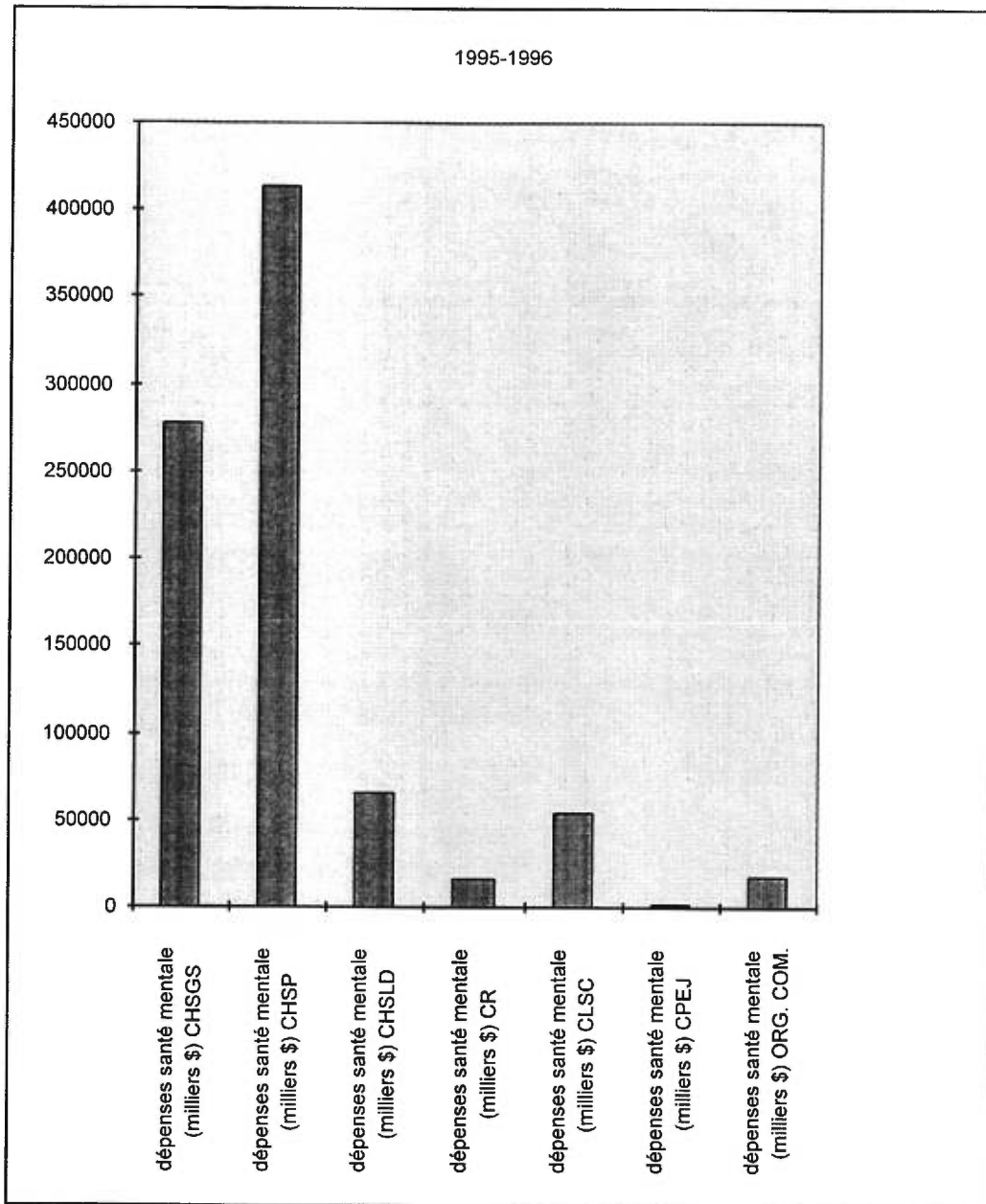
La désinstitutionnalisation est donc un phénomène qui s'est déroulé sur près de 40 ans. Certainement, l'esprit de la réforme de 1989 avait pénétré les hôpitaux psychiatriques.

D'ailleurs, les chiffres suggèrent que la désinstitutionnalisation n'a pas pour but premier d'apporter des économies au système de soins. La santé mentale reste en effet encore relativement privilégiée, sans doute en raison des craintes que suscite auprès de la population une éventuelle diminution de services pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Le budget de l'année fiscale 1995-1996 est même en légère augmentation dans la province par rapport à celui de 1993-1994 (3.6 %). On note toutefois que les fonds accordés à la santé mentale sur l'île de Montréal, considérée comme ayant été jusqu'à présent injustement favorisée par rapport aux autres régions, sont en diminution de près de 8%. Montréal qui drainait 48.27 % des dépenses en santé mentale de l'année fiscale 1993-1994, ne retient, en 1995-1996, plus que 42.95 % de ces fonds. On assiste donc avec la réforme du système de santé québécois à une redistribution des

ressources financières, qui a pour but de rendre, à travers un rééquilibrage interrégional, plus équitable l'allocation des ressources en santé mentale.

Ces réajustements à un niveau macroscopique n'ont toutefois que peu affecté les allocations à un niveau plus mésoscopique, entre organismes. Les hôpitaux, généraux mais surtout psychiatriques, conservent au Québec la majeure partie des fonds distribués au secteur de la santé mentale: 32.7 % et 48.9 % respectivement en 1995-1996, même si dans les faits, le budget reçu est en diminution par rapport à celui des années antérieures.

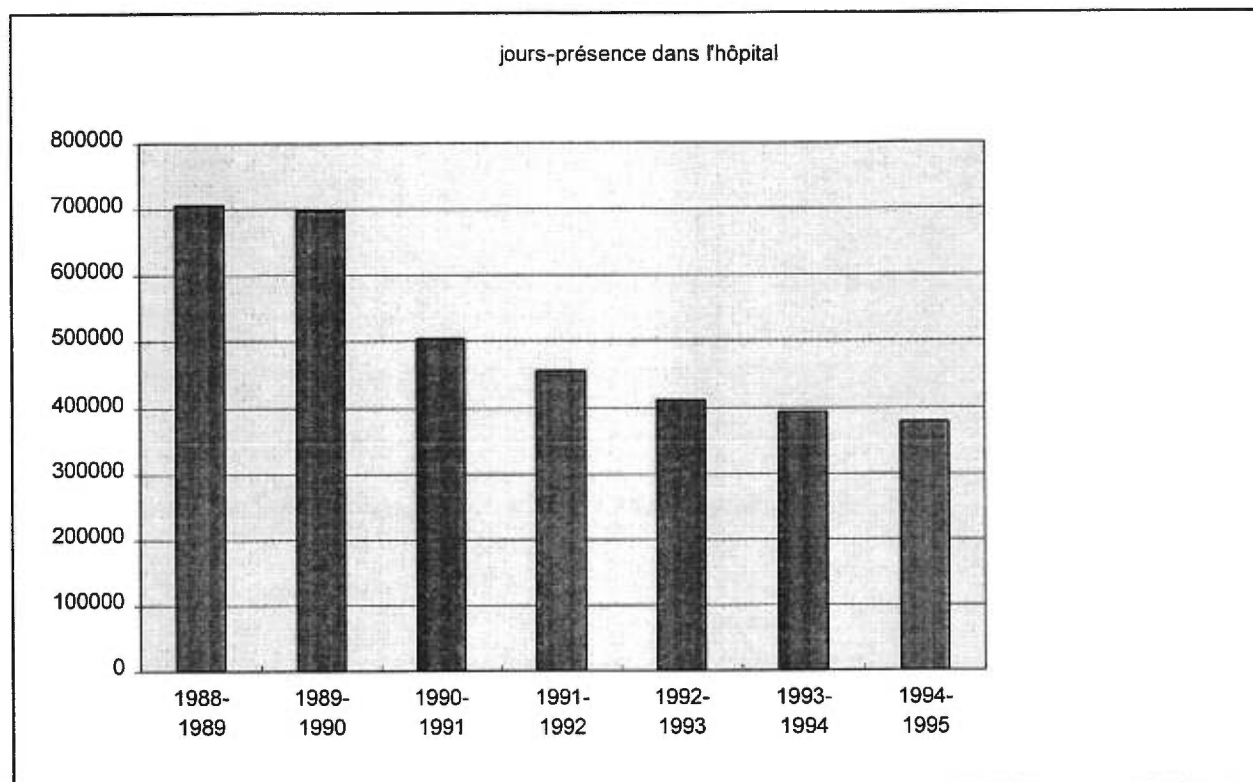
Cependant, ces chiffres cachent le fait que la répartition interne dans les hôpitaux a subi une importante évolution. En 1994-1995, 36.8 % du budget total en santé mentale étaient attribués aux dépenses extra-hospitalières. Parmi ces dépenses, 11.8% étaient assumées par les organismes communautaires, 12 % par les CLSC, 29.3 % par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, et 33.6 % par les hôpitaux psychiatriques. Les hôpitaux se sont donc largement engagés dans la voie de la non-institutionnalisation. On relève d'autre part qu'en 1995-1996, la proportion du budget en santé mentale allouée aux organismes communautaires reste toujours faible: 2.1 %, alors que celle allouée aux CLSC pour l'offre de services en santé mentale est de 6.4 % (Figure 1.5).



**Figure 1.5: répartition des montants alloués entre organismes oeuvrant en santé mentale**

**Sources:** info-stat, service de l'analyse statistique, direction des indicateurs de résultats et de l'information, MSSS, Bulletin no1, janvier et février 1998

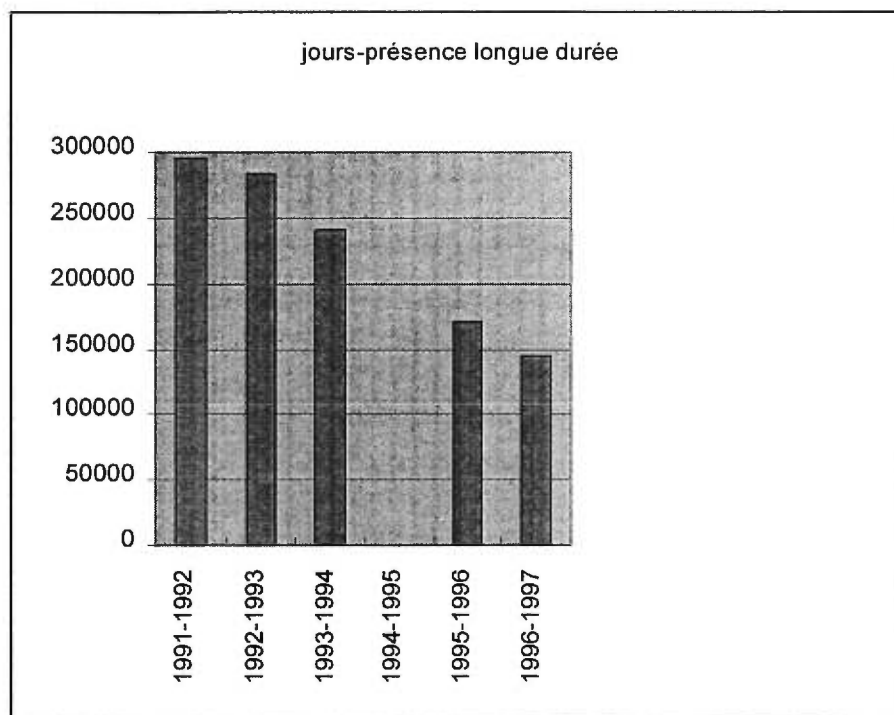
Pour l'hôpital étudié, la conjonction d'une diminution du budget et d'une obligation de réduire le nombre de lits s'est concrétisé par une réduction du nombre de jours-présence, près de la moitié (48%) entre 1988-1989 et 1994-1995. (Figure 1.6).



**Figure 1.6: réduction des jours-présence totaux dans l'hôpital psychiatrique à l'étude**  
**Source: direction des finances de l'hôpital**



Cette diminution se retrouve plus particulièrement dans les soins de longue durée où en l'espace de 6 ans, elle a été de plus de 50% (Figure 1.7). Ce dernier tableau souligne surtout l'effet accélérateur des coupures budgétaires de 1995 sur la réduction du nombre de lits.



**Figure 1.7: réduction des jours-présence en longue durée dans l'hôpital psychiatrique à l'étude. Les données sont manquantes pour 1989-1990 et 1994-1995.**

**Source: direction des finances de l'hôpital**

On peut conclure de ces tableaux que la désinstitutionnalisation psychiatrique est un phénomène qui a effectivement débuté avant les coupures budgétaires de 1995. L'hôpital étudié a suivi le même cheminement. Toutefois, l'imposition des fermetures de lits par des modalités d'octroi d'un financement lié à une restructuration qui imposait la fermeture de lits, surtout en longue durée, a été un élément fort efficace pour accélérer le processus. L'hôpital vit pleinement la restructuration du réseau de santé mentale.

## 1.6 L'EVALUATION DE LA DESINSTITUTIONNALISATION

L'évaluation de la désinstitutionnalisation est un exercice particulièrement difficile puisque, pour fournir une information utile aux preneurs de décision, elle requiert idéalement de tenir compte de trois facteurs [Clark et Fox, 1993; Caton et al., 1984]:

- les caractéristiques des patients
- le type de programme utilisé dans la communauté (les services offerts)
- le contexte administratif et financier dans lequel le programme est implanté (l'environnement).

Les patients concernés par la désinstitutionnalisation présentent des caractéristiques qui peuvent les rendre très dissemblables. L'application d'un modèle unique de prise en charge dans la communauté est par conséquent peu réaliste [Ginzberg, 1987]. Toute évaluation doit donc rechercher ce compromis difficile entre une intervention bien caractérisée que l'on peut analyser, mais qui pourrait s'avérer inadéquate pour les patients auxquels elle est appliquée (l'erreur écologique), et des interventions par trop personnalisées qui rendent difficile tout jugement de valeur sur l'option à l'institutionnalisation.

D'ailleurs, l'hôpital présente comme avantage de rassembler, sous un même toit, tous les services jugés nécessaires à la prise en charge d'un patient psychiatrique, ainsi que la coordination entre ces services [Docherty, 1994]. Cet aspect est cependant moins évident pour bien des patients se trouvant dans la communauté où l'offre de services est souvent éclatée.

Evaluer la possibilité d'une alternative à l'institutionnalisation requiert par conséquent qu'on trouve dans l'option à l'hospitalisation des structures de support stables sous forme de traitements en externe (médicaux, psychosociaux, professionnels, éducationnels), un logement adéquat, le transport et les loisirs, et des programmes qui contiennent un supplément de revenu et une accessibilité aux soins [Cohen et al., 1997]. Ce qui à l'hôpital est offert par une seule organisation, le sera généralement par de nombreux acteurs, dont le financement, difficulté supplémentaire, peut provenir d'un nombre bien plus élevé de sources que pour l'institution [Marks et Scott, 1990].

Les programmes offerts dans la communauté aux malades sévères et persistants peuvent être extrêmement variés, même si, dans un souci de concision, on reconnaît que quatre grands types de programmes peuvent être proposés [Robinson et Toff-Bergman, 1990]:

- le suivi intensif dans la communauté par une équipe pluridisciplinaire issue d'un hôpital: le Program for Assertive Community Treatment (PACT) (*full-support*). Dans ce programme, le gestionnaire de cas agit comme fournisseur de soins et comme gestionnaire des autres services nécessaires au patient. Il participe aussi à la gestion du budget et aide les patients dans leurs démarches pour l'obtention d'un logement. Le suivi intensif vise 6 objectifs [Bachrach, 1992]: faciliter l'accès du patient aux services appropriés; aider le patient à développer ses habiletés de base; lui apporter une aide pratique plutôt qu'une thérapie; dépister et identifier les aggravations de son état de santé; améliorer sa qualité de vie; et offrir une intervention clinique lorsque la situation l'exige. Dans cette approche, le ratio personnel-malade est de 1:10 à 1:15 [Test et al., 1985]
- la gestion des cas centrée sur la réadaptation (*readaptation*). Ce programme est assez semblable au précédent, mais moins complet et moins intensif. Il vise à identifier les déficits et à enseigner les habiletés nécessaires pour les surmonter. Il est assumée par une seule personne plutôt que par une équipe [Goering et al., 1988]. Le ratio personnel-malade est de 1:25 à 1:50
- le courtage (*expanded broker*) qui assure la coordination des ressources et des services existants, formels ou non, sans prestation de services autres que l'évaluation et la planification individuelle. Ce modèle est celui qui est préconisé en Angleterre [Thornicroft et al., 1993]
- la gestion de cas s'appuyant sur les forces personnelles de la clientèle (*personal strength*). Ce programme mise sur les capacités individuelles pour atteindre des buts personnels, plutôt que sur la maladie, sur les ressources informelles et sur la relation privilégiée avec la personne [Morcin et al., 1988].

Ce sont essentiellement ces deux derniers modèles qui servent de base aux programmes de psychiatrie communautaire, que l'on rencontre au Québec.

Lorsqu'on observe ce qu'il en est dans la pratique quotidienne, on trouve cependant peu de liens entre les fondements établis qui distinguent chacun de ces programmes et le travail effectivement réalisé [Ellison et al., 1995; Deci et al., 1995; Holloway, 1998]. Cela révèle l'extrême difficulté à concevoir une intervention en dehors du contexte où elle devra être appliquée. Mais surtout, cela montre à quel point porter un jugement sur la possibilité pour les patients les plus malades de vivre en dehors de l'hôpital est malaisé. La littérature n'est pas uniforme. Toute comparaison entre travaux est périlleuse, non seulement parce que les options à l'institutionnalisation sont différentes, mais aussi parce que les programmes implantés, dans leur fonctionnement, se distinguent souvent du modèle qu'ils se proposent d'appliquer.

On doit en effet considérer que le développement de programmes dans la communauté se déroule dans un contexte et un environnement qui lui sont plus ou moins favorables. Les conditions d'implantation d'un programme ne peuvent donc être négligées. C'est évidemment un ensemble de facteurs politiques et socio-économiques qui touchent non seulement l'hôpital et les médecins, mais aussi le réseau communautaire et la population, qui permet l'implantation dans de bonnes conditions d'une option autre que l'hospitalisation pour les malades souffrant de troubles sévères et persistants. A cela s'ajoute un facteur important: la précarité financière des organismes non institutionnels, pour ne pas mentionner leur sous-financement souvent chronique [Friedman, 1983]. L'incertitude quant au niveau du financement pour les années subséquentes est un frein au développement de programmes communautaires. Elle est aussi une menace pour la continuité des soins aux patients.

Porter un jugement sur les options pour la prise en charge de la maladie mentale sévère n'est donc pas aisé, puisque le juge n'est que rarement en possession de toute l'information qui lui serait nécessaire pour interpréter les résultats. Scruter la littérature appelle à quelques précautions.

### 1.6.1 Que sait-on des conséquences de la désinstitutionnalisation ?

Quelques éléments doivent par conséquent être gardés en mémoire lorsque les résultats des options sont évalués.

Un premier élément à considérer est le fait que la qualité de la préparation à la sortie, avec une estimation minutieuse des besoins médicaux, en service social, de réadaptation et spécialisés, effectuée à l'hôpital, est corrélée avec deux indicateurs d'efficacité souvent utilisés: le nombre de réhospitalisations [Caton et al., 1984] et la qualité de vie [Solomon et al., 1984; Cohen et al., 1997]. Ainsi, le résultat de l'option "désinstitutionnalisation" sera influencé par le travail de préparation à la sortie effectué dans sa contrepartie: durant l'hospitalisation.

Un deuxième facteur important de succès, tout au moins en termes d'évitement des réhospitalisations, semble être les attributs des patients, comme l'âge, le sexe ou le diagnostic [Fisher et al., 1992; Cohen et al., 1997].

Finalement, un troisième grand facteur à prendre en compte est bien entendu la qualité des services offerts dans la communauté. Les malades visés par la désinstitutionnalisation étant sévèrement atteints, il est évident que la désinstitutionnalisation ne peut, pour de nombreux patients, se résumer à une simple sortie. Une prise en charge souvent intensive dans la communauté est nécessaire pour les maintenir à l'extérieur de l'hôpital. C'est grâce à de tels programmes que les hospitalisations peuvent être diminuées, qu'il est possible de maintenir les malades dans leur résidence et d'améliorer leur fonctionnement [Teesson, 1992]. Lorsqu'un programme de prise en charge dans la communauté à long terme est fonctionnel et que du soutien existe, peu de personnes sorties se retrouvent itinérantes: aux Etats-Unis, entre 1980 et 1984, pour les bénéficiaires de tels programmes, seuls 1 % étaient itinérants et moins de 1% s'étaient retrouvés en prison [Mulkern, 1989].

Ces considérations posées, que nous apprend la littérature sur l'efficacité des programmes de prise en charge dans la communauté des patients qui autrement auraient été institutionnalisés ?

Le programme sans doute le plus évalué a été celui du suivi intensif dans le milieu (PACT) de Stein et Test dans le Wisconsin [Stein et Test, 1980; Stein et Test, 1985]. Ces travaux démontrent qu'un suivi plus adapté à la condition de chaque patient, suivi qui met l'emphase sur les habiletés de vie quotidienne, est effectivement en mesure de réduire les hospitalisations, l'indicateur le plus utilisé pour évaluer l'impact des options [Test, 1985]. De tels résultats ont d'ailleurs été reproduits par plusieurs groupes [Wetheridge et al., 1982; Wetheridge et Dincin, 1985; Bond et al., 1988; Brekke, 1988; McRae et al., 1990].

Lorsque l'on regarde plus spécifiquement les domaines qui semblent le plus bénéficier du passage dans la communauté, on se rend compte qu'ils sont divers:

- une diminution de l'utilisation des soins hospitaliers [Stein et Test, 1980; Hoult et Reynolds, 1984; Hyde et al., 1987; Bond et al., 1988; Borland et al., 1989; Wright et al., 1989; Jerrell et al., 1989; Bond et al., 1990; Bush et al., 1990; Olfson, 1990; Arana et al., 1991]
- une amélioration de la symptomatologie [Stein et Test, 1980; Hoult et Reynolds, 1984; Hyde et al., 1987; Bond et al., 1990; Arana et al., 1991]
- une amélioration du niveau de fonctionnement [Stein et Test, 1980; Hull et Thompson, 1981; Hoult et Reynolds, 1984; Hyde et al., 1987; Bond et al., 1990; Arana, 1991 et al.]
- une plus grande satisfaction de la part des consommateurs [Stein et Test, 1980; Wright et al., 1989; Bond et al., 1990; Holloway et Carson, 1998]
- une meilleure qualité de vie [Okin et al., 1983; Holloway et Carson, 1998]
- un comportement social plus positif [Tessler et al., 1983].

En résumé, les modèles PACT ou leurs équivalents sont considérés comme devant produire des effets positifs sur la symptomatologie, le niveau de fonctionnement, le coût/efficacité (voir plus bas) [Stein et Test, 1980; Wetheridge et Dincin, 1985; Bond et al., 1988; Bond et al., 1990] et la satisfaction des consommateurs. Malgré les différences entre programmes, les résultats sont en fait consistants: on trouve en général une diminution des hospitalisations, moins de symptômes, des intervalles entre rechutes plus longues et une plus grande satisfaction avec la vie [Test et Scott, 1990; Dincin et al., 1993; Holloway, 1998].

Il est bon de souligner, une fois encore, qu'il faut accepter de telles conclusions avec quelques précautions:

- les effectifs peuvent être petits, par exemple, les deux groupes comparés dans l'étude de Hyde étaient composés chacun de 11 individus [Hyde et al., 1987],
- le pairage des individus ne porte pas toujours sur des variables reconnues comme importantes, telles que l'âge, le sexe, le diagnostic et la durée d'hospitalisation. L'étude de Hyde par exemple a pairé les patients sur la durée de la maladie, le diagnostic hospitalier, l'étendue de problèmes psychologiques et de comportements [Hyde et al., 1987],
- les variables de résultats utilisés ne sont pas considérées par tous comme étant les plus pertinentes. C'est le cas d'un indicateur d'efficacité souvent utilisé, la prévention des hospitalisations. Or, certaines études montrent que pour des patients schizophrènes, la prévention de l'hospitalisation ne garantit pas forcément une meilleure santé psychique qui est un résultat bien entendu plus intéressant [Westermeyer, 1980]. Par ailleurs, parce que les attentes des différents groupes concernés sont tellement variées, il est difficile d'évaluer l'impact actuel de la désinstitutionnalisation. Par exemple, la société peut considérer comme un échec le fait que le patient, dans sa chambre dans la communauté, reste assis toute la journée en se berçant. Mais le patient peut préférer cette vie à celle de l'hôpital. Les patients peuvent aussi préférer, au-delà des indicateurs cliniques, l'institution qui souvent leur demande peu [Freedman et Moran, 1984],
- les études se déroulent en général sur une période assez courte. Lorsque le suivi est long, les résultats semblent plus mitigés. Dans une étude effectuée sur une période de 4 ans, l'isolement, la séparation, la solitude associée aux stigmas et des moments difficiles sont les phénomènes les plus marquants qui caractérisent les patients une fois placés dans la communauté [Deweese et al., 1996],
- même si les patients considérés dans les études sont généralement mentalement sévèrement atteints et chroniquement handicapés, il n'en reste pas moins que dans la règle, ils ne sont pas toujours représentatifs des cohortes subsistantes. En effet, les premiers patients à avoir été désinstitutionnalisés ont été évidemment ceux qui avaient le plus haut potentiel de rester dans la communauté. De ce fait, la diminution de l'effectif hospitalier

s'accompagne d'une augmentation de la lourdeur des cas. L'extrapolation de résultats d'études réalisées avec des patients désinstitutionnalisés, aux patients toujours institutionnalisés, n'est pas aisée [Knapp, 1993],

- finalement, comme pour toute étude épidémiologique, il faut se garder de tout enthousiasme: il existe toujours un risque d'erreur écologique, d'autant plus sérieux qu'un même diagnostic peut s'exprimer de façon fort diverse d'un individu à l'autre [Lehman et al., 1984; Mechanic, 1987]. Lorsque ce risque est pris en considération, on remarque que pour des patients sévèrement atteints, un programme de suivi intensif de type PACT donne de meilleurs résultats qu'un suivi standard par un service d'infirmières psychiatriques dans la communauté, non pas sur les dimensions cliniques, sociales ou fonctionnelles, mais sur la qualité de vie, la satisfaction des patients avec les soins reçus et le maintien des contacts avec les services de soins [Holloway, 1998].

Lorsque ces précautions ne sont pas négligées, on se rend compte que l'efficacité sur la réduction des symptômes et l'amélioration des fonctions sociales des différentes formes de prise en charge intensives dans le milieu, n'est pas si clairement établie [Solomon, 1992; Holloway et al., 1995; Mueser et al., 1998; Holloway, 1998]. Il reste encore à définir et les conditions des interventions et les caractéristiques des patients qui assurent les résultats les plus souhaitables pour les diverses perspectives concernées.

### **1.6.2 Que sait-on du coût/efficacité de la désinstitutionnalisation ?**

Dans une période qui voit l'allocation des ressources monétaires le plus judicieusement possible devenir le pôle d'intérêt majeur des preneurs de décision, il n'est plus possible d'éluder la question des coûts associés aux options qui se présentent dans le système de soins.

La mesure des coûts est toutefois particulièrement difficile dans le domaine de la santé mentale. Des différences considérables dans les coûts vont apparaître selon la méthodologie employée, des biais pouvant être introduits par le choix des perspectives, par l'exhaustivité des items considérés, la définition des coûts d'opportunité des ressources privilégiées (par exemple, doit-on considérer



le même prix unitaire pour un même service offert dans deux milieux distincts mais à un prix réel différent); les règles d'allocation des ressources non cliniques (*overhead*, coûts d'immobilisation) [Rubin, 1982]. Dans la pratique, la variabilité dans les méthodes est fort importante. Peu d'études remplissent en fait les critères de qualité habituellement admis pour une évaluation économique [Evers et al., 1997]. Il en découle que la comparaison entre études est très difficile et que les résultats, à l'instar des études sur l'efficacité, doivent être interprétés avec beaucoup de précautions [Wolff et al., 1997].

De plus, l'estimation des coûts peut être biaisée lorsque des effets pervers, c'est-à-dire non directement reliés aux coûts des options considérées, sont rendus possibles. La désinstitutionnalisation est en effet un exemple classique. Si l'option "désinstitutionnalisée" est dotée de ressources inadéquates, on peut obtenir une dynamique "inflationniste" qui perturbe l'estimation des coûts. Le fait d'avoir par exemple un manque de lits dans la communauté a pour conséquence de remplir inutilement les lits de soins aigus et donc d'occuper des lits que d'autres patients pourraient occuper et ainsi amener l'hôpital à sortir ses patients plus rapidement (pour libérer de la place) [Kavanagh et al., 1995; Mechanic, 1995]. Un impact peut survenir sur les coûts non seulement des options comparées (dans ce cas, l'option "communautaire" coûterait peut-être plus chère que si les ressources y avaient été adéquates) mais de l'ensemble du système de soins. Or, un tel effet important en soi, risque fort de ne pas apparaître dans les résultats des analyses coûts/efficacité. Pourtant, des coûts non nécessaires seraient produits. Il faut donc se garder d'accepter sans quelques questionnements des résultats qui soutiennent que la désinstitutionnalisation est moins coûteuse que l'institutionnalisation [Knapp et al., 1997].

Ces difficultés n'ont cependant pas empêché la réalisation de nombreuses études économiques en santé mentale. Une revue de la littérature récente a répertorié dans les grandes banques de données MEDLINE et PSYCHLIT, 99 articles pour la période s'étendant de 1966 à 1995: 62% de ces études avaient été réalisées aux Etats-Unis, 11% en Grande-Bretagne et 7% au Canada [Evers, 1997]. Toutefois, 36 études étaient des évaluations partielles, des analyses de coûts uniquement, comme l'étude de Fenton réalisée à Montréal [Fenton et al., 1982; Fenton et al., 1984], et 14 études n'avaient pas de comparateurs et avaient pour but en général d'estimer la charge pour la

société de la maladie mentale. Ces travaux ne peuvent donc pas être considérés comme des évaluations économiques [Drummond et al., 1987]. Parmi les 99 études, une seule répondait en fait aux exigences d'une évaluation économique de qualité acceptable [Weisbrod et al., 1980; Weisbrod, 1981; Weisbrod, 1983], ce que les auteurs expliquent par une conjonction de facteurs qui rendent particulièrement difficile la réalisation d'évaluations économiques en santé mentale, tels que:

- la mesure de l'efficacité n'est pas aisée en raison de la difficulté d'assurer le diagnostic (faible fiabilité)
- il y a en général peu de consensus sur le traitement le plus approprié à offrir à chaque patient
- il n'est pas toujours facile de faire exprimer les patients sur leur condition: ceci a un impact direct sur les mesures d'efficacité, en particulier sur l'évaluation de la qualité de vie qui est, pour les évaluateurs économiques, une donnée fondamentale à recueillir
- les traitements sont parfois obligatoires, mal définis et plusieurs n'ont jamais été démontrés comme étant efficaces
- le moment de l'évaluation peut avoir son importance puisque la symptomatologie est instable.

Quoi qu'il en soit, ces études se subdivisent en:

1. études où l'option à l'hospitalisation consiste en des **soins communautaires** [Sharfstein et Nafzinger, 1976; Weisbrod et al., 1980; Weisbrod, 1981; Fenton et al., 1982; Weisbrod, 1983; Fenton et al., 1984; Linn et al., 1985; Santos et al., 1988; Kivlahan et al., 1991; McCrone et al., 1994; Quilivan et al., 1995]
2. études chez l'adulte où l'option à l'hospitalisation consiste en les **soins quotidiens** [Endicott et al., 1978; Wiersma et al., 1991; Wiersma et al., 1995]
3. études où l'option à l'hospitalisation consiste en des **soins à domicile** [Burns et Rafter, 1991; Burns et al., 1993; Knapp et al., 1994].

Les études montrent que le suivi dans la communauté contribue à diminuer les hospitalisations et les visites à l'urgence, et à augmenter l'utilisation des autres ressources. La traduction de ces bénéfices en termes de coûts reste toutefois malaisée, puisqu'une grande partie des ressources utilisées n'existent pas dans le système institutionnel. Il y a donc un risque qu'elles soient sous-

rapportées [Borland et al., 1989; Wolff et al., 1995]. On admet toutefois que les soins dans la communauté sont vraisemblablement moins chers qu'à l'hôpital [Borland et al., 1989; Knapp et al., 1990; Test et Scott, 1990; De Cangas, 1994; Quilivan et al., 1995].

Lorsque les soins se résument à des services offerts à domicile, mais avec possibilité d'accéder à des centres de crise et à un hôpital de jour, les coûts sont moins élevés pour les bénéficiaires d'un tel programme que pour ceux qui, bien qu'également désinstitutionnalisés, en sont privés. Cela s'explique surtout par une diminution des réhospitalisations [Burns et al., 1993; Quilivan et al., 1995]. De manière intéressante, une autre étude qui répliquait une telle observation a montré que les admissions et les coûts augmentaient lorsque le programme s'est achevé [Reding et Raphelson, 1995].

Par rapport à un groupe de patients hospitalisés, les patients dans la communauté ont en général des coûts associés moins élevés, ce qui s'explique surtout par la diminution de la durée des hospitalisations [Fenton et al., 1982; Mueller et Hopp, 1983; Hoult, 1984; Fenton et al., 1984; Häfner et an der Heiden, 1989a; Häfner et an der Heiden, 1989b].

Une telle affirmation que les soins sont moins chers dans la communauté ne fait cependant pas l'unanimité. Les études peuvent être contradictoires: pour la gestion des cas par exemple, certains travaux montrent un effet positif sur les coûts de programmes de prise en charge dans la communauté [Goering et al., 1988; Borland et al., 1989; Olfson, 1990], tandis que d'autres ne rapportent aucun avantage et même des coûts augmentés, ce qui serait dû à une augmentation de l'utilisation de services [Franklin et al., 1987].

Les opposants à la désinstitutionnalisation font d'ailleurs remarquer que les économies apparentes ne servent qu'à masquer des coûts indirects [Kirk et Thiessen, 1975], qu'il y a des transferts d'argent par exemple sur les patients [Okin, 1995; Bachrach, 1996; Scull, 1983], ou que les services dans la communauté augmentent les coûts totaux car ils amènent à une duplication et une décentralisation des services hospitaliers [Bradley, 1980]. Il est intéressant aussi de noter la remarque de Rothbar et al., qui ont trouvé que les coûts de traitement sont plus chers pour les

patients suivis dans la communauté. L'explication avancée est que ce serait dû soit aux particularités du système de santé américain où les patients doivent faire la queue dans les hôpitaux généraux avant d'être transférés dans des unités de soins intermédiaires, soit au fait que le mécanisme de financement des hôpitaux fait qu'ils gagnent de l'argent avec les soins aigus et qu'ils ont donc intérêt à garder les patients dans ces services [Rothbar et al., 1988].

Finalement, il ne faut pas oublier que les patients encore institutionnalisés coûteraient sans doute plus chers s'ils se trouvaient dans la communauté, que ceux déjà désinstitutionnalisés. Les services qu'ils requerraient dans la communauté sont coûteux, vraisemblablement plus que ceux offerts à l'hôpital qui peut bénéficier d'économies d'échelle [Knapp et al., 1993]. Il faut donc se garder d'extrapoler trop rapidement les résultats des études publiées aux populations encore institutionnalisées.

On peut noter à cet égard l'étude-référence de Weisbrod sur le programme PACT du Wisconsin, qui montre que les coûts de l'option communautaire sont plus élevés que ceux de l'institution, mais que les bénéfices (comme la capacité de retourner sur le marché) qui sont plus importants, compensent l'investissement nécessaire consenti [Weisbrod et al., 1980].

Dans une des rares études portant sur des patients désinstitutionnalisés suivis sur une longue période (2 ans), les résultats sont par ailleurs mitigés: le groupe expérimental (dans la communauté) n'a pas montré de réels progrès dans l'ajustement psychosocial ou la satisfaction avec la vie (en fait, on trouve une amélioration transitoire avec plusieurs indicateurs, suivie, 2 ans après, d'un retour aux niveaux de départ). De plus, le programme semble être plus coûteux que l'hospitalisation [Jerrell et Hu, 1989].

On doit relever l'étude du coût/efficacité de la désinstitutionnalisation à l'hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal réalisée par Francine Lavoie et Pierre Lefebvre, dans laquelle 182 usagers d'unités de longue durée ont été suivis entre 1989 et 1994 (c'est-à-dire avant les importantes coupures budgétaires qui ont affecté, en 1995, le réseau de santé mentale) [Lavoie et al., 1996a]. Dans cet échantillon, 122 individus ont été toujours hospitalisés et 29 désinstitutionnalisés; 31 ont

été perdus de vue. Il faut relever que cet échantillon de personnes sorties n'est vraisemblablement pas très représentatif de la population des désinstitutionnalisés puisque, à part trois cas, tous se retrouvent dans seulement trois types de résidence: foyer de groupe, résidence communautaire et pavillon. En termes de conséquences, cette étude révèle que globalement, on ne note aucun effet négatif important associé à la sortie. L'évolution est toutefois variable, tant chez ceux qui sont restés hospitalisés que ceux qui sont sortis, certains indicateurs s'améliorant et d'autres se détériorant, avec un effet parfois peu stable dans le temps. Quant aux coûts, établis non pas sur la base de la consommation effective de l'échantillon, mais à partir d'un estimé du coût/clientèle de chacun des ressources d'hébergement considérées, ils soulignent les économies potentielles qui pourraient être réalisées si les patients étaient transférés de l'hôpital à une résidence dans la communauté [Lavoie et al., 1996b].

Enfin, on doit relever la très pertinente étude TAPS qui décrit la fermeture de deux hôpitaux psychiatriques londoniens, et dont un des volets consistait à en établir les coûts. Grâce à un système de "dotations", par lequel une somme d'argent accompagnait le patient désinstitutionnalisé, en étant transférée aux autorités locales afin que ces dernières assurent les services dorénavant requis à l'extérieur, une désinstitutionnalisation complète a pu s'opérer. En termes de conséquences cliniques et sociales, la sortie des patients était non seulement non délétère pour ces derniers, mais également positive sur certains points comme l'amélioration du réseau social des patients [Anderson et al., 1993]. En termes de coûts, on observe une croissance au fur et à mesure que les cohortes se succèdent. Les patients restant étant plus difficilement sortables car plus sévèrement atteints, on note que les coûts des services qui leur sont nécessaires dans la communauté se rapprochent de, puis dépassent, le coût moyen d'une hospitalisation. Lorsque l'ensemble des patients est considéré, il apparaît que le placement dans la communauté est plus coûteux que dans l'hôpital, mais d'un faible pourcentage: 6 % [Beecham et Lesage, 1997].

Comme on peut le voir, la question de l'option la plus coût/efficace reste ouverte. C'est vers une identification des déterminants du coût/efficacité que l'on semble devoir plutôt se diriger. Les populations concernées par la désinstitutionnalisation sont hétérogènes. Peut-être est-il possible de mieux cibler celles qui pourraient le plus bénéficier de l'option désinstitutionnalisation ?

La littérature montre en effet que ce sont surtout les caractéristiques des patients qui sont les déterminants des coûts: âge, genre, groupe ethnique, histoire d'admission en psychiatrie, diagnostic, labilité émotionnelle, interaction sociale, agression, tendance au suicide, consommation de drogue et statut légal [Chisholm et al., 1997]. Dans une étude plus récente, c'est le diagnostic de schizophrénie avec symptôme négatif qui a été trouvé comme étant le principal déterminant des coûts (bien plus élevés d'ailleurs en moyenne pour les patients hospitalisés que pour les patients en communauté) [Trauer et al., 1998]. Quant à l'âge, il ressort que les coûts des schizophrènes les plus jeunes et les plus vieux sont plus élevés que ceux du groupe des 30-65 ans [Cuffel et al., 1996].

Les études portant sur les caractéristiques des patients restent toutefois préliminaires et doivent être confirmées et raffinées si une allocation judicieuse des ressources veut être proposée.

### **1.6.3 Que sait-on du contexte organisationnel et de son impact sur la désinstitutionnalisation ?**

Le passage de l'institution à la communauté est particulièrement difficile en santé mentale en raison de la nature des troubles mentaux, de l'importance de la chronicité, du rôle de l'utilisateur dans les services et des difficultés de son insertion dans la communauté, de considérations légales et économiques ainsi qu'administratives et se rapportant au réseau, auxquels s'ajoutent la diversité des "paradigmes" de prise en charge de la maladie par un grand nombre d'intervenants ayant des intérêts divers à défendre [Dorvil, 1997; MacFarlane et al., 1997]. Il ne suffit pas de déterminer l'option la plus désirable, par exemple la plus coût/efficace pour que son implantation puisse s'imposer. Le contexte dans lequel les options peuvent être envisagées et les conditions d'implantabilité, doivent encore être définis.

De plus, il est bon de se rappeler que la désinstitutionnalisation ne porte pas uniquement sur la réduction du nombre de lits psychiatriques, mais qu'elle regroupe trois composantes: la déhospitalisation, la non-institutionnalisation et la réorganisation du système de soins [Dorvil, 1997]. En élargissant les lieux de dispensation des soins pour les patients les plus malades à

d'autres endroits que l'hôpital psychiatrique, un environnement nouveau a été créé qui a nécessité la conception d'un véritable réseau de santé mentale, et donc d'une restructuration en profondeur de l'organisation des services en santé mentale. Tant l'impact de la désinstitutionnalisation que les conditions à sa réalisation sont donc complexes. Ils ne peuvent se résumer à "simplement" estimer l'efficacité et les coûts des options puisque le changement affecte le réseau dans son ensemble et que celui-ci ne peut, à son tour, qu'avoir un impact sur le processus de désinstitutionnalisation.

Plusieurs barrières à la désinstitutionnalisation ont été avancées pour expliquer la difficulté d'implanter la fermeture de lits psychiatriques, barrières que l'on peut classer en 4 grands groupes [Marks et Scott, 1990]:

- les influences socio-politiques: les affrontements idéologiques entre différentes ressources mentionnées plus haut, ont évidemment un impact immédiat sur l'implantabilité de la désinstitutionnalisation [Mechanic, 1987]. Certains milieux communautaires par exemple, considèrent toujours l'attitude médicale comme inefficace [Braun et al., 1981], voire "antithérapeutique" [Mohelsky, 1982] et déshumanisante [Fowlkes, 1975]. D'où une réticence à lancer un dialogue pourtant nécessaire si une continuité des soins doit être établie. Toutefois, il faut admettre que ces constatations ont été faites il y a une vingtaine d'années, alors que l'état des hôpitaux psychiatriques aux Etats-Unis était extrêmement variable [Bachrach, 1996]. Beaucoup de chemin a été fait depuis. Il faut donc considérer ces références plutôt comme une constatation qui a son importance dans l'histoire de la désinstitutionnalisation. Le même genre d'objection peut être décrit de la part des milieux institutionnels qui voient parfois les milieux communautaires comme nébuleux, invisibles, abstraits "*high on value but low on operational definition*" [Holloway et Carson, 1988]. Les positions "anti-médicaments" de certains milieux alternatifs, avec les conséquences néfastes qui en ont découlé pour les patients sevrés, ont évidemment contribué à une mauvaise perception par le milieu institutionnel, des organismes communautaires [Freedman et Maran, 1984; Holloway et Carson, 1988; Birchwood et al., 1989]. Finalement, par rapport aux barrières socio-politiques, on doit rappeler les difficultés causées par l'accueil d'une minorité peu connue et peu acceptée par une société encore trop réticente à jouer son rôle d'intégrateur de ceux qui, parce qu'ils sont malades, sont différents

- les barrières administratives: en se déroulant à la frontière de deux domaines, l'institutionnel et le non institutionnel, la désinstitutionnalisation rencontre des problèmes particuliers plus rarement présents dans le champ des soins de santé. Par exemple, les hôpitaux ont diminué de taille, mais il était difficile de licencier du personnel syndiqué. L'argent est donc resté bien souvent à l'hôpital et n'a donc pas suivi les patients [Friedman, 1983]. La conséquence en est que bon nombre de patients n'ont pu trouver, dans la communauté, les services qui leur étaient nécessaires
- les barrières économiques: aux Etats-Unis, les échecs de la désinstitutionnalisation peuvent très largement être expliqués par l'absence de ressources communautaires pouvant prendre en charge les patients désinstitutionnalisés [Marks et Scott, 1990]. D'ailleurs, une conjoncture économique difficile avec des probabilités de se retrouver sur le marché du travail réduites, augmente probablement la difficulté de la désinstitutionnalisation
- les barrières professionnelles: une perception largement partagée circule selon laquelle la désinstitutionnalisation conduit inexorablement à une déprofessionnalisation des intervenants [Jones et Poletti, 1985]. Une telle crainte vient certainement d'une méconnaissance du travail effectué dans le milieu communautaire, travail dont l'éclectisme va à contre-courant d'une tendance à une sur-spécialisation que l'on observe dans le milieu institutionnel. A la peur que les patients ne recevront pas les services adéquats, s'ajoute la crainte d'être mal employé et donc mal valorisé, si un changement d'affectation, vers le milieu extra-hospitalier, devait survenir. Plusieurs employés de l'hôpital vont avoir des réactions émotionnelles et défensives [Martin, 1993]. La transformation de l'hôpital sera d'ailleurs d'autant plus difficile que l'institution est dotée d'une longue l'histoire et de coutumes bien établies [Aherns, 1993]. Une telle attitude n'est cependant pas inexorable. Plusieurs expériences ont montré que c'est le personnel d'institutions du réseau qui a développé les ressources et les services dans la communauté.

Les obstacles au transfert des patients vers la communauté sont donc considérables. Mener à bien la désinstitutionnalisation va de ce fait requérir l'élaboration de stratégies pour amener le personnel à accepter et à participer au changement que représente la désinstitutionnalisation dans leur institution [MacFarlane, 1997], mais aussi l'environnement à accepter un nouvel état de fait.



Le cas de la désinstitutionnalisation qu'a connue l'Etat du New South Wales en Australie est exemplaire de ces difficultés [Hoult, 1990]. Les principaux obstacles dressés face au passage vers la communauté étaient les suivants:

- la peur du ministère des finances que de l'argent supplémentaire soit nécessaire et qu'il ne soit pas possible de fermer les hôpitaux. Ces préoccupations ont retardé le début du processus. D'ailleurs, chaque année, près de la moitié de l'année fiscale s'était écoulée avant que l'accord sur le budget ne soit conclu
- le ministère du logement ne voulait pas accepter les désinstitutionnalisés dans ses logements subventionnés. L'obtention d'un compromis a nécessité que le ministère de la santé achète pour 25 ans des logements auprès du ministère de logement
- le gouvernement fédéral accusa le gouvernement régional de vouloir faire porter les coûts sur le fédéral et refusa de subventionner le projet
- une résistance des fonctionnaires employés par les hôpitaux psychiatriques s'organisa. Des détournements de fonds prévus pour la désinstitutionnalisation furent mis à jour
- les confrontations idéologiques et interprofessionnelles se révélèrent un problème majeur. Il y eut même une interdiction ordonnée par la corporation des médecins à ses membres d'entreprendre des contacts avec des équipes de crises dans la communauté
- deux grèves furent organisées par le syndicat des infirmières. Dans certains hôpitaux, ce furent les médecins qui débrayèrent
- les media attisèrent les problèmes en mettant l'emphase (justifiée ou non) sur les effets pervers de la désinstitutionnalisation.

Enfin, le programme put s'implanter, mais cela nécessita:

- un petit groupe de médecins *leaders* particulièrement opiniâtres
- la présence d'autres professionnels transfuges satisfaits de leurs nouvelles tâches
- des résultats probants et rapides: certains projets ont eu un succès reconnu, comme les cellules de crises qui eurent un impact positif sur la diminution des hospitalisations
- la nomination d'un bureaucrate compétent et déterminant comme gestionnaire de l'unité d'implantation

- un ministre de la santé très ambitieux et déterminé à implanter le programme
- du lobbying de groupes de pression, non pas des professionnels en santé mentale, mais des malades.

Un deuxième cas fort bien documenté est celui du programme PACT dans le Wisconsin, qui s'est également confronté à des difficultés d'ordre organisationnel pour son implantation. L'initiateur du projet, pour pouvoir faire accepter l'innovation que représentait le programme, dut mettre l'accent sur la congruence que celle-ci représentait avec son environnement [Stein, 1992]. La difficulté dans ce cas était que les hôpitaux avaient bonne réputation et fonctionnaient sans doute assez bien. C'est certainement la présence d'un *leader*, à l'instar de ce que s'est passé en Australie, (un nouveau directeur énergique désireux de voir le changement s'opérationnaliser) qui a donné l'impulsion nécessaire au changement. Son pouvoir de conviction et la formulation du projet sous forme d'un protocole de recherche formel (procédure jugée nécessaire pour vaincre les réticences du corps médical), ont permis de convaincre l'administration de l'intérêt de procéder à un essai, sur une année. Les résultats positifs, évalués à travers une procédure d'analyse rigoureuse, ont par la suite conforté les initiateurs du projet dans leur volonté de poursuivre l'expérience, et ont convaincu l'ensemble de l'institution psychiatrique qu'une nouvelle ère avait débuté.

Ces deux exemples montrent clairement qu'un contexte particulier favorable au changement doit être présent pour que le processus de désinstitutionnalisation puisse s'enclencher et se dérouler d'une manière satisfaisante. Pour pouvoir réduire la taille des hôpitaux psychiatriques et offrir de nouveaux services, un climat propice politiquement (avec une unanimité générale des groupes les plus influents sur les valeurs à promouvoir en termes d'intégration, de vie communautaire et d'altruisme) et économiquement est nécessaire [Carrier, 1990].

A un niveau interne, un *leadership* est indispensable pour rallier les différents groupes influents concernés par la question de la désinstitutionnalisation et les convaincre de réévaluer leur perception de la question, et donc les stratégies mises de l'avant pour défendre leurs intérêts.

Un contexte favorable au changement et un leadership assurent non seulement que la désinstitutionnalisation se réalise, mais également qu'elle se réalise dans de bonnes conditions. Sans information sur ce contexte organisationnel, les évaluations sont difficiles à interpréter. D'une part, l'interprétation des résultats sur l'efficacité et les coûts devient malaisée: comment considérer l'exemple cité plus haut des réhospitalisations fréquentes dues à un manque de services adéquats dans la communauté ? D'autre part, il est évident que ces considérations vont également présider au choix des options. La rationalité qui sous-tend les évaluations d'une alternative est rarement la base de la prise de décision.

On peut toutefois supposer que les difficultés qu'a connues la désinstitutionnalisation sont moins présentes aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a quelques années. En effet, le contexte n'aura jamais été aussi favorable à la poursuite, voire l'accélération de la réduction du nombre de lits psychiatriques. Les changements idéologiques avec une emphase de plus en plus marquée sur la "responsabilisation" de chaque individu (le patient institutionnalisé est par définition déresponsabilisé par un système qui prend (presque) totalement en charge la gestion de sa vie quotidienne) et une remise en cause des dépenses de l'Etat pour des programmes sociaux, surtout en période de déficit budgétaire, ne peuvent que promouvoir une alternative dont une option consiste à transférer des patients dans la communauté, lieu qui valorise les habiletés personnelles et qui possède, peut-être, cet avantage de moins demander aux deniers publics [Shortell, 1988].

Il n'en reste pas moins que le contexte organisationnel est un élément clef pour tenter d'interpréter les impacts mesurables de la désinstitutionnalisation. Toute évaluation économique qui représente une certaine menace pour des intérêts importants, dans l'hôpital, dans le réseau institutionnel et extra institutionnel, peut difficilement être interprétée si les différents éléments du contexte n'ont pas également été analysés.

## 1.7 SYNTHÈSE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La désinstitutionnalisation psychiatrique, on le répétera, est devenue inéluctable. Pourtant, la littérature, surtout récente, s'est faite l'écho de questionnements quant à la pertinence de la poursuivre, maintenant que les malades encore hospitalisés font partie des cohortes les plus sévèrement atteintes. Désinstitutionnaliser tous les patients en faisant fi des caractéristiques individuelles qui les rendent plus ou moins aptes à bénéficier d'un hébergement en dehors de l'institution, pourrait s'avérer peu conséquent avec les objectifs prônés d'une amélioration de la qualité de vie des malades.

Allier une meilleure compréhension des facteurs facilitants et des facteurs inhibiteurs de la désinstitutionnalisation, à une meilleure identification des caractéristiques des individus et des processus associés aux impacts positifs de la désinstitutionnalisation, devrait permettre de mieux orienter les preneurs de décisions sur les choix à proposer pour la population encore hospitalisée en longue durée. C'est de cette vision plus holistique que des choix éclairés pourront être, espérons-le, portés, pour le bénéfice de tous les acteurs concernés par le champ de la maladie mentale.

Dans ce contexte, la présente étude poursuit les 4 objectifs suivants

- analyser les facteurs organisationnels qui, au cours des 10 dernières années, ont façonné la désinstitutionnalisation du plus grand hôpital psychiatrique québécois
- comparer des patients de cet hôpital qui ont été désinstitutionnalisés au cours des 10 dernières années, avec des patients toujours hospitalisés, sur plusieurs dimensions touchant à la santé mentale, à la santé physique, aux aspects sociaux, aux habiletés à réaliser les activités de la vie quotidienne, à la qualité de vie et aux coûts associés à l'hébergement et à l'utilisation des services
- analyser les caractéristiques des patients associées à la sortie de l'hôpital psychiatrique d'une part, et à l'hébergement dans la communauté de l'autre
- analyser les caractéristiques des patients associées aux coûts

Ces 4 objectifs sont réalisés à travers 2 volets, l'un qualitatif et l'autre quantitatif. De manière plus générale, l'intégration de ces approches cherche à préciser dans quelle mesure les données probantes peuvent apporter une information ayant un intérêt pour le preneur de décisions confronté à faire des choix par rapport à un processus, la désinstitutionnalisation psychiatrique, conduit par différentes forces, dont les plus rationnelles, celles apportées par les évaluations économiques, ne sont pas toujours les plus considérées [Drummond et al., 1994].

Le volet qualitatif fait l'objet du deuxième chapitre, alors que le volet quantitatif est présenté dans le chapitre trois.

*"I have made inquiry into the establishment of the hospital, and find it in a very unsettled condition. There is no....subordination among the surgeons; of consequence, disputes have arisen, and must continue until it is reduced to some system. I could wish it was immediately taken into consideration, as the lives and health of both officers and men so much depend on due regulation of this department"*

**George Washington**

lettre au Congrès suite à sa première inspection de l'Armée continentale lors de la guerre d'indépendance

## 2 LA DESINSTITUTIONNALISATION DANS UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE: UNE PERSPECTIVE ORGANISATIONNELLE

### 2.1 INTRODUCTION

Le réseau de la santé mentale s'est profondément modifié au cours des dernières décennies sous l'influence de plusieurs facteurs parmi lesquels on peut noter plus particulièrement:

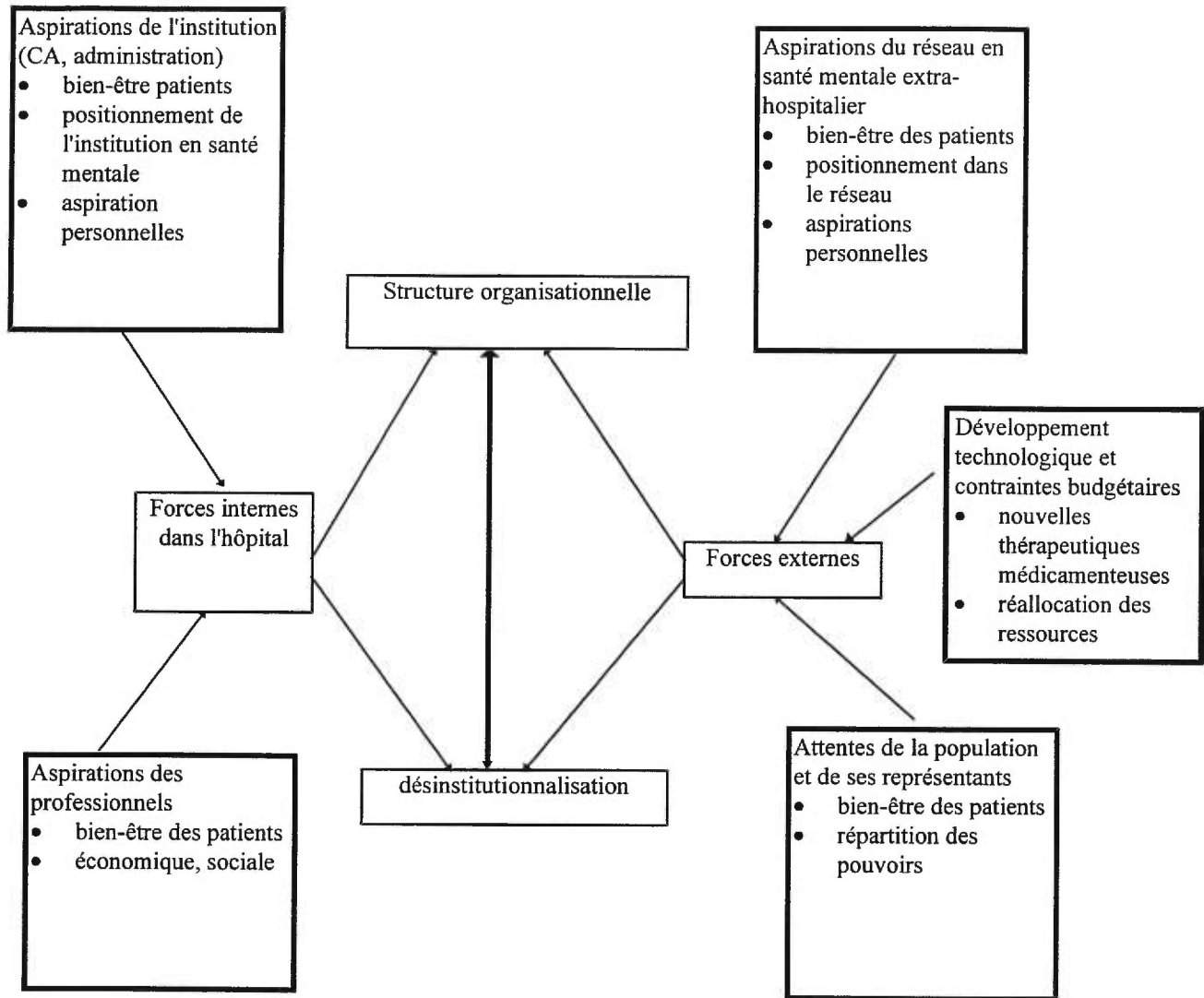
- le développement de thérapeutiques médicamenteuses ayant une action plus efficace sur la symptomatologie [Keith, 1997]
- la prise en compte du fait que d'autres facteurs que les soins médicaux peuvent également contribuer au bien-être des patients souffrant de troubles mentaux [Kiesler, 1982; Kiesler, 1982b; Friedman (b), 1983; Friedman, 1985]
- l'émergence d'un mouvement de reconnaissance des droits des malades mentaux en réaction à une idéologie largement asilaire qui voulait confiner à l'écart de la société ses éléments jugés les plus dérangeants [Bassuk et Gerson, 1984]
- des efforts importants mis en place pour tenter de rationaliser le système de soins.

Partout, des transformations des structures, parfois radicales, ont été ou sont entreprises, souvent au prix de tensions extrêmes entre diverses conceptions existant dans la société sur comment devrait être organisé le réseau de santé mentale.

La désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique représente peut-être le changement dans l'organisation des soins le plus prôné, mais aussi le plus débattu. Elle tient pour acquis qu'un grand nombre de patients jusqu'alors confinés en milieu psychiatrique peut espérer une réinsertion

sociale, même partielle. Tant du côté psychiatrique pour lequel l'amélioration de l'arsenal thérapeutique ouvre de nouvelles perspectives pour les patients, que du côté des mouvements extra-psychiatriques (comme les organismes communautaires ou la communauté) qui ont développé une expertise dans la prise en charge à partir d'autres approches que l'approche médicale, on reconnaît que l'institutionnalisation de ces personnes peut désormais être questionnée.

La désinstitutionnalisation promet de nouvelles manières de considérer et de prendre en charge les personnes souffrant de maladies psychiatriques, plus particulièrement celles qui sont atteintes de troubles sévères et persistants. Elle est donc inductrice de changements dans l'organisation de soins psychiatriques. Mais elle représente aussi une des solutions mises de l'avant pour résoudre les nombreuses difficultés qui affectent la psychiatrie comme le fait que ce champ de la médecine concerne des maladies encore largement idiopathiques dont la guérison n'est parfois qu'un espoir, ou qu'il induit des coûts qu'on est parfois tenté de vouloir mieux justifier. Dans ce sens, la désinstitutionnalisation, sous l'influence de facteurs internes et externes à l'hôpital, a une relation symbiotique avec la transformation du réseau, en étant une de ses causes, mais également une de ses conséquences (Figure 2.1).



**Figure 2.1: interrelation entre désinstitutionnalisation et restructuration organisationnelle et déterminants intra et extra hospitaliers des transformations favorables à la désinstitutionnalisation**



Quatre raisons principales peuvent être évoquées pour tenter de comprendre l'importance qu'a prise la désinstitutionnalisation dans la transformation du secteur psychiatrique:

1. *des raisons humanitaires*; les considérations "humanitaires" basées sur les droits de l'homme qui ont émergé au cours des années 60-70 ont conduit à se questionner sur la nécessité de maintenir une structure encore largement asilaire pour les patients psychiatriques
2. *des raisons cliniques*; à ces considérations "éthiques" se sont ajoutés les progrès de la thérapeutique médicale, en particulier pharmaceutique, qui ont augmenté le potentiel d'adaptation dans la communauté pour un bon nombre de patients
3. *des raisons financières*; l'institutionnalisation est coûteuse et à une époque où les dépenses du secteur public sont attentivement scrutées, la recherche d'options moins onéreuses, et idéalement plus coût/efficace, s'impose
4. *des raisons politiques*; la désinstitutionnalisation représente pour l'ensemble du réseau de la santé mentale un changement majeur, et donc une opportunité de 1) redéfinir la mission des institutions, 2) redéfinir le travail des groupes concernés par la santé mentale. Dans les deux cas, elle représente une opportunité de reformer les rapports de force et d'introduire une structure renouvelée.

Quoi qu'il en soit, la désinstitutionnalisation a un impact fort important sur l'organisation tant des hôpitaux psychiatriques que du réseau de santé mentale. En effet, le mot désinstitutionnalisation prend la signification de "sortir de l'institution", non pas parce que le patient est "guéri", mais parce que les activités thérapeutiques, de rééducation et/ou de loisir, peuvent, voire devraient, être offertes en dehors des murs de l'hôpital, dans la communauté. Tant pour l'hôpital qui jusqu'ici était reconnu comme étant le principal agent ayant de l'expertise dans la prise en charge de patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, que pour les organismes communautaires, les changements sont importants. Des rapports nouveaux se redessinent.

Or, dans le domaine psychiatrique, les changements à une structure établie sont particulièrement difficiles. Ce secteur évolue dans un champ pluri-professionnel et pluri-institutionnel, dans lequel se trouve une multiplicité d'acteurs qui ont des positions idéologiques parfois fort divergentes. A

un réflexe de protection de territoire, s'ajoutent pour chaque groupe des craintes réelles quant au devenir des patients, si la responsabilité de leur prise en charge est transférée à un autre groupe qui ne partage pas les mêmes conceptions thérapeutiques. La désinstitutionnalisation a en effet ceci de particulier qu'elle met en jeu un besoin d'interaction formelle, et donc l'établissement de vrais réseaux, non seulement entre des acteurs ayant des expertises diverses, mais aussi entre des territoires jusque là passablement hermétiques (l'institutionnel et le communautaire non institutionnel), avec toutes les difficultés que cela sous-entend.

Ces difficultés sont aisément perceptibles lorsque l'on imagine ce que représente la désinstitutionnalisation pour les hôpitaux psychiatriques. L'hôpital, en réduisant ses effectifs de patients institutionnalisés, voit son "poids" dans le réseau de la santé mentale à risque d'être fortement diminué, non seulement en raison du nombre moins important de patients hospitalisés à sa charge, mais aussi en raison de la diminution subséquente de la part des ressources attribuées à la santé mentale, qui lui est allouée. De plus, désinstitutionnalisation sous-tend une prise en charge des patients en dehors de l'institution. La santé mentale se distingue d'autres domaines d'activité médicale, par le fait que, hors des murs de l'hôpital, de nombreux organismes, à base idéologique parfois fort opposée, se côtoient dans un territoire ouvert à des conceptions souvent fort diverses sur la manière d'organiser la prise en charge de la maladie mentale. Que ce soit sur les approches thérapeutiques les plus souhaitables ou sur la mise en œuvre des programmes de soutien des personnes affectées de troubles mentaux, il n'existe en effet pas de consensus sur ce qui serait le plus souhaitable pour les malades. L'hôpital, garant d'une approche médicale, se trouve par conséquent en compétition avec des intervenants fort actifs, qui ne partagent pas forcément sa conception de la maladie mentale et de son traitement.

La désinstitutionnalisation est donc porteuse de restructuration importante qui va affecter tous les acteurs concernés par la santé mentale, comme l'hôpital et ses groupes d'acteurs, les organismes communautaires, ou les planificateurs pour ne parler que des plus directement impliqués. Les intérêts importants en jeu, attisés d'ailleurs par les sommes d'argent considérables malgré tout qui sont dévolues à la santé mentale, font de l'étude de la dynamique qui s'est opérée pour réorganiser

le réseau au cours des dernières années, un thème incontournable de l'étude de la désinstitutionnalisation.

La présente analyse organisationnelle de la désinstitutionnalisation d'un grand hôpital psychiatrique vise à mieux comprendre cette dynamique en faisant ressortir les déterminants potentiels d'une restructuration dont la composante principale aura été la désinstitutionnalisation. En s'intéressant d'une part aux rapports de coopérations et de conflits qui se sont déroulés dans l'hôpital ainsi qu'entre l'hôpital et les principaux organismes concernés par la désinstitutionnalisation, et d'autre part, au rôle qu'a joué la désinstitutionnalisation dans la redéfinition des rapports entre les groupes concernés, elle s'efforcera à mieux saisir dans quelle mesure la désinstitutionnalisation est déterminée par son environnement.

L'emphase portée dans ce travail ne veut toutefois pas laisser l'impression que tout est pouvoir dans une organisation. Elle tend simplement à souligner, tel que l'évoque Friedberg, que "le point de départ du raisonnement organisationnel est la non congruence des intérêts" et que dans un système où tous les acteurs sont interdépendants, aucune action ne devrait ordinairement se faire si cela implique une perte dans ces relations d'interdépendance [Friedberg, 1993]. Même s'il est évident que les facteurs engagés dans l'évolution d'une organisation sont nombreux et divers, il n'en reste pas moins que parmi les plus déterminants d'entre eux, se trouvent les rapports de force. C'est la raison pour laquelle ce travail a porté une attention particulière à la question du pouvoir.

## **2.2 APPROCHE ANALYTIQUE**

### ***Avertissement***

L'analyse faite dans ce travail porte sur une des activités d'un hôpital psychiatrique: la prise en charge des personnes hospitalisées en longue durée depuis de nombreuses années et souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Les faits qui sont rapportés et la réflexion qu'ils ont suscitée ne concernent que cette activité. On se gardera d'extrapoler à l'ensemble des fonctions de l'hôpital, qui couvrent une population bien plus vaste, le plus souvent moins malade et qui dans sa

majorité est suivie, et ce depuis des décennies (bien avant le début de la présente étude) à l'extérieur des murs de l'hôpital. L'attitude de l'hôpital par rapport à la désinstitutionnalisation, telle que décrite ci-dessous, ne concerne donc qu'une population bien définie, et ne saurait en aucun cas s'appliquer à l'ensemble de sa clientèle.

Aussi, la collecte des données de ce travail s'est limitée aux 10 dernières années. On ne doit pas oublier que le processus de réduction du nombre de lits dans l'hôpital étudié ainsi que ses cycles de transformation ont une longue histoire qui remonte aux années 60 [Lecomte, 1997]. C'est avec cette toile de fond que devrait être lu ce deuxième chapitre.

### **2.2.1 Cadre théorique**

La désinstitutionnalisation psychiatrique représente un changement important de la structure tant du réseau de santé mentale que de l'hôpital psychiatrique. Cette transformation qui fait appel à des stratégies dites "radicales", car nécessitant des modifications de structure et de culture [Allaire et Firsirotu, 1993], implique une réorganisation majeure. L'approche analytique suivie ici a pour but de mettre en évidence des facteurs organisationnels et les stratégies adoptées qui ont été de probables déterminants des transformations qu'ont connues au cours des 10 dernières années, l'hôpital et le réseau de santé mentale.

Une étude de cas a été réalisée autour d'une organisation, un hôpital psychiatrique, lui-même inséré dans un système, le réseau de la santé mentale de sa région. L'étude de cas a été privilégiée pour explorer les changements majeurs survenus dans cet ensemble. Le choix du cas se justifie par le fait que l'hôpital est un des plus grands hôpitaux psychiatriques du Canada et qu'en tant que tel, il joue un rôle déterminant dans toute transformation de la structure de l'offre de soins [Yin, 1989]. Il est donc un cas extrême et révélateur du jeu des acteurs et de l'impact de ce jeu sur la réorganisation d'un volet de l'offre de services de santé.

### 2.2.1.1 Toile de fond conceptuelle

L'approche analytique décrite ci-dessous tient compte des attributs identifiés par Miller et Mintzberg comme devant figurer dans les travaux portant sur les organisations [Miller et Mintzberg, 1983]: 1) l'étude de nombreux attributs simultanément afin de donner une image holistique de l'objet étudié; 2) une analyse des données et une construction de théories visant à définir des regroupements naturels communs parmi les attributs étudiés; 3) une vision de la causalité dans le sens le plus large possible, et donc avec des rétroactions; 4) la prise en compte de l'élément temps; 5) le fait de ne pas négliger l'anecdote. Selon l'approche proposée, la recherche procède en deux grandes étapes: une première, constituée par une synthèse, et une seconde, qui la suit: l'analyse. Ainsi, le modèle n'est pas constitué a priori, mais découle des données empiriques et de cadres théoriques utilisés pour interpréter les données.

L'approche analytique utilisée dans ce travail s'inspire de celle proposée par Hinnings et Greenwood [1988a], qui définit les organisations comme des *archétypes* dotés de deux composantes principales:

1. les structures organisationnelles et leurs systèmes de gestion, ou la **configuration organisationnelle** (*organizational design*), mieux comprise en termes de constitution globale plutôt qu'à partir d'une analyse pointue de propriétés organisationnelles, en accord avec la perspective holistique (qui considère les variables de l'environnement, de stratégies et de structure, comme étant interconnectées) promue par Miller et Friesen [Miller et Friesen, 1984].

Deux grands éléments participent à la *configuration organisationnelle*: la face formelle et explicite de la structure organisationnelle d'une part, et d'autre part les "interactions émergentes" qui en sont la face informelle, implicite, c'est-à-dire des activités, des normes de comportement et des manières de faire qui ne sont pas formellement prescrites mais qui régissent également les fonctions de l'organisation. Ces éléments peuvent être abordés à partir de quatre grands champs: la structure des rôles et des responsabilités; les mécanismes de décision; la gestion des ressources humaines et les mécanismes d'acquisition et de gestion des

ressources [Contandriopoulos, 1994; Hinnings et Greenwood, 1988a; Contandriopoulos et Souteyrand, 1996].

2. les idées, les valeurs et les croyances, ou les **schèmes interprétatifs** de Ranson et al [1980], qui sous-tendent les structures et les systèmes.

Le *schème interprétatif* est décrit à partir de trois champs: le domaine occupé par l'organisation; les principes d'organisation; et les critères d'évaluation [Hinnings et Greenwood, 1988a].

La configuration d'un archétype (*archetype design*) peut alors être définie comme étant "*une composition particulière d'idées, de croyances et de valeurs qui sont connectées aux structures et systèmes*" [Hinnings et Greenwood, 1988a].

Les transformations sont vues comme le passage d'un archétype à un autre. Ce passage résulte du découplage entre le schème interprétatif, véhicule des idées, des valeurs et des croyances qui sous-tendent la structure de l'organisation, et la structure existante, puis d'un recouplage visant à créer une nouvelle structure cohérente avec le nouveau schème interprétatif dominant. Ainsi, la dynamique organisationnelle peut être décrite comme étant formée d'une succession d'étapes qui conduisent à un nouvel archétype qui recherche une nouvelle cohérence entre sa configuration organisationnelle et le schème interprétatif qui la sous-tend.

Etudier le changement requiert par conséquent d'examiner jusqu'où une organisation va dans le changement d'archétype et ce qu'il en sera de la cohérence de celui qui sera construit [Hinnings et Greenwood, 1988a].

### 2.2.1.2 Objets d'étude

#### A) Les archétypes

Les configurations d'archétypes ne peuvent être représentées qu'en étudiant les significations des acteurs dans une situation donnée, les connections entre ces significations et les arrangements organisationnels et le contexte historique des idées et les processus de légitimation qui agissent sur eux [Hinnings et Greenwood, 1988b]. Ce qui est recherché est avant tout le degré de cohérence de l'archétype, c'est-à-dire dans quelle mesure les structures et les processus reflètent et renforcent le schème interprétatif.

L'étude du schème interprétatif est fondamentale. C'est l'interprétation, elle-même influencée par la structure organisationnelle, de ce qui est important dans l'environnement, faite par les groupes dominants, qui va conduire au changement, à l'adaptation au nouvel environnement. Afin de mieux saisir ces interprétations, les concepts interdépendants suivants ont été abordés:

- les contraintes situationnelles inhérentes au contexte de l'organisation. Ce sujet fait référence à la théorie de la contingence qui met l'emphase sur le fait que les organisations s'adaptent aux circonstances contingentes ou situationnelles [Pfeffer, 1982]
- les valeurs et les intérêts des acteurs
- la dépendance du pouvoir et de la domination. Les organisations sont le lieu de luttes de pouvoir entre différents groupes, chacun ayant ses intérêts et surtout un niveau de pouvoir différent [Friedberg, 1993]. Ceux qui ont le pouvoir ont bien entendu plus de possibilité d'imposer leurs schèmes interprétatifs, mais surtout ont tendance à s'accrocher à leurs schèmes interprétatifs et aux arrangements structurels parce que justement, ces schèmes et arrangements sont la base de leur pouvoir [Starbuck et al., 1978]
- la capacité de l'organisation de passer d'un archétype à un autre, et plus particulièrement, le leadership qui conduit ce passage.

### B) Le *garbage can*

Les décisions amenant à une réorganisation, c'est-à-dire au passage d'un archétype à un autre, nécessitent de faire un choix non seulement par rapport aux solutions à apporter au problème qui appelle à une transformation de la structure, mais également quant au problème à traiter. En effet, le nombre de problèmes auxquels une organisation peut s'adresser est généralement fort important, ainsi que les propositions mises de l'avant pour les résoudre. Une réorganisation, c'est-à-dire l'implantation d'une solution, implique donc un choix parmi l'ensemble des problèmes identifiés. Chaque groupe d'acteurs concerné, parce qu'il se préoccupe pour une problématique particulière ou parce qu'il a des intérêts propres à défendre, devrait profiter des occasions qu'offre une certaine instabilité pour tenter d'imposer son couple de "solution-problème" [Kingdon, 1984]. Dans cette perspective dite du *garbage can*, ce n'est pas uniquement le choix de la solution à un problème donné qui est étudié, mais plutôt la procédure ayant amené au choix du problème et de sa solution couplée, c'est-à-dire le jeu des acteurs qui à un moment donné débouche sur un rassemblement suffisant autour d'un couple "solution-problème".

### C) Le leadership

Le passage d'un archétype à l'autre, la trajectoire ou *track* selon la terminologie de Hinnings et Greenwood, a également été étudié sous l'angle du *leadership* de la transformation. Une transformation qui implique des modifications structurelles et de culture importantes, requiert en effet un leadership pour mener la légitimation de la nouvelle manière de voir et ainsi bâtir le nouvel archétype de l'organisation. La question du leadership est donc centrale à toute transformation radicale [Allaire et Firsirotu, 1993].

Le leadership dans ce travail sera abordé, à l'instar de l'approche suivie par Denis et al dans leur étude d'une transformation majeure d'un autre hôpital québécois [Denis et al., 1996], dans le cadre d'une représentation de l'hôpital comme une *anarchie organisée* [Cohen et March, 1986]. Dans ce type d'organisation, le leadership est vu comme un processus interactif dans lequel plusieurs



acteurs contribuent conjointement à assurer l'orientation de l'organisation. Tel est le cas de l'hôpital psychiatrique étudié qui par ailleurs correspond bien à la notion d'anarchie organisée puisqu'il en a les attributs: une structure d'autorité assez fluide et des finalités et des moyens incertains.

Le leadership a été étudié sous l'angle de la faculté de rassembler, de mobiliser différents groupes d'acteurs autour d'un projet commun, et donc la capacité à rallier les acteurs autour d'un archétype. Ce leadership s'inscrit dans une dynamique de coopération et de concurrence entre les différents groupes d'acteurs concernés, dont le but est d'améliorer l'autorité et le contrôle des ressources [Benson, 1975].

#### D) Les conséquences

L'étude de la dynamique d'une restructuration comme le passage d'un archétype à l'autre devrait naturellement se conclure par une description des conséquences. Plusieurs courants de pensée se sont intéressés à la question des conséquences d'une transformation organisationnelle. Leur domaine d'étude peut être classé en trois grandes catégories: les conséquences symboliques, substantives et politiques [Hinings et Greenwood, 1988a; Friedberg, 1993; Denis et al., 1996].

Dans les conséquences symboliques, l'image véhiculée par le recouplage entre schèmes interprétatifs et structure, est mise en perspective avec les objectifs déclarés du changement. Dans les conséquences substantives, les attributions de fonction qui découlent du recouplage sont examinées. Finalement, dans les conséquences politiques, la nouvelle modalité qui résulte d'une redéfinition des rapports entre les divers acteurs concernés est discutée.

## 2.2.2 Approche opérationnelle

### 2.2.2.1 Sources de données

Deux grandes sources de données ont été utilisées:

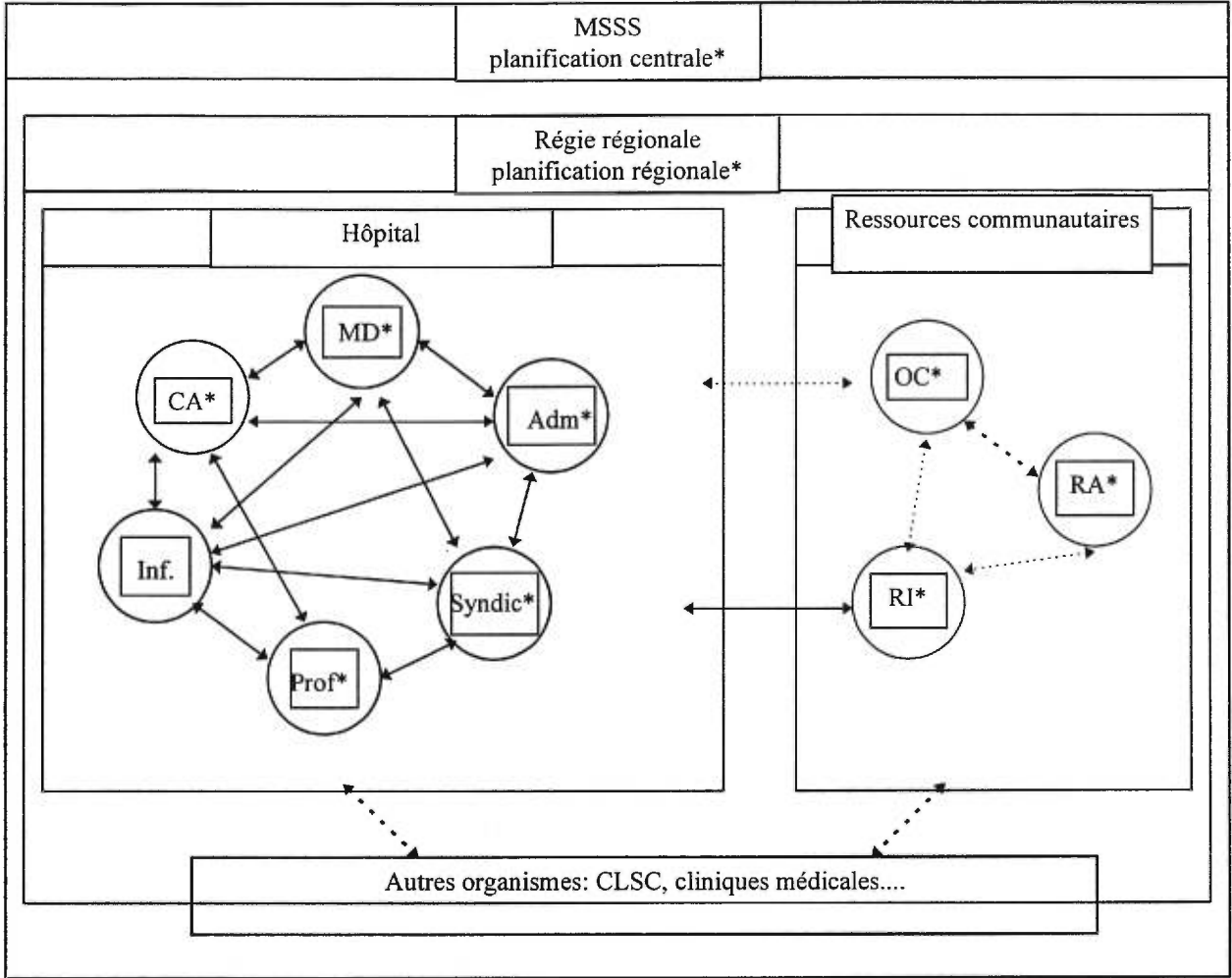
- les documents officiels émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux (par exemple, la Politique de santé mentale, le rapport de la commission Harnois, recommandations du comité de santé mentale), de la Cour supérieure de justice et ceux de l'hôpital (procès-verbaux du CA, procès-verbaux du comité de régie, plan de transformation, etc.)
- des entrevues en présence avec des acteurs-clefs concernés, représentant des institutions et les groupes principaux de ces institutions.

Le choix des personnes à interroger a été réalisé de façon à obtenir des informateurs qui représentent les principales institutions ou instances impliquées par la désinstitutionnalisation dans l'hôpital étudié, ainsi que les groupes d'acteurs les plus susceptibles d'avoir une influence sur le processus de la désinstitutionnalisation (Figure 2.2). C'est ainsi que 23 entrevues ont été réalisées avec les personnes suivantes:

1. 3 planificateurs (2 du MSSS, et 1 de la régie régionale)
2. 3 médecins (psychiatres à l'hôpital psychiatrique)
3. 7 administrateurs (directeurs) de l'hôpital dont 2 anciens directeurs généraux
4. 3 membres de ressources intermédiaires: 1 représentant la direction, 1 les intervenants et 1 le CA
5. 3 membres d'organismes communautaires y compris les ressources alternatives: 1 directeur et 1 intervenant d'un organisme communautaire et 1 coordonnateur des ressources alternatives
6. 2 représentants des bénéficiaires de l'hôpital, 1 actuel et 1 ancien bénéficiaire
7. 1 représentant des syndicats
8. 1 intervenant (professionnel non-médecin et non-infirmier) de l'hôpital.

Le choix de ces personnes a été fait sur la base de leur connaissance approfondie de la question de la santé mentale dans la région montréalaise, de leur volonté de participer à une rencontre et de leur disponibilité pour une entrevue d'une durée approximative d'une heure et demie. La rencontre s'est déroulée autour d'un questionnaire comprenant des questions semi-ouvertes que les répondants avaient reçues au moins une semaine avant l'entrevue (Annexe 1). L'entrevue a été enregistrée et retranscrite pour analyse du contenu. L'anonymat a été garanti.

Afin de conserver la spontanéité des discours, les retranscriptions des entrevues n'ont pas été transmises aux personnes interrogées. Toutefois, une première version de l'analyse des entrevues a été envoyée à tous les participants. Ces derniers ont eu l'occasion de réagir et d'indiquer ce qui, à leur connaissance, représentait des inexactitudes ou une mauvaise interprétation de la position du groupe qu'ils représentaient. Les modifications suggérées ont été apportées.



**Figure 2.2: Principaux acteurs et institutions concernés par la question de la désinstitutionnalisation.**  
 Les flèches pleines représentent des relations directes, les flèches en pointillé des relations plus ambiguës.  
 Abréviations: MSSS: ministère de la Santé et des Services sociaux. MD: médecins. Inf: infirmières. prof: professionnels non médecins. Syndic: syndicalistes. Adm: administrateurs. OC: organismes communautaires. RA: ressources alternatives. RI: ressources intermédiaires. L'astérisque (\*) identifie les groupes ou organismes dont des représentants ont été interrogés.

Les institutions ou instances qui ont été considérées représentent la division qui classiquement est opérée par rapport aux acteurs qui ont une activité en santé mentale:

- les planificateurs
- l'hôpital psychiatrique
- les organismes œuvrant dans la communauté mais qui ne relèvent pas administrativement de l'hôpital psychiatrique
- les CLSC
- les cliniques médicales privées

Etant donné le sujet traité dans ce travail, qui porte sur une population constituée de personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants hospitalisées au long terme dans l'hôpital concerné, seuls les trois premiers groupes ont été retenus pour le choix de personnes à interroger. En effet, les deux derniers sont plus impliqués dans la prise en charge d'un autre type de clientèle psychiatrique, en général moins malade. Ce n'est que récemment qu'ils se voient plus formellement sollicités pour participer aux soins à offrir à une population semblable à celle étudiée dans cette étude. Ils ont donc peu été impliqués dans les processus de désinstitutionnalisation de cette clientèle.

Parmi les planificateurs ont été distingués:

- ceux qui travaillent au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à la planification centrale
- ceux qui travaillent à la régie régionale (RR), à la planification régionale

Le MSSS a pour fonction de fixer les grands objectifs orienteurs du réseau. La RR a pour mission d'assurer la planification et l'allocation des ressources au niveau régional. Elle a donc la main haute sur la répartition des ressources entre tous les acteurs du système de soins et de ce fait, sur l'équilibre entre le secteur institutionnel (qui draine la grande majorité des ressources en santé mentale) et les organismes communautaires (qui ne reçoivent en 1997 qu'environ 3% du budget). Aussi, il revient à la RR d'approuver les allocations de ressources décidées à l'intérieur de

l'hôpital. Elle a donc un rôle clef dans tout le processus de désinstitutionnalisation. On note cependant que les RR n'existent que depuis la réforme de 1992. C'est donc pour elles une responsabilité nouvelle que celle d'assurer les allocations des ressources à la santé mentale.

Dans l'hôpital, les groupes suivants peuvent être distingués sur la base de leur fonction. Certains groupes composés d'effectifs peu importants (les professionnels non-médecins et non-infirmiers) ont été regroupés en une catégorie, suivant en cela leurs instances représentatives (un comité des professionnels en effet représente ces professionnels face à la direction):

- les administrateurs
- le CA
- les médecins
- les infirmiers
- les professionnels non-médecins
- les syndicats
- les bénéficiaires

Le CA n'a pas fait l'objet d'entrevues particulières pour deux raisons. D'une part, un roulement important au sein du CA limite la quantité et la qualité de l'information que les répondants peuvent apporter. D'autre part, des représentants de divers groupes font ou ont fait partie du CA à un moment donné. Ces personnes ont également été interrogées sur la perspective du CA en plus de celle du groupe qu'ils représentaient lors de l'entrevue.

Il n'a pas été possible de réaliser d'entrevues avec des représentants des infirmiers, les syndicats professionnels les représentant se montrant définitivement opposés à ce que leurs membres fassent part de leur vision.

Une "surreprésentation" des administrateurs et des médecins aura été privilégiée. Ceci découle d'une perception de l'hôpital comme étant une bureaucratie professionnelle dans laquelle les acteurs les plus influents sont les médecins et les administrateurs [Young et Saltman, 1985]. Les bureaucraties professionnelles ont deux caractéristiques importantes à prendre en compte lorsque

l'on étudie la dominance de schèmes interprétatifs: 1) les groupes, surtout les administrateurs et les professionnels, ont peu en commun les uns avec les autres; 2) la légitimité des professionnels provient de ce que leur compétence professionnelle est considérée comme cruciale au fonctionnement de l'organisation [Mintzberg, 1982]. La difficulté à laquelle se confrontent les bureaucraties professionnelles est que prédéfinir la répartition des pouvoirs entre ces deux groupes n'est pas évident parce que leurs activités sont de nature différente [Fogel, 1989]. Le médecin est doté de pouvoir considérable, d'autant plus qu'il n'est pas sous la dépendance hiérarchique directe de l'établissement dans lequel il travaille et qu'il est indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital. Il peut dès lors utiliser des ressources hospitalières pour répondre à ses propres objectifs. Or, ceux-ci ne sont pas forcément ceux de l'organisation [Evans, 1984]. Le rôle des administrateurs risque alors de se limiter à répondre aux besoins des médecins qui ne peuvent se passer de leur soutien [Mintzberg, 1979] et à gérer l'établissement dans son fonctionnement quotidien, fonction peu valorisante pour des professionnels dont la formation a consisté en l'acquisition d'habiletés dans la gestion stratégique et opérationnelle des organisations.

Pour les ressources communautaires ont été considérés:

- les organismes communautaires
- les organismes alternatifs, plus réticents que les précédents par rapport à l'approche biomédicale de la maladie mentale
- les ressources intermédiaires qui sont effectivement des organismes communautaires mais qui reçoivent leur financement pour l'hébergement de leur clientèle, directement de l'hôpital.

Dans ce milieu que l'on peut qualifier d'extra-institutionnel, existent des organismes plus ou moins réticents à accepter un soutien médical dans la prise en charge de malades souffrant de troubles mentaux. A un extrême se trouvent les ressources alternatives (RA) qui sont les plus opposées à l'approche médicale, et, à l'autre extrême, les organismes financés par l'hôpital que sont les ressources intermédiaires (RI). Ces dernières montrent une attitude assez conciliante vis-à-vis de la psychiatrie et veulent jouer un rôle de complémentarité au traitement médical.

La formation requise pour travailler dans un organisme communautaire est diverse, mais les tâches à effectuer par les intervenants sont généralement partagées par tous. Néanmoins, des représentants des fonctions principales (intervenants, coordonnateurs et membres du CA) ont été recherchés afin d'accroître les perspectives internes dans le secteur communautaire.

#### *2.2.2.2 Recherche d'information*

L'information recherchée dans les documents consultés et les entrevues réalisées ont porté sur la perception qu'ont les divers acteurs de la question des déterminants de la désinstitutionnalisation telle qu'elle s'est effectuée dans l'hôpital psychiatrique au cours des 10 dernières années. Les répondants avaient à exprimer la perception du groupe et de l'institution qu'ils représentaient, ainsi que leur perception du rôle joué par les autres acteurs dans le réseau.

L'entrevue semi-dirigée a plus particulièrement porté sur le rapport entre les divers groupes d'acteurs concernés et l'impact de ces rapports sur le processus de désinstitutionnalisation. La discussion a aussi largement abordé la place de la désinstitutionnalisation dans un schème plus vaste de restructuration et de l'hôpital et du réseau.

La recherche d'information a été autant que possible holistique. Pour ce faire, les quatre champs épistémologiques interreliés qui président aux comportements des acteurs et des organisations ont été considérés afin de cerner les diverses facettes de la problématique (Figure 2.3) [Contandriopoulos et Souteyrand, 1996]:

- la structure (par exemple, lois, règlements) et les ressources disponibles (par exemple, monétaires, humaines)
- la compréhension du phénomène étudié
- les intentions et les stratégies mises en place pour parvenir à ses fins
- les dispositions à agir.



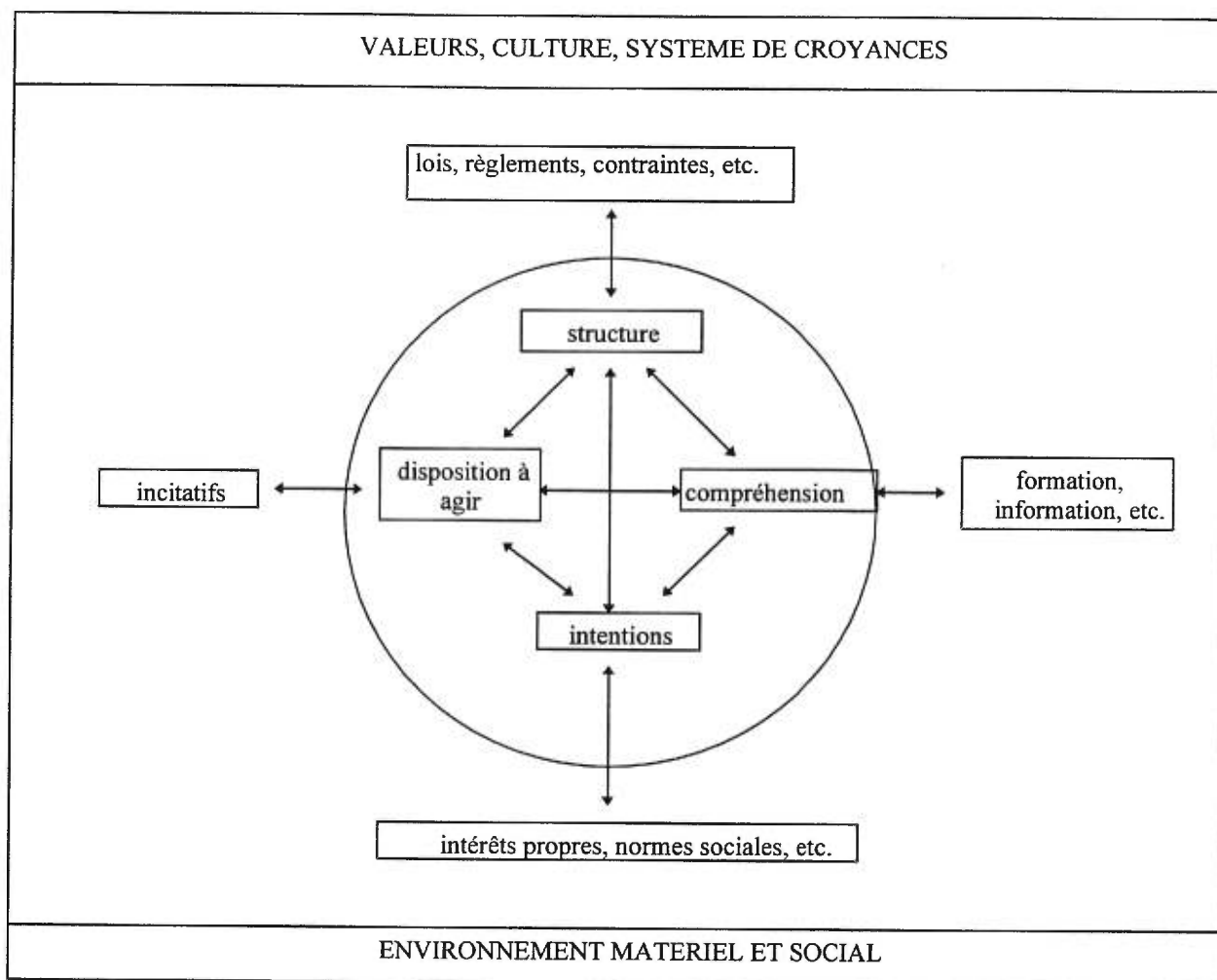


Figure 2.3: les 4 champs épistémologiques. Source: [Contandriopoulos et Souteyrand, 1996], adapté.

Ces quatre champs peuvent être rapprochés des quatre facteurs en interaction impliqués dans un changement organisationnel, qui ont été décrits par Skelton-Green et McWhinney:

[Contandriopoulos et Souteyrand, 1996]	[Skelton-Green, 1997]	[McWhinney et al., 1993]
structure	équipe et individus	le jeu des politiques
compréhension	culture et valeur	le jeu de l'éthique
intention	mission et direction	le jeu du leadership
dispositions	pratiques organisationnelles	le jeu de l'expertise

### 2.2.2.3 Analyse des données

L'analyse des données récoltées a comporté les étapes suivantes.

Dans un premier temps, des moments clefs définis par rapport à la cohérence entre structure et schèmes interprétatifs, ont été recherchés. Les trois moments suivants ont été retenus pour la construction des archétypes.

- 1989 ou le moment du début du volet quantitatif de l'étude. L'année 1989 a été choisie afin d'apporter une cohérence entre les deux volets de l'étude. En cette année en effet, tous les patients avaient été évalués au moyen d'un des instruments de mesure qui ont été utilisés au temps 2, c'est-à-dire le moment où les patients ont été rencontrés. Cette année est également l'année de publication du document de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la politique en santé mentale [MSSS, 1989].
- la période de la deuxième tutelle vécue par l'hôpital, entre 1990 et 1992
- 1998 ou le moment de la fin du volet quantitatif de l'étude.

Dans un deuxième temps, les archétypes ont été caractérisés. Ces archétypes ont été conçus pour chacune des trois grandes familles d'institutions ou instances: les planificateurs, l'hôpital et le réseau des organismes communautaires. La cohérence entre schèmes interprétatifs et structure organisationnelle a tout d'abord été recherchée dans chacune de ces familles. Puis, l'étude s'est

portée sur la cohésion à l'intérieur du réseau en santé mentale, c'est-à-dire sur le degré de cohérence existant entre ces trois archétypes concomitants.

Dans un troisième temps, le passage d'un archétype à l'autre a été étudié, vu sous le double angle du *garbage can*, ou le choix du dipôle problème-solution, et du leadership, ou des efforts et de la capacité des leaders de rallier les autres groupes à leurs schèmes interprétatifs. Une identification des leaders qui ont mené à l'avènement d'un nouvel archétype a été entreprise, suivi d'une analyse des stratégies qui ont été développées pour convaincre les partenaires de se rallier à une nouvelle structure.

Finalemnt, les conséquences, symboliques, substantives et politiques de la survenue d'un nouvel archétype ont été ressorties.

Il est bon de souligner que l'analyse des données est tributaire de l'information disponible. D'une part, de nombreux documents ne sont pas accessibles, comme par exemple les procès-verbaux des réunions du CMDP. D'autre part, les personnes interrogées ont eu la possibilité d'exprimer leurs opinions et de revenir sur une première version de ce travail, si leurs dires ne leur paraissaient pas avoir été reflétés dans l'analyse de contenu des entrevues. Même si la non-revision des transcriptions, les triangulations entre contenus, la diversité des groupes représentés dans les entrevues et le nombre de personnes interrogées ont certainement réduit l'aspect par trop subjectif des récits, on ne peut prétendre à ce que les données récoltées ne reflètent pas également une image de l'histoire de la désinstitutionnalisation quelque peu pondérée par le contrôle des répondants sur les énoncés qui se rapportent aux groupes qu'ils représentent.

## 2.3 RESULTATS

### 2.3.1 Le contexte

La désinstitutionnalisation de patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants au Québec a déjà une longue histoire. Dans son histoire plus récente, un de ses premiers événements marquants est sans doute le rapport Harnois de 1987 qui, explicitement, situe la désinstitutionnalisation comme devant être un élément fondamental d'une politique en santé mentale.

"Quels que soient l'angle d'analyse, la démarche utilisée ou la lecture de la situation, la question de la désinstitutionnalisation demeure un catalyseur pour une compréhension élargie de ce qui se déroule en santé mentale. Au cœur de la majorité des débats, depuis bon nombre d'années, elle en est venue à constituer le véritable symbole des opinions qui s'opposent, des positions qui s'esquissent puis s'imposent. Carrefour des différentes approches, elle impose sa pertinence quelle que soit la façon dont on aborde la santé mentale."

"Le mouvement de sortie de l'institution doit être balisé, évitant ainsi le simple transfert d'une institution à une autre, l'absence de critères dans le choix des personnes devant quitter l'institution, le rejet pur et simple de certaines catégories de personnes et le manque total de préparation des milieux d'accueil."

"L'intervention massive de l'Etat a cependant limité la contribution des individus, des familles, des groupes et des communautés locales à la solution de leurs difficultés. La monopolisation par l'Etat des lieux de définition des priorités, des modes de dispensation des soins et des services ainsi que des mécanismes de contrôle, a contribué à priver progressivement le citoyen souffrant de problèmes mentaux de la capacité d'entraide des familles et des communautés. Sans pour autant revenir au rôle supplétif qu'il assumait par rapport aux responsabilités des individus, des familles et des communautés, l'Etat ne peut plus être le seul exécutant de ses propres politiques, le seul prestataire de services, le seul élément qui compte."

Le rapport reconnaît la diversité des acteurs et une multiplicité de modèles d'interventions. Il en découle des concepts particulièrement difficiles à implanter: le partenariat et un *leadership* pour mener à bien les efforts de construction d'un réseau intégré.

C'est ainsi que dans sa recommandation 14, le Comité demande que la loi sur la santé et les services sociaux soit revue pour reconnaître la légitimité des ressources communautaires, et dans sa recommandation 16, que le budget des organismes communautaires soit doublé. Dans la recommandation 30, il est recommandé qu'un groupe d'experts soit constitué pour se pencher sur la question de la désinstitutionnalisation.

A ce rapport fait suite la publication en 1989 de la "Politique de Santé mentale" qui reflète bien les préoccupations du Comité Harnois:

"Pourtant, la question de la désinstitutionnalisation reste problématique. Le terme désigne plus qu'un simple mouvement de sortie de l'établissement".

"Par ailleurs, une partie importante des personnes en centre hospitalier psychiatrique n'y bénéficie pas d'un milieu de vie approprié et ce, même si l'établissement psychiatrique continue de drainer une part importante des ressources financières consacrées à la santé mentale(...). Le mode de prise en charge institutionnel n'offre donc pas toujours l'occasion d'assurer une diversité de services à l'intérieur d'un système intégré; les interventions sont là aussi segmentées et les pratiques, rigides."

La Politique, dans ses rubriques 4.2, souligne la responsabilité des autorités à promouvoir la désinstitutionnalisation et fixe les teneurs d'une politique visant à accompagner le réseau à mieux poursuivre cet objectif: imposition aux établissements de dresser des plans de désinstitutionnalisation, imposition d'un plan d'aménagement des conséquences pour le personnel affecté par la fermeture des lits, et d'un plan de concertation sous l'égide des CRSSS (les prédécesseurs des régies régionales) entre les divers partenaires potentiels.

Ainsi, pour les autorités, la désinstitutionnalisation, à l'aube des années 90, s'inscrit clairement dans un concept de réinsertion sociale. Elle vise le développement de la potentialité à vivre dans la communauté.

"Je dirai que, pour la régie régionale, c'était (la désinstitutionnalisation) un processus de réinsertion sociale des gens qui ont encore des capacités de pouvoir fonctionner dans leur communauté et c'est comme un moyen de s'assurer que les gens vont maximiser leur potentiel de fonctionnement et leur capacité à vivre dans la communauté, avoir la vie la plus normalisante possible."

Un planificateur

L'hôpital ne doit pas se concevoir comme un lieu d'hébergement, mais bien de traitement en vue d'une intégration sociale de ses patients, qui une fois à l'extérieur de l'hôpital, devront bien entendu continuer à recevoir les soins et les services qui leur seront nécessaires pour pouvoir se maintenir dans la communauté.

"Je dirais que l'institutionnalisation ou l'hospitalisation de longue durée pour nous (les planificateurs) est une mesure plus, je ne dirais pas de dernier recours, mais une mesure qui doit d'une certaine façon être dans le traitement actif."

Un planificateur

Pour atteindre cet objectif, le partage des responsabilités, vu du MSSS, est clairement défini: l'orienteur, celui qui insuffle le nouvel esprit qui cherche à créer un réseau moderne, plus conforme aux connaissances et aux expériences faites ailleurs, est le MSSS. Les autorités régionales, les CRSSS puis les régies régionales, doivent quant à elles opérationnaliser les orientations qui leur sont imposées en établissant les modalités d'une réorganisation du réseau de santé mentale dans leur territoire. Finalement, ce sont les hôpitaux qui gèrent le processus de fermeture des lits, en accord avec les autorités régionales, puisque c'est à ce niveau que se planifient les sorties en fonction de l'état des patients et des ressources disponibles à l'extérieur. C'est donc à un *leadership* partagé que l'on a affaire, chacune de ces structures étant un pilier de la transformation du réseau.

Ces bonnes intentions sont cependant difficiles à mettre en application. La quantité considérable d'argent mis en jeu, la méconnaissance qu'ont les acteurs les uns des autres,

"J'ajouterais à ça la non-connaissance de la réalité actuelle de façon générale par le public, par les gens du réseau, les planificateurs et les gens du réseau de la santé mentale. C'est incroyable: tout le monde a l'impression que le système est tout à fait différent de ce qu'il est dans la réalité."

Un planificateur

ainsi que la rivalité entre des milieux qui vivent des conditions de fonctionnement fort dissemblables (les salaires par exemple sont moindres dans les organismes communautaires comparés à ceux versés dans le milieu institutionnel), et les réticences de la population à accepter d'être éventuellement plus fréquemment confrontée à des personnes souffrant de maladie mentale, sont clairement des facteurs peu favorables à une mise en œuvre d'une restructuration sensée.

A ces difficultés s'ajoute d'ailleurs l'impression ressentie dans certains milieux non institutionnels que l'hôpital se développe, lorsqu'il met en place des structures dans la communauté, dans un territoire qui n'est pas de son ressort.

"Ce n'est pas à encourager (le développement de ressources communautaires par les hôpitaux psychiatriques) parce que si les ressources d'hébergement et les centres de jours demeurent sous la gouverne des hôpitaux, j'ai toujours la crainte qu'on reconduise les mêmes pratiques qu'auparavant."

Un administrateur des organismes communautaires

Le chemin qu'a pris la désinstitutionnalisation à l'hôpital est en effet particulier, puisqu'il permet de conserver un certain contrôle sur la majorité de la clientèle désinstitutionnalisée: il consiste en un développement de ressources et d'activités pour les malades se trouvant dans la communauté, et en grande partie en un placement de ses patients dans des ressources intermédiaires. Or, ces dernières reçoivent leur financement pour l'hébergement exclusivement de l'hôpital. Cela leur assure une position intéressante: elles se rapprochent des organismes communautaires par leurs méthodes de travail, mais restent bien sous la coupole de l'hôpital.

"Les ressources intermédiaires, oui, c'est nous qui les finançons. C'est nous autres qui avons l'argent. C'est nous qui allons être le maître d'œuvre avec eux autres. C'est sûr que si l'argent avait été directement alloué aux ressources intermédiaires, et qu'ils développent des ressources pour nous autres, ils auraient une certaine indépendance. Mais c'est nous autres qui avons l'argent."

Un directeur de l'hôpital

"Moi je pense que la façon dont on s'est installé avec l'hôpital c'est ... les objectifs proviennent de l'hôpital. Quant on parle de besoins, via la clientèle, c'est vraiment l'hôpital qui va établir ces objectifs-là."

Un administrateur d'une ressource intermédiaire

Quant à l'hôpital, cette orientation lui permet de procéder à la désinstitutionnalisation sans perdre sa position dominante en psychiatrie. Il faut toutefois relever que les raisons sont complexes et ne peuvent se résumer à des ambitions de pouvoir. L'hôpital se sent clairement investi d'une responsabilité par rapport aux patients, responsabilité qu'il tire de son expertise dans la prise en charge de la maladie mentale grave ce qui lui donne un droit à une reconnaissance, à ses yeux, du rôle auquel il aspire: être le *leader* dans un réseau de santé mentale réorganisé.

"L'hôpital a de l'expertise pour une clientèle lourde, psychiatrique, nécessitant un gros encadrement qui nécessite des services adaptés. Ça, je pense que là-dessus, moi je suis ouvert avec ça en disant que oui, c'est l'hôpital qui a une responsabilité. Même, elle doit être, à mon avis, plus personnelle, même élargie à plus que l'hôpital."

Un directeur de l'hôpital

"L'hôpital (psychiatrique) par son rayonnement, par ses tentacules qui sont autant dans les cliniques externes, doit avoir un rôle d'expert conseil au niveau des omni, des psychologues du secteur."

Un directeur de l'hôpital

Il reste donc au-delà des mots conciliants, une rivalité pour la prise en charge de la clientèle atteinte de troubles sévères et persistants, entre le milieu communautaire et l'hôpital.

A l'intérieur de l'hôpital également, on retrouve des rivalités. L'hôpital est une bureaucratie professionnelle dans laquelle se confrontent plusieurs groupes, les professionnels entre eux, mais surtout, les administrateurs et les médecins. En effet, les personnes interrogées ont toutes reconnu que les autres groupes ont eu au cours des dix dernières années une influence négligeable sur les décisions portant sur la réorganisation de l'institution. C'est donc au niveau des médecins et des administrateurs que les tensions doivent être avant tout scrutées.

"Les autres groupes professionnels (que les médecins et les administrateurs): j'ai l'impression qu'ils n'ont pas une grande influence."

Un intervenant

La répartition des tâches entre médecins et administrateurs est difficile à définir. Quelle que soit l'attribution des responsabilités la plus sensée, les médecins ne veulent pas se trouver hiérarchiquement sous les administrateurs. Les administrateurs quant à eux se demandent souvent comment s'organiser pour permettre aux médecins de participer à la gestion sans que cela ne dévalorise leurs propres compétences.

"Tu vas prendre un médecin, tu vas lui donner un rôle administratif important, il va gérer des millions par année, mais au niveau hiérarchique, tu n'es pas son patron immédiat. Ça ça ne marche pas dans la tête d'un administrateur."

Un médecin

"Le chef du département de psychiatrie a des responsabilités cliniques et je me dis qu'il n'a pas de responsabilités administratives. S'il a des responsabilités administratives, c'est par rapport à sa propre équipe qui l'entoure, vis-à-vis de sa propre secrétaire et du monde qui l'entoure."

Un directeur

"A un moment donné, on a vu que si la direction ne marche pas de paire avec les médecins, rien ne va se faire."

Un directeur



## 2.3.2 Période pré-deuxième tutelle (pré 4 mai 1990)

### 2.3.2.1 Les événements

#### **L'environnement de l'hôpital**

1988-1989 est une période importante de l'histoire de la désinstitutionnalisation québécoise, puisque à ce moment, une évaluation de tous les patients hospitalisés à long terme dans la province était imposée par le MSSS.

Convaincus de la nécessité de contribuer à la révision des pratiques de la psychiatrie québécoise, à l'instar de ce qui s'était effectué dans d'autres pays où une remise en question profonde de l'approche asilaire et essentiellement centrée sur le système médico-hospitalier s'était opérée, les autorités imposaient aux hôpitaux d'évaluer, au moyen d'un instrument de mesure de l'état de santé mentale, nommé la Grille de New York (GNY), l'ensemble des patients hospitalisés. Pour le planificateur, l'intérêt pour cette grille provenait de ce qu'elle permettait de catégoriser chaque patient dans un des trois groupes suivants:

- ceux qui devraient bénéficier de traitements psychiatriques intensifs
- ceux qui devraient bénéficier d'un milieu de réadaptation
- ceux qui devraient bénéficier d'un milieu de vie autonome.

Une approche quantitative, l'utilisation d'un instrument validé, la GNY, devait permettre de mieux identifier qui, parmi les patients encore hospitalisés, pouvaient bénéficier d'un environnement autre que l'institutionnalisation. Personne n'étant contre la vertu, on pouvait s'attendre à ce que tout soit mis en place pour préparer à la sortie ces patients. Aucune fermeture de lits n'avait à être imposée de l'extérieur puisque l'on parlait de patients identifiés et que par ailleurs, cette approche n'était qu'une aide à la poursuite d'un mouvement enclenché depuis de nombreuses années. L'initiative était donc laissée aux hôpitaux dont on exigeait cependant qu'ils définissent en valeur chiffrée l'ampleur que devrait prendre la désinstitutionnalisation au sein de leur institution. On

s'attendait à ce qu'ils se réorientent d'eux-mêmes et ainsi se modernisent (d'un point de vue clinique).

L'imposition de la GNY dénote tout d'abord une préoccupation des planificateurs pour la clientèle psychiatrique institutionnalisée. Elle relève aussi une volonté d'accorder une place croissante à cette troisième voie, ni institutionnelle ni privée, qu'est le réseau communautaire. Il était évidemment dans les intentions des autorités de confier une partie de la clientèle à ce réseau non institutionnel. Il n'était par exemple pas question à ce moment que les personnes sorties soient prises en charge par les CLSC dont seule une dizaine (sur 32 à Montréal) possédait des équipes en santé mentale. Des investissements destinés aux organismes communautaires étaient de ce fait consentis par le MSSS pour développer la prise en charge de patients dans la communauté. Les organismes communautaires étaient en effet encore peu développés et on savait qu'ils devaient être encouragés s'ils devaient acquérir l'expertise qui leur faisait encore souvent défaut.

## **L'hôpital**

L'hôpital étudié a donc réalisé une évaluation de sa clientèle, qui lui a permis d'identifier 130 patients de la longue durée pouvant bénéficier d'une sortie. L'institution s'engageait volontairement à tout mettre en œuvre pour désinstitutionnaliser ces individus.

Pour l'hôpital, un nouvel environnement organisationnel qui comprenait l'imposition aux régions d'implanter dorénavant des Plans d'Organisation régionaux des Services de Santé (PROS) à l'élaboration desquels allaient contribuer les principaux acteurs institutionnels et non institutionnels oeuvrant dans le domaine de la santé, et l'imposition de la grille de New York (GNY), présupposait des changements importants. On l'incitait à se transformer profondément. On lui demandait de jouer plus activement un rôle de partenaire au sein d'un vaste réseau d'intervenants en santé mentale.

Pourtant, en tant qu'institution la plus importante de son secteur psychiatrique et sa position dominante sur les soins de santé mentale de sa région, l'hôpital ne s'était jamais senti, par rapport à sa population institutionnalisée la plus sévèrement atteinte, un réel besoin d'explorer son environnement. En tant que principal lieu d'expertise de la maladie mentale, il ne voyait pas pourquoi aller chercher ailleurs de l'expérience ou des idées. Il se suffisait à lui-même.

"L'hôpital était refermé sur lui-même. C'était une ville, c'était autonome, ça vivait par lui-même, ça se nourrissait, ça vendait, ça faisait du commerce."

Un directeur

"Lorsque tu crois que tu es bon, pourquoi est-ce que tu irais voir à l'extérieur ? On l'a la recette. C'est nous autres qui l'avons l'affaire. Pourquoi est-ce que j'irais voir à l'extérieur ? En plus, je pense que c'est notre modèle qui est le modèle de l'avenir. Le passé est garant de notre avenir."

Un directeur

Par rapport à la désinstitutionnalisation il ne voyait pas pourquoi modifier ses façons de faire puisque le processus était déjà enclenché depuis de nombreuses années. C'était surtout sa qualité qui préoccupait l'organisation, mais non son rythme.

Plusieurs facteurs militaient par ailleurs contre la possibilité de procéder à une dynamique de désinstitutionnalisation autre que celle qui existait auparavant. L'institution était dépourvue de ressources jugées nécessaires pour permettre aux patients de sortir, puisque aucun investissement n'avait été fait pour transformer les soins de longue durée.

"On ne parlait pas de nouvelles ressources, pas d'injection d'argent."

Un administrateur

Par exemple, les promesses faites par le gouvernement après la première tutelle d'investir 3 millions de dollars pour développer des activités communautaires n'avaient pas été tenues lors du changement de gouvernement. D'ailleurs, les coupures budgétaires qu'avait à subir l'hôpital pour "manque d'efficience" ne laissaient, de l'avis de ceux qui y travaillaient, que peu de latitude pour développer de nouvelles ressources. Aussi, le personnel n'était pas coopératif: il y avait une certaine réticence émotive de sa part à transformer une entité historiquement importante ainsi que, bien entendu, une certaine crainte par rapport aux emplois. Surtout, il y avait une conviction selon

laquelle les patients étaient trop malades pour pouvoir s'intégrer dans un environnement par trop différent.

"C'était très difficile de les (les patients) mobiliser, de les motiver, de les intégrer dans des programmes malgré la meilleure volonté des gens. Et aussi, on avait affaire avec du personnel qui était un peu désabusé."

Un administrateur

Seule une sorte de réplication dans le milieu communautaire de ce qui se passait dans l'hôpital était à ce moment envisageable, mais les ressources pour procéder ainsi faisaient défaut.

"Cette clientèle, pour pouvoir rester dans les ressources (communautaires), il faut que notre personnel l'accompagne, parce que c'est eux autres qui les connaissent, la transition va être plus facile."

Un administrateur

Pourtant, un début d'activités propres à la désinstitutionnalisation existait: L'hôpital créait en 1987 un programme de ressources communautaires dont la direction malheureusement allait être assez instable et donc peu propice à un travail efficace et décisif. Le CA adopta en janvier 1989 une proposition de la Direction générale, qui prévoyait qu'un comité soit formé afin de procéder à la consultation sur la désinstitutionnalisation et de préparer un plan d'action pour la rendre opérationnelle.

Même s'il y avait, à ce moment, peu de préoccupations pour la mise en place de véritables programmes-clientèle qui répondent aux besoins des patients, l'hôpital montrait toutefois un souci réel d'améliorer le bien-être de ceux qui pouvaient être hébergés à l'extérieur. Des unités de réinsertion furent constituées, des foyers de groupes mis en place, des ressources intermédiaires développées et des approches de réadaptation nouvelles qui visaient une plus grande autonomie des bénéficiaires, comme l'artisanat, introduites. Une unité allait même être fermée, même si cette fermeture s'avérait compliquée du fait que l'hôpital n'avait pas de réels contacts avec l'extérieur et qu'il manquait d'expérience dans ce processus.

Dans l'ensemble toutefois, l'hôpital semblait ne pouvoir concevoir que les patients hospitalisés depuis de nombreuses années en longue durée puissent, pour la plupart d'entre eux, réintégrer la communauté.

Le manque de ressources à l'extérieur, certes, était une raison, mais de l'avis de plusieurs administrateurs, le problème le plus délicat provenait de la résistance de certains médecins. Ces derniers n'approuvaient pas qu'on identifie à leur place les patients à sortir, ni qu'on leur impose de le faire.

"J'ai travaillé sur les profils de bénéficiaires, chose qui normalement pourrait se faire dans très très peu de temps. Je dois dire: j'ai eu la plus grande difficulté de faire accepter le profil par les médecins. Pourquoi les médecins: parce que c'était les médecins qui voulaient la barre de ce que j'appelle la guerre médico-administrative."

Un directeur

Les médecins commencèrent un processus de non-collaboration qui allait s'envenimer. Le directeur général en mars 89 se sentit forcé d'envoyer une lettre au chef du département de psychiatrie pour lui expliquer le mandat qui lui était confié par le CA par rapport au dossier de la désinstitutionnalisation. Il y était spécifié qu'on attendait un plan d'action et un échéancier des consultations pour ce dossier. Ce n'est que le 14 mars 1990 que ce rapport sera finalement déposé.

La désinstitutionnalisation n'était cependant pas l'unique pomme de discorde entre les deux groupes-clefs de l'institution: l'allocation de l'argent attribué à l'hôpital, et surtout la responsabilité de cette allocation allaient renforcer l'opposition des médecins. Ceux-ci luttaient pour avoir le pouvoir de prendre ces décisions. Pour ce faire, ils exigeaient que les directeurs des programmes soient nommés parmi leurs membres et non parmi les administrateurs. Ils décidèrent de ne plus collaborer aux comités administratifs de la structure par programmes, convaincus que la pensée administrative y avait pris le dessus sur la pensée clinique.

"Le directeur voulait que l'on prenne le même plan d'organisation que l'hôpital Douglas où les soins avaient été organisés en programmes de soins qui simulaient des clientèles différentes: longue durée, gériatrie, déficience mentale... et lui (le chef du département de psychiatrie) disait qu'il faut que ce soit des médecins qui soient les directeurs de programme. Il (le directeur) voulait que ce soit des directeurs au sens administratif du terme, qu'ils soient rattachés sous son autorité hiérarchique. Eux autres disaient: non, non, nous autres on ne fonctionne pas comme ça."

Un médecin

Les tensions se firent de plus en plus vives. Le 20 janvier 1990, le CA accepte une motion d'engager un consultant externe pour tenter de résoudre le conflit qui oppose ouvertement les médecins, par l'entremise du CMDP, et la direction générale. Parallèlement, le ministre qui avait

été interpellé par un représentant du Comité des Bénéficiaires inquiet des impacts du conflit sur les soins prodigués aux malades, constituait son propre comité d'enquête. Le 13 avril le directeur général et son adjoint décident de démissionner. Le président du comité ministériel demande qu'il en soit de même du chef du département de psychiatrie, ce que le CA refuse. La tutelle est alors imposée le 4 mai 1990.

Ce conflit entre médecins et administrateurs allait conduire à des changements importants pour les années à venir. Dans l'immédiat, la question de la désinstitutionnalisation allait prendre une importance moindre, reléguée à l'arrière plan d'événements cruciaux pour la réorganisation de l'hôpital.

### *2.3.2.2 Archétype de la pré-2<sup>ème</sup> tutelle: un système passablement éclaté*

L'année du 1<sup>er</sup> archétype, 1989, est une année charnière pour la santé mentale au Québec puisque c'est à ce moment que paraît "La Politique de santé mentale" [MSSS, 1989], le document qui jeta les bases d'un renouveau dans la manière par laquelle les planificateurs voulaient voir s'organiser l'offre de services aux personnes souffrant de troubles mentaux.

A cette époque, plusieurs visions se confrontent: celle du MSSS, celle des organismes communautaires et celle de l'hôpital (Tableau II.I). Les deux premières sont assez proches: les planificateurs et les organismes communautaires partagent en effet une vision de l'orientation que devrait prendre le réseau: plus d'intégration entre les divers acteurs, institutionnels et non institutionnels. L'attitude face à la place de l'hôpital et surtout le pouvoir qu'il doit occuper varie quelque peu, mais une volonté commune existe de créer plus de visibilité aux organismes communautaires.

Tableau II.I: archétype de la pré-2<sup>ème</sup> tutelle

<b>Schémas interprétatifs</b>			
	<b>réseau</b>	<b>hôpital</b>	<b>milieux communautaires</b>
<b>Domaine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser la constitution d'un réseau intersectoriel</li> <li>Promouvoir une désinstitutionnalisation plus active</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Par rapport à la santé mentale de la sous-région à assumer par l'hôpital</li> <li>La maladie mentale vue sous un angle psychiatrique</li> <li>Méconnaissance des RC</li> <li>Poursuivre la désinstitutionnalisation à un rythme contrôlé par l'hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diversité des attitudes face à un réseau intersectoriel</li> <li>Acceptation d'approches alternatives à l'approche médicale</li> <li>Promotion d'une désinstitutionnalisation plus active</li> </ul>
<b>Principes d'organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaissance d'un leadership "moral" pour conduire le renouveau du réseau et la désinstitutionnalisation</li> <li>MSSS alloue les budgets sur une base largement historique</li> <li>Autonomie reconnue pour les organismes offrants des services en santé mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leadership effectif de l'hôpital</li> <li>Autonomie quant à l'allocation des budgets à l'interne</li> <li>Autonomie dans la gestion des activités, y compris la désinstitutionnalisation</li> <li>Flou quant à la gestion en raison d'un non accord sur la répartition des pouvoirs dans l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaissance du leadership des planificateurs</li> <li>Volonté de croire et de prendre en charge des cas plus lourds</li> <li>Modèle d'organisation interne très polyvalent</li> </ul>
<b>Critères d'évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respects de chaque groupe concerné</li> <li>Implantation des PROS</li> <li>Suivi des plans de désinstitutionnalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définis distinctement par administrateurs et médecins</li> <li>Maintien de la clientèle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satisfaction des clients</li> </ul>

<b>Configuration organisationnelle</b>			
	<b>réseau</b>	<b>hôpital</b>	<b>milieux communautaires</b>
<b>Structure des rôles et des responsabilités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSSS: leadership "moral"</li> <li>CRSSS: facilitateur de la mise en œuvre des processus prévus par la "Politique"</li> <li>Organismes prestataires de services: autonomie dans l'implantation de la Politique (sur bon aloi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital: responsabilité de 1<sup>ère</sup> à 3<sup>ème</sup> ligne dans la sous-région</li> <li>L'hôpital gère la désinstitutionnalisation</li> <li>Flou quant au partage des responsabilités de gestion entre administrateurs et médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des cas les moins sévères</li> <li>Actions polyvalentes des intervenants</li> </ul>
<b>Mécanismes de décision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Processus de décision parallèles: peu d'incitatifs imposés: autonomie concédée aux acteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation de l'hôpital: autonomie, mais décisions en grande partie bloquées en raison du conflit interne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation: autonomie relative, la récurrence des budgets n'étant pas assurée</li> <li>Pouvoir de décision sur l'acceptation de la clientèle</li> </ul>
<b>Gestion des ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allocation des ressources: très centralisée, en grande partie sur une base historique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvoir limité de l'hôpital sur l'engagement des médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liberté d'engagement (sous couvert des fonds disponibles)</li> </ul>
<b>Acquisition des ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les fonds en santé mentale proviennent essentiellement du MSSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital: budget global sur une base historique, ajusté pour la performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépendance du MSSS pour l'obtention de fonds dont la récurrence est incertaine</li> </ul>

La nouvelle structure mise en place avec les modalités d'élaboration des PROS dans lesquelles une place est reconnue aux organismes communautaires, ainsi que la participation enthousiaste de ces derniers à ces rencontres, s'alignent bien avec la conception du réseau plus intégré mis de l'avant. L'hôpital par contre, même s'il participe aux rencontres des tables de concertation, reste quelque peu en retrait de la nouvelle dynamique.

Certes, les conflits internes rendent toute action concertée des groupes d'influence dans l'hôpital plus difficile, mais on observe une certaine convergence dans l'interprétation qui est faite de la Politique. La question d'une plus grande intégration avec le réseau communautaire existant, pour la population la plus malade hospitalisée en longue durée, ne fait pas vraiment partie de la vision qu'a l'hôpital du futur. Un certain développement de services communautaires commence par exemple à se faire pour cette clientèle, mais il se rapporte plus à la recherche de nouvelles modalités d'hébergement qu'à une reconceptualisation des besoins des patients, surtout dans les champs non cliniques.

### *2.3.2.3 Le leadership*

La difficile compatibilité entre différentes conceptions de ce que devrait être un réseau de santé mentale, et de ce fait, la désinstitutionnalisation, et les tensions qui en découlaient, créaient des conditions d'instabilité favorable au développement actif de stratégies visant à rallier les autres groupes à son propre schème interprétatif, à ses propres valeurs et croyances.

Ce qui motivait explicitement le MSSS, un ministère qui rassemble les services de santé et les services sociaux, à promouvoir sa Politique était non seulement qu'il avait la responsabilité d'encourager le développement d'une psychiatrie "moderne", moins centrée sur l'hôpital, mais aussi de contribuer à une plus grande humanisation de la prise en charge de la maladie. Il est vrai que le transfert de ces patients vers d'autres ressources représentait des avantages substantiels: les organismes communautaires offrent des salaires extrêmement bas et un bassin d'intervenants non syndiqués. Mais il est tout aussi sûr que des considérations plus humaines, avec une ouverture



vers des approches alternatives, motivaient le MSSS à implanter sa Politique. L'époque où ceux qui présentaient un comportement "dérangeant" devaient être exclus de la communauté, était révolue.

Le MSSS en tant que principal bailleur de fonds avait, en apparence tout au moins, la possibilité d'imposer les incitatifs nécessaires à l'implantation de sa politique. Il était la principale source de financement des médecins, de l'hôpital et des organismes communautaires. Dans les faits toutefois, opérer de grands changements dans l'allocation des ressources allait s'avérer peu aisé. D'une part, il y avait les diverses perspectives présentes au sein même du ministère qui rendaient toute décision difficile à prendre.

"Les conflits, les enjeux que l'on trouvait ailleurs, on les trouvait dans le ministère aussi. De sorte qu'il y avait un immobilisme dans le ministère aussi."

Un planificateur

D'autre part, l'hôpital, celui qui accaparait la part la plus importante de l'argent versé pour la santé mentale, était financé au moyen d'un budget global dont le montant reposait pour une large part sur les attributions antérieures. En modifier les règles n'était pas évident.

Ainsi, le MSSS implanta sa Politique, sans introduire de réels incitatifs au changement. La position "morale" qui découlait de la qualité reconnue de son document "Politique de santé mentale" semble avoir été une de ses stratégies majeures de ralliement.

"La Politique de santé mentale c'était bien, c'était une façon de nommer les choses, mais elle manquait d'applicabilité. Et dans un monde préoccupé par la stricte amélioration des services à la clientèle, ça aurait été suffisant. Mais il y a d'autres acteurs, il y a d'autres forces qui jouent, il y a d'autres contraintes. Il y a de l'histoire, il y a des enjeux financiers, et tout ça fait que cela n'a pas été suffisant."

Un planificateur

Au niveau hospitalier, on comprenait mal la nécessité de changer les manières de faire. La désinstitutionnalisation avait été enclenchée depuis fort longtemps et pour plusieurs patients fortement malades, on doutait qu'ils puissent bénéficier d'autres services que ceux offerts. D'ailleurs, il y avait, pour cette clientèle, une certaine méconnaissance des options en présence.

Des efforts étaient faits par contre à l'intérieur de l'établissement pour développer de nouvelles approches, mais force est de constater que ces actions étaient encore marginales. Tant les administrateurs que bon nombre de médecins étaient convaincus que leur hôpital avait l'expertise en santé mentale, et donc que toute adaptation à un environnement changeant devait faire appel à des solutions élaborées au sein de l'institution elle-même. Les gestes entrepris au niveau de la désinstitutionnalisation qui, par ailleurs, se poursuivait, reflétaient cette vision. La désinstitutionnalisation des plus malades était perçue comme devant impliquer et les patients et le personnel, non seulement pour éviter des mises à pied, mais surtout parce que l'on considérait que cette approche apportait aux malades une continuité rassurante qui ne pouvait que leur être bénéfique. Les patients sortis devaient être hébergés dans des structures qui reproduisaient sensiblement les manières de faire de l'hôpital.

Un autre élément peu favorable à une sortie plus active des malades les plus sévèrement atteints était que l'hôpital accaparait la majeure partie des ressources attribuées à la santé mentale, mais qu'il ne favorisait certainement pas la longue durée. Peu de développement de ressources à l'extérieur avait été réalisé, par manque d'intérêt pour ce secteur.

"Car il faut dire qu'au niveau de la psychiatrie de longue durée, on était très démunis en termes d'outils de réinsertion sociale, etc. C'était vraiment des unités de traitement institutionnel."

Un directeur

"C'était souvent les programmes de courte durée qui avaient l'argent. C'était les cliniques externes, et nous on passait toujours après. Quand arrivait le temps, nous on proposait des projets de développement, mais quand il venait le temps de les attribuer, il ne restait plus d'argent pour nous autres (à la longue durée)."

Un administrateur

Ce contexte rendait sans doute l'hôpital assez peu réceptif à d'autres archétypes ou visions d'une organisation de soins en santé mentale. Mais il explique aussi pourquoi l'hôpital semble avoir évolué dans une relative indifférence à son environnement qui lui se modifiait rapidement. L'hôpital participait par exemple aux tables de concertation, mais sa volonté d'explorer les ententes avec des milieux différents, qui ne partageaient pas complètement sa conception de la prise en charge des malades mentaux, ne semble pas avoir été très importante. Visiblement, le besoin de rallier d'autres groupes à sa perception ne s'imposait pas. Il savait que même si les décisions sur une refonte du système étaient décidées d'en haut, rien ne se faisait sans sa

participation et qu'à ce moment, aucun incitatif coercitif n'allait lui être imposé pour le faire changer d'orientation.

C'est plus à un niveau interne que se situaient les mouvements. Les tensions existant entre les administrateurs et les médecins allaient devenir l'élément décisif du devenir de l'hôpital.

Clairement, médecins et administrateurs ne partageaient par la même vision ni de l'orientation que devait prendre l'hôpital, ni de comment les décisions devaient être prises. Le conflit entre médecins et administrateurs qui évoluait depuis des années prenait une ampleur considérable. Les administrateurs, fort de leurs connaissances de gestionnaires, tentaient d'imposer leurs choix à la tête des directions, comme le leur permettait l'organigramme. Les médecins qui récusait cette manière de procéder, pour des raisons de pouvoir et en raison de considérations cliniques, persuadés qu'ils étaient d'avoir l'expertise nécessaire pour prendre les bonnes décisions, faisaient obstruction et lancèrent très ouvertement les hostilités. L'institution est paralysée.

"Qu'on dise qu'il y a eu du ralentissement à l'hôpital parce que les docteurs étaient conservateurs, ils ne voulaient pas, moi, je donnerai l'autre côté de la médaille. Ce n'est pas qu'on était conservateur et qu'on ne voulait pas. On a toujours été pour et plus que bien des gens pour que les patients aient une meilleure qualité de vie. Ce sur quoi on a insisté beaucoup, c'est que lorsque les patients sortaient de l'hôpital, qu'ils soient dans des endroits aussi bien sinon meilleurs. Et c'était ça notre philosophie."

Un médecin

Par rapport à la désinstitutionnalisation, les unités continuaient à fermer, mais à un rythme peut-être plus lent que celui qui aurait existé si un équilibre entre les deux groupes avait été trouvé. L'énergie semble surtout avoir porté sur les tentatives de faire reconnaître son point de vue. Pour ce faire, un jeu d'alliances plus ou moins imposées, parfois subtilement, allait se mettre en place. Les médecins par exemple, s'efforçaient de s'attirer le soutien des associations œuvrant dans le champ de la santé mentale. Les administrateurs par contre utilisaient l'arsenal bureaucratique pour "convaincre" les patients de leur point de vue. Ces relations semblent toutefois avoir varié au cours du temps.

Quant aux organismes communautaires, ils représentaient une vision autre de la prise en charge des patients avec troubles mentaux. Au-delà de la diversité qui existait entre toutes les ressources

en présence, par exemple par rapport à la médication ou à l'attitude à tenir face au bloc des médecins, on trouvait une même préoccupation pour la question de la réinsertion sociale qui devait être, contrairement à la perception qui prédominait à l'hôpital, pour presque tous les patients, y compris ceux souffrant de troubles sévères et persistants, l'objectif premier de leur activité. Ceci explique pourquoi, toutes les ressources, même celles qui étaient le plus proche de l'hôpital, les ressources intermédiaires, refusaient généralement d'engager du personnel qui avait été formé en milieu institutionnel.

Les organismes communautaires étaient toutefois peu nombreux dans la sous-région concernée. Ils étaient aussi sous financés malgré les intentions de les favoriser exprimées dans la Politique. Ils étaient souvent ignorés par celui qui gérait la désinstitutionnalisation, l'hôpital. Ils avaient donc encore peu d'expertise et devaient faire leur preuve tout en ayant un accès fort limité à la population plus malade, puisque celle-ci restait encore pour la plupart sous le contrôle de l'hôpital. C'est donc un travail sur différents plans qui était entrepris par les organismes communautaires pour se faire remarquer. Ils utilisaient pour ce faire connaître avant tout la plateforme des tables de concertation mises de l'avant grâce à la Politique.

#### 2.3.2.4 Conséquences

De cette situation de juxtaposition d'archétypes, on peut tirer les conséquences suivantes.

##### Conséquences symboliques

Le processus enclenché par le MSSS, qui repose en grande partie sur l'enthousiasme des acteurs suscité par le cadre satisfaisant de la Politique de santé mentale, a certainement été un élément de transformation important, mais non suffisant pour faire du MSSS le vrai *leader* de la transformation. Le MSSS acquiert cependant une légitimité en tant que *leader* "moral" puisque tous reconnaissent que ses orientations qui proposent une approche cohérente et "moderne" d'un réseau de santé mentale, vont dans le bon sens.

On observe cependant que ce *leadership* "moral" n'est pas suffisant pour rallier les différents acteurs. En l'absence d'incitatifs clairs, les manières de faire qui correspondent à des modalités établies pour satisfaire autant que possible les intérêts des divers acteurs, se perpétuent dans une large mesure.

Au sein des institutions, la difficulté à modifier des règles hiérarchiques dans lesquelles chacun reconnaît sa place conduit à une certaine paralysie. Cela s'observe autant à l'intérieur du MSSS que dans l'hôpital.

### Conséquences substantives

Le MSSS n'arrive pas réorganiser l'hôpital et le faire intégrer dans un processus de dialogue plus substantiel avec les partenaires du réseau de la santé mentale. L'hôpital ne partage pas forcément les valeurs véhiculées par les planificateurs. Il ne voit donc pas pourquoi il devrait considérablement modifier son fonctionnement.

Cependant, on ne doit pas négliger le fait qu'une amorce de changement important s'est instaurée. Des groupes qui ne se fréquentaient pas s'asseyent à une même table et entreprennent des échanges. Les premiers pas d'un certain partenariat sont donc enclenchés.

Pour ce qui concerne la désinstitutionnalisation, on observe que malgré l'égoïsme de l'hôpital qui ne songe pas encore à s'exposer à des expériences venues d'ailleurs, malgré un conflit interne qui paralyse dans une certaine mesure le processus, des actions se font dans le sens de la sortie des patients. Des unités ferment et des innovations sont introduites. Toutefois, la manière de procéder et le rythme ne peuvent être dictés. C'est l'hôpital qui en définit les normes et pour ce faire, l'aval des médecins est indispensable.

### Conséquences politiques

La situation en 1989 fait intervenir deux grandes conceptions: celle du MSSS qui table sur la légitimation augmentée que lui confère sa Politique et son implantation, et l'hôpital qui jouit de sa prédominance dans la sous-région et qui ne ressent pas le besoin, car il se sent autosuffisant et sans doute peu menacé, de rallier les autres groupes à sa cause. Ceci transparaît par exemple par rapport aux ressources intermédiaires. Lorsque ces dernières opposèrent un refus à la demande d'incorporer au sein de leur personnel, des employés de l'hôpital, l'institution réagit en décidant de développer ses propres ressources.

"Je dois dire que lorsqu'on a approché une ressource intermédiaire, le projet avec la ressource, on voulait se servir de la ressource intermédiaire mais on voulait y placer notre personnel. On a reçu une fin de non recevoir. Ils disent: "j'ai mon organisation, je n'ai pas la même approche que vous autres". En termes d'intervenants, ce n'est pas du tout les mêmes compétences. Je ne vois pas ça de la même façon. Donc, c'était une fin de non recevoir à ce moment là. Donc, face à ça, on a développé notre propre pavillon avec (la direction des) ressources communautaires."

Un directeur

A l'intérieur de l'hôpital, les deux groupes les plus importants, les administrateurs et les médecins s'efforcent par contre de s'imposer en s'attirant le soutien des autres groupes professionnels. Un aspect intéressant est que ces autres groupes, malgré leur compétence reconnue dans un secteur qui laisse une responsabilité non négligeable au paramédical, ont eu peu d'influence et sur la restructuration interne à l'hôpital et sur le devenir de la désinstitutionnalisation. La situation dans l'hôpital à la veille de la deuxième tutelle peut donc être décrite comme étant celle d'une institution bicéphale, dont les deux têtes tentaient le plus individuellement possible, de drainer le reste de l'organisation. La paralysie était inéluctable.

### **2.3.3 Période de la deuxième tutelle**

#### *2.3.3.1 Les événements*

#### **L'environnement de l'hôpital**

La deuxième tutelle a été imposée le 4 mai 1990 par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle allait durer jusqu'au 13 avril 1992, date d'entrée en fonction du nouveau directeur général (choisi par le tuteur). Elle peut être vue comme l'aboutissement d'un conflit qui s'exprimait ouvertement depuis plusieurs années. Mais elle doit aussi être considérée comme ayant occasionné, grâce à la perturbation de la structure organisationnelle qu'elle a provoquée, une occasion remarquable de redéfinir les rapports de pouvoir au sein de l'institution d'une part, et du réseau de l'autre. Cette période toute consacrée à reconstruire le fonctionnement interne de l'hôpital, n'a pas eu d'impact majeur sur la désinstitutionnalisation de personnes souffrant de troubles sévères et persistants. Elle a toutefois permis de jeter les bases d'une structure favorable à l'accélération du processus de désinstitutionnalisation, en reconnaissant aux médecins, un droit de regard sur la gestion de la réduction du nombre de lits.

A l'origine de la tutelle se trouve un litige dont la cause est le plan de réorganisation adopté le 6 octobre 1986 par le CA, qui prévoit "un chevauchement de compétences dans les responsabilités entre la gestion des ressources humaines, matérielles et financières et celles attribuées au chef du département de psychiatrie" (Jugement de la Cour supérieure, 13 mars 1991). Ce plan, accepté avec réticence par le CMDP, a conduit les médecins à se retirer au cours de l'été 1988 des Comités de coordination et des Comités de régie de programmes. Suite à ce conflit, un représentant du Comité des bénéficiaires demanda le 8 février 1990 au MSSS d'intervenir. Les patients se sentaient pris en otage des groupes en conflit. Le ministre demande un rapport à la direction de la santé mentale de son ministère. Ce rapport, déposé le 8 mars propose de relever de leurs fonctions le directeur général, le directeur général adjoint et le chef du département de psychiatrie.

Ces recommandations sont suivies par le ministre qui les notifie le 4 avril 1990 au CA de l'hôpital. Le CA (souverain) décide d'accepter la plupart des recommandations ministérielles, mais pas celle relatives à la "gestion" de l'établissement. Dans la réponse du CA, il est mentionné que le CA n'a aucun motif valable et sérieux de procéder à une demande de démission auprès des personnes concernées.

Le ministre déclare alors qu'il a entériné toutes les recommandations du rapport et donc que les trois personnes incriminées, même si rien ne peut leur être reproché, doivent partir. Le 13 avril le président du CA reçoit l'ordre de démettre le chef du département. Le CA se réunit et considère qu'il a déjà apporté une réponse et que rien ne justifie une telle démarche.

Le 1<sup>er</sup> mai, le ministre menace, le 2 mai, le CA campe sur ses positions. Le 3 mai, le chef de la direction de la santé mentale du MSSS demande alors au ministre la mise en place d'une administration provisoire. Sur la base de:

- a) l'impasse médico-administrative
- b) la réserve du CA de l'hôpital quant à la pertinence de devoir transférer, sur l'ordre du ministre, 850 patients dans une structure nouvelle, le CAR (Centre d'accueil et de réadaptation), qui d'ailleurs n'existait pas
- c) que le CA connaîtra des difficultés à mener à termes les orientations décidées

Le même jour, le ministre écrit au président de la RAMQ l'informant qu'il le nommait fondé de pouvoir, chargé d'assumer l'administration provisoire de l'hôpital. Le 18 mai 1990, le fondé de pouvoir relevait le médecin-chef de ses fonctions.

Bien entendu, l'interprétation faite aux événements varie selon les acteurs. Pour certains, le conflit n'était qu'un prétexte utilisé par les autorités pour déstabiliser l'hôpital et le réorienter de façon à ce qu'il soit mieux intégré dans une reconfiguration du réseau, et donc de l'aligner sur ce que voulaient les autorités.



"La tutelle, moi je la relis, c'est un lien direct avec la politique. Le gouvernement ne voulait plus et veut plus de grosses institutions comme la nôtre. Elles étaient des mange-argent. Pour eux-autres, c'était peut-être plus difficile de savoir ce qui se passait dans les grosses boîtes. Donc, ils ont profité de ça. Et le conflit clinico-administratif a été la porte d'entrée pour le gouvernement pour dire: on va vous dire quoi faire, et comment et ça va être quoi votre devenir."

Un administrateur

Pour d'autres, c'était un moyen facile de sabrer dans les budgets de la longue durée, l'objectif principal du MSSS ou simplement que le MSSS voulait avant tout abattre le chef du département de psychiatrie.

"C'est bien curieux, quand on regarde les annales du procès et tout ça, nous autres on avait toujours compris que ce qui intéressait le ministre à l'époque, c'était de venir chercher une vingtaine de millions de dollars dans le budget de l'hôpital, surtout à partir de la longue durée."

Un médecin

"Il y avait des décisions de prises (par le ministre) mais il y en avait une, une charge de mener carrément contre un individu, le chef du département de psychiatrie."

Un médecin

## **L'hôpital**

Le tuteur désigné, fort de sa réputation d'homme du sérail compétent et d'une expérience peu commune, venait lors de sa nomination sur un terrain qui lui était favorable. Tant l'administration que les médecins voyaient d'un bon œil l'arrivée d'une personne qui sans doute allait remettre de l'ordre dans une institution bien éprouvée.

Son règne a surtout été marqué par un de ses gestes, avoir démis de ses fonctions le chef du département de psychiatrie. Cela allait avoir les conséquences organisationnelles les plus importantes en conduisant l'hôpital sur la voie d'une restructuration qui vraisemblablement n'avait pas été anticipée.

La décision d'imposer cette démission provenait de ce que le tuteur avait une conception bien arrêtée de comment répartir les tâches entre administrateurs et médecins. Une institution de 2000 travailleurs ne pouvait, selon le tuteur, être menée à bon port si les administrateurs ne pouvaient pas imposer leur direction. A un moment où l'institution était perçue comme trop ancrée dans son

inertie et que des changements s'imposaient, des décisions difficiles devaient pouvoir être imposées, ce qui requérait une direction forte capable de gérer l'hôpital.

Pour les médecins par contre, la destitution provenait non pas d'une réflexion rationnelle sur ce qui était bon, mais d'un besoin d'équilibrer les départs: les administrateurs quittent, le chef du département de psychiatrie doit également quitter. Le chef du département était une cible toute désignée car contrairement au président du CMDP qui était élu, le chef du département était quant à lui nommé par le CA.

Par rapport à la désinstitutionnalisation, la tutelle ne s'est pas vraiment préoccupée de sortir les malades atteints de troubles mentaux sévères et persistants. Elle a toutefois entrepris des actions pour désinstitutionnaliser d'autres clientèles. Plus particulièrement, elle a donné un élan important au transfert des déficients intellectuels dans une autre ressource que l'hôpital. De plus, le tuteur décida que tout lit libéré allait dorénavant être fermé.

D'autre part, les cliniques externes, qui existaient depuis plusieurs années, étaient réaménagées pour être plus présentes dans la communauté. Aussi, l'hôpital connaissait des rénovations qui permettaient aux malades d'avoir un "avant-goût" de ce que les conditions d'hébergement pourraient être en dehors de l'établissement. Finalement, de nouvelles ressources étaient créées avec l'avènement de foyers de groupes pour patients hospitalisés depuis longtemps, plus diversifiées et de plus en plus en fonction d'une programmation.

C'est sous la tutelle que s'est opérée une fermeture de pavillons jugés comme trop inadéquats pour les patients, ainsi que la préparation d'autres ressources dans la communauté, comme des appartements satellites et supervisés.

"On a aussi fermé 1-2 pavillons (...) si ça fait deux ans qu'une ressource ne fait pas le nécessaire pour s'adapter pour satisfaire les besoins de sa clientèle ou pour rencontrer le minimum de choses qu'on lui demande de rencontrer et qui correspondent à des standards normaux, ben là, il y a des décisions à prendre."

Un directeur

Il y avait donc une préoccupation de plus en plus importante pour le bien-être de la clientèle. Un des principaux objectifs du tuteur était, selon ses dires, de mettre sur pieds des programmes à la clientèle, même si cela n'avait pas encore la même importance que le développement de ressources. Par exemple, il n'était pas encore dans l'esprit du temps de devoir compléter les cliniques externes par des programmes complémentaires aux services médicaux.

"Je pense que quand on parle de cliniques externes dans la communauté, ça devrait amener directement à faire des réflexions sur un réseau dans la communauté. Vite on va se rendre compte qu'on a besoin aussi de centres de traitement dans la communauté. On a besoin de types de ressources plus particulières. Je pense qu'à cette époque là, on n'était pas encore à cette préoccupation."

Un directeur

Le tuteur constitua un comité consultatif sur les programmes à proposer pour répondre aux besoins de la clientèle de psychiatrie de longue durée, avec pour mandat de décembre 1990 à juin 1991, d'évaluer la clientèle pour en déterminer des sous-populations ainsi que la nature des services à offrir.

Mais, il faut souligner qu'à cette période régnait encore l'impression que les malades sévères et persistants représentaient une clientèle particulièrement difficile et que, au mieux, c'était des résidences de type intermédiaires qu'il fallait développer. Aussi, on restait toujours persuadé qu'il manquait des ressources adéquates dans la communauté pour prendre en charge les patients désinstitutionnalisés.

"Il n'y avait pas vraiment de ressources en place. Il y avait peut-être des ressources d'atelier et de centres de jours, mais les organismes communautaires comme tels n'ont pas fait énormément de développement sur le plan de l'hébergement."

Un médecin

Cependant, les rapports entre administration et médecins continuaient à se dégrader. Les médecins faisaient bloc contre le tuteur qu'ils accusaient non seulement d'avoir abusivement démis de ses fonctions un chef de département mais aussi de ne pas soutenir le développement de la psychiatrie. Ils soutenaient par exemple que la tutelle avait éliminé 15 millions de \$ du réseau de la psychiatrie en transférant des budgets trop élevés aux ressources qui allaient prendre en charge la déficience intellectuelle, alors qu'elle aurait dû réinvestir cet argent en psychiatrie.

"L'élément avec lequel on n'était pas d'accord de ce que la tutelle a fait, c'est de faire disparaître une chose comme 15 millions récurrents du réseau de psychiatrie carrément (...) pour aller dans le réseau de la déficience."

Un médecin

En fait, la peur de voir l'argent être détourné et retiré du contrôle de l'hôpital semble être dominante dans les discours. Par exemple le soutien aux organismes communautaires est vu avant toute chose (et donc avant une éventuelle pertinence due à leur compétence) comme allant se traduire par une diminution des budgets de l'institution.

"Eux (les ressources communautaires) te disent, parce qu'on en côtoyait quand même des gens de ces groupes là, que la seule source de financement à laquelle ils pourraient avoir accès, c'est le budget des hôpitaux. (...). C'était un climat un peu malsain."

Un médecin

### 2.3.3.2 Archétype de la deuxième tutelle: un système qui se veut intégré

La deuxième tutelle en attribuant un contrôle direct des autorités sur l'hôpital, représente une situation assez unique: une plate-forme relativement uniforme qui, peut-on le penser, devrait être favorable à une organisation globale d'un réseau cohérent (Tableau II.II). Même si toutes les raisons qui ont amené le ministre à imposer une tutelle à l'hôpital sont peut-être peu explicites, il est évident que l'acte posé visait à mettre l'hôpital en phase avec un réseau plus intégré promu par les planificateurs. La tutelle représente en effet une opportunité rare d'imposer un archétype à l'ensemble du réseau. En établissant une manière d'opérer à pratiquement l'ensemble des intervenants, y compris les récalcitrants dont le plus puissant, les planificateurs se trouvaient dans une position qui leur permettait de passer d'un *leadership* "moral" à un *leadership* "effectif" et de laisser plus qu'une empreinte, une orientation aux acteurs concernés. Sous la tutelle en effet, l'hôpital se donnait de nouvelles bases nécessaires à la résolution du conflit médico-administratif. Les actions imposées par le représentant du ministre visaient d'autre part à insuffler à l'institution une nouvelle dynamique pour la rendre moins en porte-à-faux avec les orientations du réseau.

Tableau II.II: archétype de la deuxième tutelle

<b>Schémas interprétatifs</b>			
	<b>réseau</b>	<b>hôpital</b>	<b>milieux communautaires</b>
Domaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuite de l'implantation de la Politique de santé mentale</li> <li>• Alignement des intervenants, et donc l'hôpital, sur les volontés ministérielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement sur les volontés des planificateurs</li> <li>• Réorganisation interne dans la structure et le fonctionnement édictée par le fondé de pouvoir</li> <li>• Méconnaissance des OC</li> <li>• Désinstitutionnalisation: déficience intellectuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à l'implantation de la Politique</li> <li>• Favoriser une désinstitutionnalisation plus active</li> </ul>
Principes d'organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership effectif: MSSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leadership effectif: MSSS (pour l'hôpital, via son fondé de pouvoir)</li> <li>• Attribution aux médecins des responsabilités cliniques</li> <li>• Conflit sur la répartition des pouvoirs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaissance du leadership des planificateurs</li> <li>• Volonté de croire et de prendre en charge des cas plus lourds</li> <li>• Modèle d'organisation interne très polyvalent</li> </ul>
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accomplissement des objectifs fixés par le MSSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accomplissement des objectifs du MSSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction des clients</li> </ul>

<b>Configuration organisationnel</b>			
	<b>réseau</b>	<b>hôpital</b>	<b>milieux communautaires</b>
Structure des rôles et des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MSSS leadership "effectif"</li> <li>• CRSSS: promeuvent l'intersectorialité</li> <li>• Hôpital: gestion sous la responsabilité de gestionnaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital: rôle d'intervenant spécialisé qui a à mettre en œuvre les directives du MSSS</li> <li>• Gestion au mains d'un administrateur</li> <li>• Médecins relégués à un rôle clinique et non de gestion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge de patients non sous la responsabilité de l'hôpital</li> <li>• Développement des RI</li> <li>• Action polyvalente des intervenants</li> </ul>
Mécanismes de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie plus relative des organismes concernés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation de l'hôpital: décidées par le fondé de pouvoir du ministre</li> <li>• Les médecins gèrent les aspects cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientations: autonomie relative, la récurrence des budgets n'étant pas assurée</li> <li>• Pouvoir de décision sur l'acceptation de la clientèle</li> </ul>
Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allocation des ressources en grande partie sur une base historique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvoir limité de l'hôpital sur l'engagement des médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberté d'engagement (sous couvert des fonds disponibles)</li> </ul>
Acquisition des ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fonds en santé mentale proviennent essentiellement du MSSS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital: budget global sur une base historique, ajusté pour la performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance du MSSS pour l'obtention de fonds dont la récurrence est incertaine</li> </ul>

### 2.3.3.3 *Le leadership*

Vue du MSSS, l'imposition de la tutelle à l'hôpital permettait d'aligner l'élément qui était, à ses yeux, à la fois le moins collaboratif et le plus important. L'hôpital, en persistant à camper sur son autonomie, était ressenti comme un frein évident à la bonne implantation de la Politique de santé mentale. Pour remédier à cette crainte, les planificateurs se trouvaient avec deux options: faire jouer des incitatifs financiers ou imposer des directives, et donc la tutelle.

La première option était, comme souligné ci-dessus, vraisemblablement difficile à opérationnaliser. La seconde par contre était envisageable. Le conflit ouvert à l'intérieur de l'établissement offrait la justification évidente au passage à l'acte.

Le tuteur, en homme du sérail, arrivait avec une volonté d'apporter des changements à une institution qu'il jugeait trop peu encline à amorcer d'elle-même ceux voulus par les planificateurs. L'hôpital devait abandonner son rôle d'hébergement pour se consacrer plus à des activités de soins.

"Pour moi, c'est clair: à la base de la philosophie d'un établissement comme celui-là, nous avons droit d'être davantage préoccupés par ce que j'appellerais des programmes à la clientèle. Et c'est drôle de dire ça, et je ne voudrais pas être injuste envers les individus qui étaient là, mais j'avais l'impression qu'on était beaucoup plus préoccupés par les aspects de béton que les aspects de programmes aux clientèles."

Un directeur

Pour ce faire, le tuteur avait les pleins pouvoirs: les organismes habituels de contrôle comme le CA étaient dissous. Quant au licenciement du chef du département de psychiatrie, il visait évidemment à casser toute opposition à la réorientation.

Pour les patients atteints de troubles sévères et persistants, peu de changements étaient encore perceptibles, mais il fallait, avant de lancer un vaste plan d'action, mieux réfléchir sur ce qui devait leur convenir. Le tuteur soutenait qu'une planification en fonction de programmes à la clientèle manquait dans l'hôpital. Le peu de temps et les conflits à régler n'allaient pas laisser le temps de développer cet aspect.

Certes, tous à l'intérieur de l'organisation ne concordaient pas avec la manière de faire du tuteur. Opposition il y avait, mais la structure imposée par la tutelle elle-même allait gêner considérablement les actions des groupes réticents. Ceux-ci devaient dès lors reconsidérer leurs actions. Un des aspects les plus intéressants de cette tutelle est justement qu'elle aura conduit les médecins, au-delà des divergences qu'il pouvait y avoir entre eux sur l'orientation à promouvoir pour l'hôpital, à se regrouper et à présenter un front uni. Toutefois ce ne sera pas tant à l'interne qu'ils tenteront de faire valoir leur point de vue, mais en entreprenant une procédure judiciaire visant à faire déclarer l'illégalité de la tutelle, et surtout des gestes posés par celle-ci, qui atteignaient directement ce que les médecins considéraient comme étant de leur ressort: la conduite autonome des affaires médicales. Les médecins étaient convaincus de leur responsabilité face aux malades et pour cela de la nécessité qui leur incombait d'avoir un droit de regard sur l'organisation de l'institution.

Finalement, les organismes communautaires sont peu présents dans cette phase qui concerne avant tout l'hôpital. La tutelle a duré peu de temps et la tâche qui attendait le tuteur était considérable. C'est dans l'hôpital même que les événements les plus marquants par rapport à la désinstitutionnalisation des personnes les plus malades, se sont mis en place.

#### *2.3.3.4 Conséquences*

##### Conséquences symboliques

La tutelle est un mécanisme de transformation radical qui vise à introduire plus de cohérence dans un système passablement éclaté. L'autorité "morale" se donne les pouvoirs d'être efficace, ce qui permet l'obtention de changements radicaux tels que souhaités par les planificateurs.

Il reste toutefois la question de la possibilité "d'imposer" une autorité à un organisme aussi important que l'hôpital psychiatrique. Même si les bases d'une réorganisation interne s'y sont

constituées, cela ne s'est pas fait sans une opposition qui tout compte fait sera efficace, puisqu'elle parviendra à convaincre la justice de l'illégalité de l'imposition d'une tutelle. Les médecins, écartés de ce qu'ils considèrent leur revenir de plein droit, parce qu'ils sont les experts dans la finalité de l'hôpital, ont pu s'organiser, développer une stratégie et montrer qu'ils représentaient un groupe puissant auquel on ne pouvait facilement imposer des manières de faire.

Ces faits soulèvent la nécessité de rallier les acteurs importants non seulement à la structure, mais également au schème interprétatif qui le sous-tend. Sans ce passage, les actions posées ne peuvent être que transitoires. La structure ne peut s'établir indépendamment de l'adhésion des personnes concernées.

### Conséquences substantives

Il est évident que l'attribution de pouvoirs importants à un individu qui avait une vision fort claire de ce que devait être l'hôpital, et de la nécessité de réduire les contrariétés qui auraient pu apparaître, n'a pas eu d'impact négatif sur les services offerts par l'institution. L'hôpital a beaucoup innové en peu de temps. Ce n'est peut-être pas tant les idées claires sur ce qui devait être fait que l'existence d'un centre de décision unique dans l'hôpital, qui a permis les changements importants qui s'y sont produits.

Par rapport à la désinstitutionnalisation, il y eut une sortie massive de patients, mais qui appartenaient à une population autre que celle souffrant de troubles sévères et persistants. Cependant, ce mouvement doit être vu comme un élément qui contribue à mieux orienter l'hôpital vers sa mission: soigner plutôt qu'héberger.



## Conséquences politiques

L'hôpital reste une bureaucratie professionnelle dans laquelle le groupe des médecins détient la clef du pouvoir. Cela est bien illustré par la période de la tutelle durant laquelle les médecins se sont organisés et ont préparé leur riposte (par exemple en s'associant avec les associations de malades ou proches de malades). Leur apparente mise au pas par la tutelle n'a paradoxalement fait que renforcer leur position en les incitant à se mobiliser pour défendre ce qu'ils considéraient comme indissociable de leur pratique professionnelle: avoir un droit de regard sur la mission et l'orientation de l'hôpital.

On ne peut cependant écarter l'hypothèse selon laquelle, pour les médecins, la crise vécue dans l'hôpital et qui a conduit à la tutelle, a également déclenché une prise de conscience du fait que l'environnement avait évolué. Le pouvoir était, tel que mentionné ci-dessus, nécessaire pour assurer la continuité des services à une population de malades dont les médecins se sentaient responsables. Mais il n'était pas une fin en soi. Le conserver permettait aussi d'adapter la pratique médicale aux nouvelles connaissances de leur spécialité qui mettait dorénavant l'emphase sur la réadaptation et la réinsertion des malades dans la communauté. Le conflit a vraisemblablement contribué à rendre les médecins plus conscients de leurs responsabilités d'être à la pointe de ce que les services de psychiatrie pouvaient offrir aux malades mentaux.

### **2.3.4 Période post-2ème tutelle**

#### *2.3.4.1 Les événements*

La période qui suit la deuxième tutelle et qui a mené l'hôpital et le réseau à adopter les structures qui sont les leurs actuellement, doit être divisée en deux étapes séparées par l'année 1995. Cette année fut celle des grandes coupures budgétaires imposées par le ministère, coupures qui auront des répercussions non négligeables pour les institutions et qui seront l'incitatif clef d'une politique plus active de désinstitutionnalisation.

### i) 1992-1995

Cette période est initiée par la fin de la tutelle et surtout la contestation de sa légalité devant la justice par les médecins. Ceux-ci obtiendront, dans le jugement de la Cour supérieure du Québec du 13 mars 1991, gain de cause.

Dans son jugement, la Cour souligne:

"l'importance de conserver séparés les pouvoirs entre le cabinet et l'organe administratif à qui la législature a confié des pouvoirs particuliers. La Cour juge que la tutelle a été imposée uniquement parce que le CA a refusé d'obéir aux ordres du ministre. Ce dernier ne pouvait user de ses pouvoirs pour punir. Le motif était illégitime. La Cour reconnaît le caractère éminemment idéologique existant entre les médecins et le MSSS concernant la psychiatrie, mais ne se prononce pas sur cette question".

Ce jugement a son importance car il légitime les actions du corps médical et ainsi leur apporte un appui non négligeable dans les jeux de pouvoir qui se redessinent dans l'hôpital.

D'autre part, 1992 est l'année de la réforme, qui voit le système de santé québécois être régionalisé. C'est à la Régie régionale (RR) dorénavant que revient la responsabilité d'allouer les fonds. C'est la RR qui décide quelle est la part du budget global qui sera attribuée à l'hôpital, et celle aux autres organismes qui prennent en charge les patients atteints de troubles mentaux. Surtout, la RR acquiert un rôle de contrôle sur les hôpitaux en ayant à approuver les changements majeurs, comme de nouvelles affectations du budget interne.

Quant au MSSS, il se préoccupe des moyens qui doivent être mis en oeuvre pour assurer la désinstitutionnalisation, mais n'assume plus la direction de l'orientation décidée par les régies régionales. D'ailleurs, avec la suppression du poste de directeur de la santé mentale au MSSS, il n'y allait plus avoir de répondant médical qui se charge d'assurer le suivi des dossiers en santé mentale.

Cette période de 1992 à 1995 fait intervenir dans le jeu des pouvoirs un nombre restreint d'acteurs: l'hôpital, et dans l'institution, essentiellement les médecins et les administrateurs, et les planificateurs. Les autres acteurs ont toujours peu d'influence sur le processus de

désinstitutionnalisation. Mais, cette période représente aussi un élan dans la reconnaissance des acteurs des milieux communautaires, grâce à la Politique de santé mentale et les PROS qui peu à peu s'implantent.

### **L'environnement de l'hôpital**

Le fait que l'hôpital n'avait en 1994 que partiellement rempli ses engagements de fermeture de lits (par rapport aux 130 lits de longue durée qui devaient être fermés selon l'estimation faite par l'hôpital en 1989, seule la moitié avait été libérée), les planificateurs devinrent plus incisifs et manifestèrent leur préoccupation pour que l'hôpital prennent des mesures plus énergiques, sans imposer toutefois d'incitatifs à un changement de comportement.

"On (la RR) était (en 1992) très satisfait des progrès faits (dans le réseau) avec une préoccupation un peu plus pour l'hôpital parce qu'on trouvait qu'il y avait encore à faire un effort important avec cet établissement-là. (...) C'était beaucoup sur des bases de bon aloi, de bonne collaboration. Ce n'était pas un processus de contrainte."

Un planificateur

Jusqu'en 1995, c'était au MSSS qu'échouait la responsabilité légale de concevoir la structure du réseau. C'est lui également qui pouvait théoriquement le plus influencer les hôpitaux en les alignant avec les autres éléments de façon à assurer une bonne implantation de sa politique de santé mentale, parce qu'il était le payeur.

Dans les faits cependant, le MSSS avait beaucoup de peine à forcer les hôpitaux à désinstitutionnaliser. En son sein, plusieurs tendances idéologiques, plusieurs écoles de pensées s'affrontaient, ce qui créait un certain immobilisme. L'impression était que:

"les gens travaillaient surtout dans un but de se saper les uns les autres."

Un planificateur

Dans une telle ambiance, faire jouer les incitatifs n'était pas évident, si on excepte les augmentations des budgets alloués aux organismes communautaires, budgets toutefois assez modestes.

L'élément qui cependant gênait le plus une évolution vers un plus grand partenariat entre tous les acteurs concernés, évolution que l'on supposait naturelle puisque tous se réunissaient dans de nombreuses tables de concertation, était qu'il subsistait encore une grande méconnaissance de l'autre, et donc une méfiance.

"Il y a moins de collaboration avec les ressources à l'extérieur de l'hôpital, qui ne sont pas rattachées à l'hôpital. Il y a une crainte liée à des cultures différentes."

Un directeur

Ainsi, il existait des organismes communautaires qui pouvaient laisser entendre qu'ils voulaient remplacer le système public.

"On avait un discours auparavant qui laissait plus entendre, c'était peut-être moins clair dans notre esprit, qu'on allait remplacer carrément le réseau public."

Un coordonnateur d'un organisme communautaire

L'hôpital quant à lui, dominait clairement tout le secteur de la maladie mentale de sa région et cela n'était pas compris ni accepté par les organismes communautaires. La méconnaissance de l'autre et l'impression d'avoir à faire à un adversaire trop inégal ne favorisait pas le développement d'une entente telle que le souhaitait la Politique de santé mentale.

Quant aux ressources intermédiaires, elles vivaient une période faste: elles se développaient, avaient un financement (provenant de l'hôpital) plus assuré que celui des organismes communautaires, et pouvaient relativement bien s'organiser dans le sens où elles avaient un droit de regard sur les patients qu'elles admettaient.

"Auparavant, on avait cette l'attitude (de choisir les patients). Si je regarde 89 à 93-94, il y avait un bon bassin de patients référés dans la ressource. Et puis on pouvait prendre des patients qui pouvaient bénéficier des ressources, et former un groupe qui est homogène pour le bien-être des patients qui vont élire domicile, leur temps d'hébergement ici."

Un intervenant dans une ressource intermédiaire

## **L'hôpital**

La période qui s'étend entre 1992 et 1995 est une période charnière: l'hôpital sort d'un conflit majeur et se cherche un nouvel équilibre qui lui permette de remplir ses fonctions, et ce de la

manière qui soit la plus satisfaisante possible pour les différents acteurs concernés. C'est peut-être un des grands acquis de la deuxième tutelle, peut-on suggérer, que d'avoir jeté les bases d'une entente entre planificateurs, administrateurs et médecins.

Un aspect important de cette transition vers un nouvel équilibre a été le choix du directeur général pour succéder au tuteur. Ce directeur général, nommé d'ailleurs par le tuteur, était un médecin. Cela répondait à un désir manifeste de la part du tuteur et des administrateurs d'opérer une réconciliation au sein de l'hôpital et de s'assurer autant que possible des conditions de non-confrontation entre les deux groupes majeurs chargés de la gestion de l'institution.

La conséquence la plus remarquable a été l'importance qu'ont prise les médecins dans la gestion de l'établissement. Grâce au jugement de la Cour supérieure qui déclarait illégale la tutelle, et grâce aux initiatives du nouveau directeur général qui s'est efforcé de rapprocher les médecins des administrateurs, la structure de l'hôpital s'est progressivement transformée pour laisser la prépondérance, dans sa gestion et dans ses orientations, aux médecins. Ce sont donc les médecins qui vont être dorénavant les acteurs principaux de la conduite de l'hôpital, plusieurs administrateurs se sentant un peu relégués au rang de gestionnaires, et non plus d'orienteurs ou de dirigeants.

"Il (le nouveau directeur général) a donné beaucoup de pouvoir aux médecins. Nous (les administrateurs), on n'avait pas bien le choix. Il fallait comme prendre la place qu'on voulait bien nous laisser prendre. Les médecins, ce sont eux qui sont devenus d'ailleurs chefs de programmes, chefs de secteurs (...) Avec la venue (du nouveau directeur général) c'était l'administration qui a pris un peu une côte à la baisse, c'est-à-dire qu'elle a perdu du pouvoir pour que les médecins en prennent."

Un administrateur

Il n'est pas inutile de répéter que les médecins voulaient le pouvoir avant tout parce qu'ils se sentaient les experts de la maladie mentale et qu'ils oeuvraient dans une organisation qui était dominante dans ce secteur. Cela leur conférait une lourde responsabilité qui nécessitait de pouvoir influencer les grandes décisions de l'institution. Quant aux administrateurs, il leur reste un sentiment de déception, mais pas trop d'amertume. Ils ont perdu du pouvoir, mais cela a permis de réaliser de nouvelles alliances avec les médecins qui tiennent plus compte des affinités entre personnes.

"Mais même si les cadres ont perdu du pouvoir, les administrateurs ont perdu du pouvoir, je pense qu'il y a de nouvelles alliances qui se sont développées. Mais je me dis, quand on est capable de travailler, les administrateurs et les médecins, qu'on est capable de rester dans sa sphère sans s'opposer, sans se sentir menacé, ça peut être un très beau mariage. Mais il faut avoir des affinités et des atomes crochus (...) Dans l'ensemble, je ne peux pas dire que les gens avaient l'air malheureux de cette nouvelle alliance en médecins et administrateurs. Il y a beaucoup de choses qui se sont faites ensemble. Ça a permis pour les médecins d'avoir plus de compréhension ou d'ouverture pour la partie administrative et inversement."

Un administrateur

C'est une autre philosophie de gestion qui peu à peu se met en place, une philosophie basée apparemment plus sur le choix des personnalités qui ont à interagir que sur une répartition des tâches en fonction de la formation ou de l'expertise. Un nouvel équilibre plus convivial semble s'être dessiné qui satisfait tout compte fait les aspirations des administrateurs. Cette impression est partagée par les médecins qui estiment que ce qui a changé avec le successeur du tuteur n'a pas tant été l'organigramme que la confiance entre administrateurs et médecins.

"Le nouveau directeur, quand il est arrivé ici pour trois ans, il était venu pour faire la paix. On va rétablir les affaires. Ça a marché. Ils ont fait un nouveau plan d'organisation, pas tellement différent de l'autre. Il y a eu des ajustements... un administrateur qui entendrait ça dirait que c'est un blasphème, comment il est différent. Mais finalement c'est beaucoup de climat. Les gens avaient confiance."

Un médecin

Quoi qu'il en soit, un dialogue s'est instauré entre la direction générale et les médecins, qui s'est traduit non seulement par un certain contentement, mais aussi par des actions concrètes comme la création d'un comité qui se réunit tous les mois pour réfléchir, parler des concepts d'intérêt pour la conduite de l'hôpital.

Par rapport à la désinstitutionnalisation des personnes souffrant des troubles les plus sévères, on peut soutenir que le nouvel équilibre qui permettait aux différents groupes de joindre leurs efforts dans la promotion de l'hôpital, ne favorisait étrangement pas un processus très actif. Il subsistait toujours une certaine méconnaissance de la part de l'hôpital, quant aux possibilités d'offrir autre chose que ce qu'il offrait déjà. Même les avancées thérapeutiques constituaient paradoxalement un frein à la désinstitutionnalisation: il y avait une crainte que les patients sortis ne prennent plus leurs médicaments, s'ils étaient soustraits à la responsabilité des médecins de l'hôpital.

"Il faut surveiller la façon dont les gens vont être traités. Tant mieux si les gens peuvent vivre à l'extérieur de l'hôpital, tant mieux si on peut augmenter leur qualité de vie. Mais il ne faut pas oublier leur traitement médical. "

Un intervenant

A l'intérieur de l'hôpital, chaque groupe fonctionnait de manière assez isolée, sans beaucoup d'échanges entre eux, sans volonté de changer l'équilibre atteint avec tant de peine: chacun y trouvait son compte.

"D'après moi, c'était chacun dans sa cour (avant 1995). On faisait des actions, mais pour moi, même avec ce qu'on disait tantôt, c'était isolé. On avait une vue d'ensemble où on voulait aller, mais peut-être le fait que cela n'allait pas tellement vite, permettait aux gens de vivre, de continuer à vivre comme ils vivaient avant. Ils conservaient leurs acquis."

Un directeur

L'hôpital n'était vraisemblablement pas prêt à se réorganiser ni à se lancer dans une importante réduction du nombre de lits pour les patients restant en longue durée: les médecins mais aussi tous les autres groupes se seraient apparemment opposés à toute transformation importante dont des impacts en termes d'une nouvelle déstabilisation étaient redoutés.

Pourtant, cette période marque un tournant dans la vision de l'hôpital. Les médecins deviennent de plus en plus réceptifs à l'idée que les patients de la longue durée peuvent être pris en charge dans la communauté. Surtout on se préoccupe de plus en plus des droits des patients à une vie plus autonome, d'où les rénovations des chambres dans l'hôpital vues par les administrateurs comme une contribution à la préparation à la sortie.

"Ça fait peut-être 5-6 ans qu'on a plus de questionnement, plus de préoccupation sur qu'est ce que fait la personne à l'extérieur, quels sont ses liens de référence, comment elle réussit à utiliser les services autour d'elle, et comment elle est capable de les chercher."

Un administrateur

"Il y a environ 7 ans, quand on a commencé à rénover (les chambres des patients), peut-être que la vision qu'on avait de la clientèle c'était: même si elle est active, il y a des habiletés qu'elle doit développer dans nos murs pour que lorsqu'elle va arriver à l'extérieur, le choc ne soit pas si grand."

Un administrateur

Cela s'est aussi traduit par le développement d'une plus grande diversité des ressources externes afin qu'elles correspondent de plus en plus aux besoins des patients. On se dirige peu à peu vers des programmes qui s'adaptent à l'individu et non pas au groupe.

"De 89 à je dirais 95, on a développé un petit peu plus de diversité, de ressources adaptées un peu plus en fonction d'une programmation. On est parti de groupes à petits groupes, à une approche plus individuelle."

Un directeur

Du côté de la direction générale, il y avait une intention de fermer quelques unités, mais pas plus de 1 ou 2 par année surtout parce qu'elle avait l'impression qu'il manquait des ressources adéquates à l'extérieur. Certains administrateurs étaient convaincus qu'ils participaient déjà à l'esprit nouveau en faisant tout pour sortir les patients qui pouvaient l'être, mais qu'ils se heurtaient à une réticence de la part des médecins.

"Je pense que (entre 89 et 95), l'administration de l'hôpital a peut-être essayé de faire des bouts. (...) Ils ont voulu aller trop vite pour certain et ça a bloqué, ou le ralliement de l'hôpital à l'administration n'était pas celui perçu par les médecins."

Un directeur

"Il faut savoir aussi que même si c'était avancé par l'hôpital, est-ce que le corps médical avait eux la volonté de le faire (la désinstitutionnalisation), et selon les vues que d'autres avaient. Je pense que c'était une difficulté."

Un directeur

C'est depuis le moment où le MSSS impose la GNY que la direction générale prend conscience de l'importance d'essayer d'accroître la sortie des patients de la longue durée et entreprend des mesures: elle donne pour mandat aux directeurs "cliniques" de préparer la sortie des patients identifiés comme sortables. Les directeurs se heurtent alors à trois difficultés: 1) leur inexpérience dans ce domaine (par exemple, on se préoccupe de loger des patients dehors, mais sans réelle préoccupation de clientèle; 2) leur méconnaissance (voire ignorance) de ce qui existe ailleurs et donc l'absence de modèles d'inspiration et; 3) la résistance des médecins qui ne veulent pas qu'on leur indique ce qui doit être fait. A ceci s'ajoute le fait qu'il manquait de programmes de préparation du personnel pour travailler à l'extérieur. La seule vision envisageable restait celle d'une éventuelle désinstitutionnalisation, mais vue comme étant une prise en charge des patients à l'extérieur par des employés de l'hôpital. Finalement, on reconnaît avoir été préoccupé par le fait que si plus d'efforts avaient été portés sur la désinstitutionnalisation, les budgets auraient été probablement diminués.



"Il n'y a personne qui sentait le besoin de pousser (la désinstitutionnalisation) plus que ça. Le budget était donné et ça fonctionnait. Pourquoi qu'on ferait des efforts, pourquoi qu'on perdrait notre budget. C'était toutes ces affaires qui étaient en cause, qui n'étaient peut-être pas dites aussi loin que ça, mais qui quelque part avaient un rôle à jouer dans cette espèce de stagnation."

Un médecin

Les médecins considèrent quant à eux que c'est eux qui ont lancé, avec la mise en place des premières unités de réinsertion, les premières vraies initiatives permettant de fermer des lits pour les patients de longue durée. D'autres initiatives doivent leur être imputées comme la réalisation d'un Journal Club pour susciter une réflexion sur la désinstitutionnalisation, des rencontres organisées dans les services de longue durée par le chef de la longue durée toutes les deux semaines pour amener tout le monde à plus réfléchir à la clientèle. Les médecins étaient convaincus que la désinstitutionnalisation devait se poursuivre, mais que cela nécessitait des investissements. Or, cela n'était pas fait, ce que confirment d'ailleurs les administrateurs.

La conception qu'ont les médecins de la désinstitutionnalisation est large. Ils la font partir dans les années 60 et la voient de deux façons: la non-institutionnalisation de patients, mais aussi l'amélioration de la qualité de services. La désinstitutionnalisation pour les médecins devait se faire au rythme qu'ils imposaient en connaissance de cause de ce qui était le plus favorable pour les patients.

Une des actions les plus remarquables des médecins reste cependant l'effort que certains d'entre eux ont consenti au développement d'une solide direction des ressources communautaires à l'hôpital. Le renforcement de cette direction est un élément clef pour comprendre la question de la désinstitutionnalisation à l'hôpital. Cela fait clairement partie d'un désir de répondre à ce qui est inéluctable, la réduction du nombre de lits, tout en conservant une clientèle qui aurait pu (dû) de ce fait lui échapper. Cela explique le travail considérable fait par les éléments les plus dynamiques de l'hôpital pour convaincre le nouveau directeur général de l'importance de cette orientation.

L'hôpital s'engage donc, sous l'influence de quelques médecins, à un ambitieux programme de développement des ressources intermédiaires. Certes, cela répondait à une crainte de se voir

départir d'une partie de son budget, mais il faut reconnaître que les motivations sont multiples. Il y avait également, comme mentionné ci-dessus, un désir d'apporter au malade ce qui pour les médecins, paraissait indispensable: une prise en charge médicale.

## ii) 1995-1997

Les années 1994-1995 représentent pour le réseau de la santé une période de compressions budgétaires sans précédents, qui n'épargnent pas les hôpitaux. L'hôpital a par exemple à composer avec un budget réduit de 2.1% (ramené à la fin de 1994 à 1.1 % par la RR, après discussion). Les hôpitaux ne peuvent que s'ajuster à cette nouvelle réalité et chercher les manières de remplir leur mission tout en utilisant moins de ressources financières. Tout ce qui pouvait être assez facilement réorganisé, comme les services d'appui (par exemple, la buanderie) avait déjà été fait. Il restait à repenser comment organiser le réseau.

"Au niveau de la régie et au niveau de l'ensemble de la province, avec la perspective de toutes les compressions qui s'en viennent, on ne pouvait plus continuer dans cette perspective là: c'était une réorganisation des services. Alors est arrivée la période réorganisation des services de 95-98."

Un planificateur

Dans ce sens, la désinstitutionnalisation reçoit son incitatif décisif: fermer des lits est une approche qui a du sens pour diminuer les coûts d'un établissement hospitalier.

Ces coupures ont d'ailleurs un impact indirect sur la prise en charge des malades mentaux. Le transfert d'activités de soins en santé mentale vers le secteur ambulatoire ainsi que les CLSC (qui dorénavant vont tous être dotés d'équipes en santé mentale et donc devenir des acteurs clefs pour des activités essentiellement reliées à la première ligne du réseau de santé mentale), implique une réaffectation de personnel entre les diverses institutions. De

"Présentement, par rapport aux professionnels qui vont être visés dans l'organisation de services dans la communauté, cela ne se fait pas par la connaissance ou le travail que tu as fait dans ce milieu-là, parce que tout est un bassin général de ressources humaines."

Un planificateur

Mais surtout, les transformations importantes que connaît le réseau en raison des bouleversements budgétaires, sont l'occasion de redéfinir les rapports de forces, de renforcer ou de modifier ceux qui s'étaient établis suite à la deuxième tutelle. On s'achemine vers un réseau qui se veut mieux intégré: savoir qui va le mener est devenu l'élément central de la réorganisation. Ce débat va porter essentiellement sur deux options:

1. assurer une meilleure intégration entre les services existants, en utilisant les ressources disponibles et en établissant les modalités de répartition des compétences
2. assurer la prédominance ou le *leadership* d'un groupe d'acteurs. S'il s'agit des organismes communautaires, cela représenterait un changement d'autant plus important que leur part est encore minime: environ 3% du budget de la santé mentale. S'il s'agit de l'hôpital, cela veut dire mieux faire accepter ses activités dans un champ également occupé par d'autres.

En fait, on reconnaît généralement qu'une réorganisation importante a été entreprise au cours de ces deux dernières années, mais que cela est encore insuffisant: l'action a surtout porté jusqu'à présent sur les hôpitaux. Or, pour des planificateurs, c'est toute la pratique médicale psychiatrique qui devrait être réorganisée.

"Il faut repenser ça (le réseau de santé mentale) autrement, et si ça fonctionne normalement, ça va avoir un impact sur les taux de désinstitutionnalisation."

Un planificateur

## **L'environnement de l'hôpital**

L'incitatif décisif qui conduit à la réorganisation et à la désinstitutionnalisation a été les coupures budgétaires imposées par les planificateurs. Les coupures sont importantes: selon les planificateurs, 23 millions de dollars à Montréal pour la santé mentale, mais avec une réallocation de 15 millions de façon à rééquilibrer les services [un planificateur de la Régie régionale].

Afin d'aider l'hôpital à fonctionner avec un budget réduit, la régie lui impose des fermetures de lits, basées sur le nombre qu'avait avancé l'institution elle-même en 1989, mais qu'elle n'avait pu atteindre. Le budget est défalqué en conséquence: un estimé est fait du coût d'une hospitalisation en longue durée et la somme correspondante aux lits à fermer est déduite du budget attribué à l'hôpital. Parallèlement, la RR promeut le développement de services comme les ressources intermédiaires (financées par l'hôpital) et de nouveaux services. Elle est donc plus impliquée dans le fonctionnement interne de l'hôpital. Cette omniprésence de la régie qui doit avaliser les allocations faites à l'interne est pour l'hôpital un irritant.

"Ils (la RR) sont autoritaires et extrêmement contrôlants (...) On est toujours tenu de déposer nos projets à la régie et ils sont toujours remis en question."

Un planificateur

Une des conséquences importantes de cette volonté de prise en main de la désinstitutionnalisation par la RR est la place toujours croissante qu'occupent les organismes communautaires. Malheureusement, il subsiste encore l'impression que cette reconnaissance est en grande partie due au fait que les salaires versés dans les organismes communautaires sont extrêmement faibles par rapport à ceux du milieu institutionnel, et que ce secteur, parce qu'on ne lui garantit aucune rentrée de fonds systématiquement récurrents, est un partenaire privilégié qui ne représente que peu de contraintes. Mais cette reconnaissance est intéressante, car elle se fait parallèlement à celle des CLSC pour prendre en charge la santé mentale, et apparemment sans rivalité entre ces deux types d'organisation.

Pour les organismes communautaires, une telle attitude n'est pas sans difficultés. Ils doivent constamment faire leurs preuves pour avoir droit à des ressources, et se trouvent forcés de composer avec une clientèle de plus en plus lourde depuis que les hôpitaux diminuent de taille et aussi plus hétérogène, et donc de plus en plus difficile à prendre en charge. Sans réel accroissement de budget, la tâche des intervenants s'est donc accrue puisqu'ils doivent prendre le même nombre de personnes, mais plus sévèrement atteints. Aussi, par manque de formation spécifique pour s'adresser à ce type de clientèle, le personnel ne se sent pas toujours préparé et est parfois même débordé.

"Les ressources disent qu'elles reçoivent des gens qui éprouvent de plus grandes difficultés psychiques, psychologiques ou émotionnelles, plus qu'auparavant. Ça devient un problème au niveau des ressources disponibles. Le personnel, parfois, la capacité du personnel, la formation adéquate, on rencontre des problèmes que l'on ne connaissait pas auparavant."

Un coordinateur d'une ressource communautaire

Il reste que le développement du secteur communautaire revitalise l'opposition, même larvée, entre communautaire et institutionnel. Ce n'est pas tellement sur le terrain idéologique que l'affrontement se déroule, même si cette explication qui est la plus acceptable est encore parfois mise de l'avant—la plupart des organismes communautaires y compris les ressources alternatives sont beaucoup plus modérées dans leur antipsychiatrie et beaucoup moins "anti-médicaments" que ce qui est fréquemment soutenu—que sur le terrain des ressources monétaires. Tous reconnaissent que l'argent pour les organismes communautaires doit venir du budget libéré des hôpitaux. Pour les hôpitaux, cela veut dire une sortie d'argent. Mais pour les organismes communautaires, le budget des hôpitaux est tellement important par contre, qu'en soustraire un peu pour des acteurs qui travaillent bien, ne devrait pas être un motif de plainte.

"Moi je considère que peut-être ils (les hôpitaux) sont perdants, mais si on les compare, parce qu'on peut avoir les coûts pour le passé, ils sont encore gagnants. On commence à chercher juste un petit peu de la manne, et je me dis oui, on fait une bonne job nous aussi. On a le droit d'avoir notre part. C'est sûr qu'eux autres, ils ne sont pas contents d'en avoir moins, mais ils en ont déjà beaucoup. S'ils en reçoivent moins, c'est encore loin d'être ce que nous on va recevoir."

Un intervenant dans une ressource communautaire

Cette opposition est renforcée d'ailleurs par l'orientation de l'hôpital qui est de développer ses propres ressources. En effet, la caractéristique de la désinstitutionnalisation telle qu'opérée à l'hôpital est de favoriser les ressources intermédiaires. La désinstitutionnalisation s'est surtout opérée dans le sens d'un déplacement de la majorité des patients de la longue durée dans des ressources qui lui "appartiennent".

"Notre sortie de bénéficiaires est allée dans des ressources qui sont situées dans la communauté, mais qui pour un très grand pourcentage, appartiennent à l'hôpital."

Un directeur

Les ressources intermédiaires reçoivent pour l'hébergement leurs fonds de l'hôpital. Elles ont en 1997 presque doublé de taille et s'attendent à croître encore l'année prochaine.

La question encore débattue touche donc à "l'indépendance" des ressources intermédiaires par rapport à l'hôpital: certains se demandent si les ressources intermédiaires ne sont pas uniquement une "réplique" de l'hôpital dans le sens où le fait de recevoir le financement de cette institution donne un droit de regard au payeur sur les manières de procéder.

"Les gens du milieu hospitalier ont créé des ressources intermédiaires qui vont être le communautaire où on va faire la désinstitutionnalisation. C'est comme le désir de ne pas lâcher le bâton, le morceau complet."

Un membre du CA d'une ressource intermédiaire

C'est en effet l'hôpital qui gère l'entrée et la sortie des patients dans les ressources intermédiaires: la ressource intermédiaire n'a plus, de l'avis de certains intervenants (mais pas forcément des administrateurs) comme auparavant la possibilité de refuser le choix de l'hôpital.

"Auparavant, on siégeait sur un Comité d'admission pour les personnes qui pouvaient rentrer dans les foyers. Présentement, c'est encore le cas, sauf que la ressource n'a plus son mot à dire par rapport à ça."

Un intervenant d'une ressource intermédiaire

La désinstitutionnalisation qui implique pour bon nombre de patients dorénavant désinstitutionnalisés, un maintien de la prise en charge par l'institution, prend donc une connotation quelque peu différente de celle qu'auraient parfois voulu lui conférer certains de ses promoteurs. Il ne s'agit pas d'un simple transfert de l'hôpital vers la communauté. La désinstitutionnalisation telle qu'elle s'opère reflète plus une prise de conscience de l'hôpital de devoir adapter sa fonction à de nouveaux concepts. Il est d'ailleurs intéressant de constater que le mot "désinstitutionnalisation" suscite, aux dires de deux directeurs de l'hôpital, une irritation, puisque le terme n'est pas jugé des plus adéquats pour exprimer les changements qui se sont opérés dans l'offre de services aux personnes souffrant de troubles sévères et persistants.

## **L'hôpital**

Depuis 1995, l'hôpital subit des coupures importantes (6,5 % sur 3 ans, selon la direction des finances de l'hôpital) dont une partie vise explicitement, et pour la première fois, à pousser l'institution à fermer plus activement ses lits. Il faut toutefois noter que 1) l'hôpital

désinstitutionnalise depuis longtemps, mais au rythme qu'il s'impose au gré de la volonté des médecins de sortir des patients, et 2) que les coupures visent également à corriger ce que les planificateurs considèrent être un manque d'efficacité dans l'hôpital. Des coupures imposées depuis 1995, 10 millions sont dus à la fermeture des lits, et 7 au manque d'efficacité. Mais la RR impose également des allocations de budget: 4.2 millions pour le développement de ressources intermédiaires, 1.3 pour les traitements spécialisés et 800 000 pour développer une gamme de services plus étendue (information fournie par le directeur des finances de l'hôpital).

Dans cette période difficile, l'hôpital va préciser le rôle qu'il entend jouer dans la reconfiguration du réseau. Il mettra l'accent, avec l'élaboration d'un Plan de transformation de l'Hôpital, sur la nécessité de définir, pour l'institution, une mission qui en ferait le *leader* d'un réseau moderne de prise en charge de la maladie psychiatrique sur son territoire. Ce projet va être au centre des efforts de réorganisation de l'hôpital. Il vise clairement à conserver pour les activités qu'il compte mener dans le milieu non hospitalier, les ressources qui seront libérées par la fermeture des lits dans le secteur psychiatrique.

Centrale à l'orientation qu'a prise l'hôpital se trouve donc la question de sa place dans le réseau. L'institution, parce qu'elle se reconnaît une expertise se sent en droit d'exiger un rôle pivot dans la gestion du réseau de la santé mentale de sa région. Il y a une nette impression qu'en lui refusant ce rôle, les autorités gaspillent l'expertise de l'institution.

"Le courant politique actuellement favorise la sortie massive des capitaux des hôpitaux vers le développement de ressources qui sont carrément communautaires. On va déplacer des argents, et non des expertises. Ça, ça risque d'avoir des conséquences à mon avis. Moi j'ai une crainte."

Un directeur

Il ne faut pourtant pas négliger le fait que l'hôpital a "évolué" au cours des dernières années et qu'on lui reconnaît quand même une plus grande ouverture à de nouvelles manières de faire, c'est-à-dire qu'il est plus favorable à un suivi dans le milieu communautaire pour ses patients institutionnalisés depuis longtemps. Surtout, il y a, dans le discours mais aussi dans les actes posés, une plus grande préoccupation par rapport aux besoins des patients. Ce point doit être toutefois mis en perspective: la nécessité de sortir à tout prix les patients sous la contrainte des

coups budgétaires fait que pour certains, les besoins sont en fait moins assurés qu'ils ne l'étaient auparavant.

"J'ai l'impression qu'actuellement, on prend plus de risques qu'on en prenait avant. Avec les coupures, on prend un risque et on n'a pas le choix."

Un intervenant

C'est vraisemblablement cette combinaison de réévaluation des pratiques et de la volonté d'assurer son pouvoir (les deux objectifs) qui se combinent pour expliquer l'orientation actuelle de l'hôpital.

Afin de préparer son positionnement, l'hôpital a suivi trois grandes voies parallèles:

1. il a soutenu la direction des services de réadaptation (ressources communautaires) en la dotant d'un directeur venant de l'extérieur, connaissant extrêmement bien le réseau de la santé mentale, institutionnel et non, dynamique et capable de promouvoir au sein de l'institution cette responsabilité d'assurer des services à des patients qui allaient dorénavant être hébergés à l'extérieur
2. un effort a été entrepris au sein du groupe des médecins pour promouvoir de nouvelles manières de faire. Sous l'impulsion d'un nombre restreint de cliniciens conscients de la nécessité de développer d'autres approches, du travail a été entrepris pour s'attirer l'adhésion des collègues à ce qui allait devenir, avec la mise en œuvre du plan de transformation de l'hôpital, une réorientation majeure de l'institution. Les médecins reconnaissent toutefois qu'il aura fallu un changement de mentalité pour susciter l'adhésion des médecins au concept de la désinstitutionnalisation de la clientèle lourdement handicapée, mais que cela s'est fait tout naturellement, sans avoir à l'imposer.

"Les médecins sont mieux renseignés (sur la désinstitutionnalisation), oui, ils font partie du mouvement. Je pense qu'on ne leur impose pas. Je pense que c'est en train de se faire par changement de culture."

Un médecin

3. un effort a aussi été entrepris pour éviter tout conflit ouvert entre administrateurs et médecins. Le *modus vivendi* de la post-tutelle a été consolidé, qui, même s'il ne satisfait pas tout le monde, crée visiblement une atmosphère favorable aux menées de la transformation.



En fait, l'aspect le plus marquant de cette période est le passage d'une situation cristallisée autour d'une lutte pour le pouvoir à une situation centrée sur la coopération pour permettre à l'institution de remplir sa mission. Les rapports de force qui se sont dessinés entre les groupes les plus influents de l'hôpital, les administrateurs et les médecins, deviennent plus clairs, plus définis et finalement apparemment acceptés. D'ailleurs, le processus de rédaction de ce plan qui peut être vu comme aboutissement de la réorganisation interne de l'institution, illustre bien le nouvel équilibre qui s'est instauré. Pour les différents acteurs non-médecins, le plan de transformation de l'hôpital, est d'abord l'œuvre des médecins. Ils considèrent que ce document a été conçu pour mieux diriger et accroître le pouvoir médical non seulement sur les administrateurs, mais aussi, par la structure proposée qui réduit l'autonomie des professionnels, sur la plupart des acteurs concernés. Le plan est jugé comme ayant été conçu et imposé par les psychiatres et pour favoriser leurs intérêts.

"Et aussi, si l'hôpital s'est donné un plan de transformation, c'est pour le faire selon les vues des médecins de l'hôpital."

Un directeur

"Quand on regarde le système, le nouveau plan de transformation de l'hôpital, il y a très peu de place pour les autres (professionnels que les médecins). On est des exécutants, on est beaucoup moins autonomes professionnellement, ça c'est clair."

Un intervenant

Il est intéressant de constater ce qu'il advient des professionnels non-médecins. Ces derniers reconnaissent que la situation actuelle fait que l'on sort des patients qui ne remplissent pas tout à fait les critères de sortie, mais que ce sont les médecins et eux seuls qui prennent les décisions. Cela illustre bien un fait: les professionnels autres que les médecins et la plupart des administrateurs se sentent écartés de tout processus de décision important, quels que soient leurs compétences et leur rôle réel. Cette reconnaissance de la hiérarchie qui existe à l'hôpital est intrigante: les professionnels sont formés pour agir indépendamment, mais dépendent pour leurs tâches de l'aval ou des ordres des médecins, ce qu'ils acceptent en dépit des quelques frustrations que cela cause. Et pourtant, il est clair que les transformations que vit l'hôpital représentent une perte d'autonomie professionnelle: les médecins dictent aux professionnels comment ils doivent s'organiser, quels services ils doivent rendre (par exemple, prévoir pour les patients des thérapies de groupe plutôt qu'individuelles, même si de l'avis des psychologues, un tel choix est peu pertinent), qui parmi les patients, préparer pour un congé, etc.

Finalement, il faut noter la faible présence d'un autre acteur qui pourtant aurait pu prendre plus de place: les syndicats. Ces derniers adoptent une attitude un peu médusée en soutenant que la désinstitutionnalisation est un phénomène mondial et que ce n'est pas eux qui vont pouvoir l'empêcher de se réaliser.

"C'est (la désinstitutionnalisation) un phénomène mondial. Donc, qu'est-ce qu'un petit syndicat peut faire dans tout ça ? De la représentation, participer dans différents comités, d'aménager si on veut, mais c'est comme un gros tank qui s'en va par en avant. Malheureusement, on n'a pas confiance de pouvoir changer quelque chose là-dedans."

Un représentant syndical

Pourtant, les coupures affectent considérablement le nombre de postes de l'hôpital, ce qui devrait mener les syndicats à être peut-être plus actifs, plus revendicateurs. Ils sont cependant très conscients du fait que les consultations faites avec eux sur la réorganisation de leur institution sont de pure forme et que dans les faits, ils ne peuvent influencer les décisions.

"Ils (les médecins) discutent avec nous quand la décision est prise. C'est jusqu'à maintenant, ce qu'on a pu constater dans différents comités auxquels je participe comme représentant syndical, que ce soit les Comités de concertation sur les budgets ou bien les idées concernant la réduction du budget. C'est toujours des décisions prises. On a toujours le sentiment d'être consultés pour la forme. On sait déjà que les décisions sont prises"

Un représentant syndical

#### *2.3.4.2 Archétype de la post-tutelle: un équilibre retrouvé*

Les années qui suivirent la deuxième tutelle coïncident avec une réorganisation importante non seulement du réseau mais également de l'hôpital. Le fait plus marquant est sans doute qu'un certain *modus vivendi* semble s'être enfin établi autour d'une structure et que cela satisfait bon nombre d'aspirations (Tableau II.III).

Tableau II.III: archétype de la post 2<sup>ème</sup> tutelle

<b>Schémas interprétatifs</b>			
	<b>réseau</b>	<b>hôpital</b>	<b>milieux communautaires</b>
Domaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion du réseau dans un contexte de décroissance budgétaire</li> <li>Promotion d'un rôle central à l'hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion de la décroissance budgétaire</li> <li>Promotion d'un rôle central pour l'hôpital dans un réseau rénové</li> <li>Développement de services dans la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repositionnement grâce aux contraintes budgétaires sur le réseau</li> <li>Acceptation d'un rôle central pour l'hôpital</li> </ul>
Principes d'organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le MSSS oriente</li> <li>La RR appuie la restructuration</li> <li>L'hôpital maintient son rôle de leader en psychiatrie dans la sous-région</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Allocation des ressources internes contrôlées par la RR</li> <li>Actions proactives pour le maintien d'un rôle de leader</li> <li>Consensus sur la répartition des pouvoirs, en faveur des médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation active aux instances impliquées dans restructuration du réseau</li> <li>Offre de services diversifiés à une clientèle diverse</li> <li>Prépondérance des RI</li> </ul>
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respect de chaque groupe concerné</li> <li>Imputabilité des organismes financés à partir de fonds publics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respects des intérêts des médecins</li> <li>Satisfaction des demandes des planificateurs par rapport à la réorientation de l'institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imputabilité face au payeur</li> <li>Satisfaction des clients</li> <li>Pour les RI: satisfaction de l'agent payeur: l'hôpital</li> </ul>
<b>Configuration organisationnel</b>			
	<b>réseau</b>	<b>hôpital</b>	<b>milieux communautaires</b>
Structure des rôles et des responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSSS: leader "moral"</li> <li>RR: garant de l'accomplissement des objectifs du réseau</li> <li>Hôpital autonomie reconnue pour gérer les objectifs explicites de la RR</li> <li>Réseau communautaire: offre alternative de services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RR: garant de l'accomplissement des objectifs</li> <li>Hôpital: autonomie pour le développement des services dans la communauté</li> <li>Gestion interne: responsabilité accrue reconnue aux médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSSS: leader "moral"</li> <li>RR: garant de l'accomplissement des objectifs du réseau</li> <li>Hôpital autonomie reconnue pour gérer les objectifs explicites de la RR</li> <li>Réseau communautaire: offre alternative de services</li> <li>Rôle de plus en plus important pour les RI pour la population désinstitutionnalisée</li> </ul>
Mécanismes de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau ultime: le CA de la RR</li> <li>Gestions internes des organismes: autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aval de la RR nécessaire à toute grande réallocation</li> <li>Gestion interne: prépondérance des médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation: autonomie relative, la récurrence des budgets n'étant pas assurée</li> </ul>
Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution des postes</li> <li>Repourvoirement: dépendant des contraintes administratives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvoir limité de l'hôpital sur l'engagement des médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liberté d'engagement (sous couvert des fonds disponibles)</li> </ul>
Acquisition des ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les fonds en santé mentale proviennent essentiellement de la RR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hôpital: budget global sur une base historique, ajusté pour la performance et les objectifs en terme de lits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépendance de la RR pour l'obtention de fonds dont la récurrence est incertaine</li> </ul>

### 2.3.4.3 *Le leadership*

L'avis de la Cour supérieure trace clairement les limites auxquelles doivent se soumettre les autorités. Les hôpitaux ont des privilèges dans la conduite de leur mission, et parmi les privilèges, leur est reconnue une certaine autonomie. Ce jugement, dans une perspective de réseau, renforce considérablement la place de l'hôpital qui, en tant que principal bénéficiaire des fonds alloués à la santé mentale, s'accapare inmanquablement un rôle majeur dans la restructuration du réseau, et donc dans la désinstitutionnalisation.

Pour les planificateurs, cela sous-entend que la démarche entreprise pour rallier l'hôpital à leur conception du réseau, devait être changée. Il n'était pas possible d'imposer des directives à un organisme somme toute assez autonome. La post-tutelle se trouve donc dans une situation où les stratégies menant au *leadership* doivent être repensées. C'est dans cette nouvelle donne que se forme le nouvel archétype.

La réforme et les coupures budgétaires imposées au niveau gouvernemental allaient arriver au bon moment, juste après que la situation clinico-administrative se soit stabilisée dans l'établissement, et après qu'un bilan de la désinstitutionnalisation ait été effectué par la RR. Avec la possibilité de réduire les sommes allouées et d'avoir un droit de regard sur les allocations internes, la RR se dotait d'instruments convaincants pour imposer sa politique à l'hôpital.

L'hôpital pendant ce temps trouva l'équilibre qu'il recherchait depuis si longtemps. L'arrivée d'un nouveau directeur général, un médecin, grand conciliateur, conscient de la nécessité de laisser une place plus importante aux médecins dans la gestion de l'établissement, allait profondément transformer la structure organisationnelle.

En effet, dans ces années de post-tutelle, une nouvelle structure s'imposa qui fit une large place aux médecins. Ceux-ci se voyaient reconnaître leur expertise et leur mot à dire face aux transformations que pouvait connaître l'hôpital. Les administrateurs, résignés à ce fait, allaient dès

lors composer deux grandes catégories: la première, formée de gestionnaires qui géraient avec les médecins l'établissement, son orientation, son devenir, et la deuxième, formée de gestionnaires dont la tâche était plus proche de la gestion quotidienne de l'établissement.

C'est dans cet état d'esprit que s'est trouvé l'hôpital lors de l'arrivée des grandes coupures: moins de confrontations internes, une redistribution du pouvoir qui, même si elle ne répondait pas aux aspirations de tous les groupes de la manière la plus satisfaisante possible, était quand même tout à fait acceptable par les différents acteurs, ce qui devait permettre à l'institution de poursuivre ses activités.

Pour l'hôpital, les coupures étaient certainement une menace. La RR avait en mains les incitatifs nécessaires pour orienter l'établissement et donc pour modifier le rapport de force qui existait à l'intérieur du réseau. Afin de maintenir sa position dominante, l'hôpital décida d'opérer un vaste travail de réflexion sur son devenir. Cet effort considérable aboutit sous la forme d'un plan de transformation ambitieux dans lequel, sous l'impulsion de l'institution, une nouvelle modalité d'offre de services allait pouvoir être implantée. Le point fort de ce document était que ses idées maîtresses allaient dans le sens des revendications explicites des planificateurs: réduction de la taille de l'hôpital et développement des ressources dans la communauté.

L'élaboration de ce plan fut essentiellement du ressort des médecins. Un exercice intéressant de légitimation s'est par la suite effectué sous forme de présentations et consultations à différents groupes d'acteurs en santé mentale. Cette recherche de légitimation débuta tout d'abord auprès des médecins eux-mêmes, puis des autres groupes de l'hôpital pour finalement aboutir dans l'extra-hospitalier.

Au niveau interne, le dynamisme du médecin en charge du développement des activités dans le milieu communautaire allié à celui du directeur des ressources communautaires, une personne de l'extérieure, qui avait une connaissance remarquable du fonctionnement de l'ensemble du réseau, allait être déterminant. Certes, le contexte était favorable avec la menace que faisaient planer les coupures sur le devenir de l'hôpital (et donc le rôle central des médecins), et le besoin de s'assurer

ce qui avait été si difficile à obtenir: une reconnaissance de l'importance des médecins dans les activités de gestion de l'hôpital. Mais on ne peut négliger les efforts personnels faits sous diverses formes, comme par l'entremise de séminaires, de retraites, de journal club, etc., tout un arsenal interne visant avant tout les médecins, pour amener à une certaine cohésion autour de l'idée d'une transformation majeure.

Quant aux autres groupes, il est intéressant de voir à quel point le fatalisme allait prédominer. Les syndicats étaient conscients de l'inéluctabilité de la transformation, et reconnaissaient qu'il valait mieux l'organiser de l'intérieur. Les autres groupes professionnels se soumettaient volontiers au *leadership* médical, ce dernier signifiant *leadership* conservé pour l'hôpital, et donc le maintien de leur statut.

Quant aux organismes communautaires, ils se trouvent dans une situation un peu ambiguë, mais dont ils ne se plaignent pas trop. Ils assistent d'une part à un mouvement de patients vers la communauté, ce qu'ils ont toujours soutenu. Et même si ce mouvement se fait en grande partie vers des ressources qui ne sont pas les leurs, ressources intermédiaires exceptées, ce mouvement est d'une ampleur suffisante pour ne pas permettre qu'il soit négligé. Certes, les organismes communautaires auraient voulu plus d'indépendance, plus de visibilité, plus de ressources, mais ils reconnaissent qu'ils sont plus écoutés, qu'ils ont plus d'argent, qu'ils ont du travail. Le plan de transformation représente par conséquent pour eux un pas dans la bonne direction.

Finalement, on peut considérer que la désinstitutionnalisation devient en elle-même une stratégie de pouvoir. Avant 1995, elle n'était pas tant au centre des préoccupations de l'hôpital, même si elle se poursuivait au rythme que l'institution voulait lui donner. Le peu d'intérêt de l'hôpital pour ce qui se faisait ailleurs, la peur de perdre les patients, et l'insuffisance de ressources pour développer une alternative à l'institutionnalisation, auxquels on peut rajouter le fait que les hôpitaux avaient été rénovés, expliquent pourquoi l'accent était mis sur d'autres priorités. Dans la situation difficile qu'a connue l'hôpital et le réseau ces dernières années, la désinstitutionnalisation est quant même devenue un prétexte pour les planificateurs pour forcer l'hôpital à se réformer.

Mais elle est peut-être aussi devenue un outil fort bien manié dans la main des médecins pour contrecarrer toute tentative de leur dénier le contrôle de la transformation.

#### 2.3.4.4 Conséquences pour l'archétype

##### Conséquences symboliques

Un des aspects les plus marquants de l'évolution du réseau de la santé mentale au cours des dernières années peut se décrire par la distance qui existe entre l'organisation actuelle et celle que les planificateurs ont tenté d'imposer avec les divers moyens qui étaient à leur disposition.

Clairement, pour le MSSS puis la RR, la volonté de reconfigurer le réseau répondait à un désir de voir s'implanter un système plus ouvert dans lequel les partenariats s'établiraient non seulement entre les acteurs ayant le plus d'affinités naturelles, comme l'hôpital et les ressources intermédiaires, mais aussi entre tous les intervenants. Cette image un peu "utopique" d'une organisation cadrerait bien avec la compréhension de ce qui devait être développé en termes de services à offrir en santé mentale. De manière concrète, cela supposait un rééquilibrage entre l'hôpital et les autres ressources. La réforme ne visait pas seulement à fermer des lits. Elle visait à repenser la structure de l'offre des soins pour les patients les plus malades et à l'amener à être moins centrée sur l'hôpital qu'elle ne l'était jusque là.

L'organisation actuelle par contre, voit le voeu d'une diminution du poids de l'institutionnalisation satisfait, mais au détriment d'un plus grand partenariat. L'hôpital en se stabilisant, en prenant les devants puis en adoptant une stratégie de légitimation auprès des divers acteurs concernés, a réussi à conserver sa place prépondérante. Pour ce faire, il a pris lui-même les rênes de sa transformation, en faisant siens des critères explicites de la réorganisation, critères qui se rapportaient en grande partie à la diminution de sa taille. La structure qui découle est peut-être d'apparence moins centrée sur l'hôpital au sens physique du terme, mais reste fortement centrée sur le médical. Le *leadership* hospitalier reste donc dominant.

### Conséquences substantives

Le système qui se met en place repositionne les services psychiatriques. Il est vrai que la plus grande partie des activités des médecins de l'hôpital se déroulait déjà, avant 1995, dans la communauté. Mais avec le plan de transformation et la réduction substantielle des lits prévue accompagnée d'un fort développement des services extra-hospitaliers, c'est également l'allocation des ressources entre les services internes et externes qui reflétera la part prédominante prise par les services offerts par l'hôpital dans la communauté.

La réduction fort importante du nombre de lits prévue dans le plan de transformation fait appel au développement de ressources aptes à prendre en charge des patients souffrant de troubles sévères, et qui par conséquent nécessitent tout particulièrement une continuité dans le suivi médical. Tel est apparemment le cas des ressources intermédiaires, développées ou soutenues par l'hôpital, et dont on peut supposer qu'elles vont être, pour les patients les plus malades, celles qui prédomineront pendant encore quelques années.

La position de l'hôpital semble renforcée grâce à la décision qu'il a prise de mener un plan ambitieux de réduction du nombre de lits, qui répond aux attentes et aux exigences de son environnement: le plan prévoit un hôpital de 408 lits, alors que le 1er janvier 1997 il s'établissait encore à 926. En répondant aux demandes explicites de ceux qui parfois le considéraient comme un obstacle au développement d'une prise en charge la maladie mentale plus conforme aux connaissances, il s'est assuré la possibilité de conserver une part prédominante dans l'allocation des ressources attribuées en santé mentale, et de ce fait, a vraisemblablement renforcé son rôle de *leader* dans le réseau.

### Conséquences politiques

Les conséquences politiques sont élégamment illustrées par le fossé qui s'est creusé entre l'archétype de 1989 et celui existant actuellement. Clairement, 1989 portait en soi l'espoir d'une



répartition du pouvoir sur l'ensemble des acteurs. L'année 1997 voit plus de ressources et plus d'écoute portées aux ressources communautaires, mais leur poids réel n'en est cependant qu'apparent, tout au moins lorsque les budgets sont comparés. L'hôpital, et par lui les médecins, sont ceux qui en fin de compte ont été les grands bénéficiaires de la restructuration qui s'est opérée au cours de cette décennie.

## **2.4 DISCUSSION OU DE L'INTERET DE CONNAITRE LE CHINOIS**

### **2.4.1 Une perspective organisationnelle descriptive sur une résolution d'une crise**

#### *2.4.1.1 Des enjeux complexes*

La désinstitutionnalisation ou plus particulièrement la réduction de la taille des hôpitaux psychiatriques, est devenue inéluctable. Ce qui allait de soi voilà 30 ans, le confinement des patients atteints de troubles mentaux graves et persistants dans des institutions, en général à l'écart de la communauté, peut de moins en moins se justifier. La conjonction de raisons dites "humanitaires" (les droits des patients mentaux à une intégration sociale, en dehors d'une institution encore trop marquée par son passé asilaire), cliniques (avec l'avènement de produits plus efficaces qui permettent, à défaut de guérir, d'atténuer considérablement la symptomatologie) et économiques (la recherche de plus de rationalité dans le système de santé, et donc d'interventions ayant un ratio coût/efficacité avantageux) a inexorablement conduit à faire de la désinstitutionnalisation une orientation majeure de la psychiatrie à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle.

La désinstitutionnalisation (et son pendant, la non-institutionnalisation) accompagnent un changement important dans l'organisation des soins pour les malades souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. En passant d'une vision avant tout médicale, centrée sur le confinement à l'hôpital, à une vision plus axée sur la réadaptation psycho-sociale [Bachrach, 1992], basée sur la collaboration d'approches fort diverses, médicale et autres, le réseau de la santé mentale vit une réorganisation majeure dont les impacts n'épargnent aucun acteur concerné.

Le réseau, les institutions, les groupes d'acteurs et les individus sont tous affectés par les restructurations que connaissent les services de santé mentale.

A un premier niveau se trouve requestionnée la responsabilité de l'Etat. En transférant une partie des responsabilités de soins médicaux du milieu hospitalier à un milieu qui comporte entre autres des organismes non institutionnels, et donc plus autonomes vis-à-vis des directives du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Etat promoteur de la désinstitutionnalisation s'est décidé à revoir sa philosophie des soins de santé [Freedman et Moran, 1984].

Dorénavant, les organismes communautaires et les institutions jusqu'alors passablement protégées d'une concurrence, se trouvent incités à entrer dans le jeu de la compétition pour des ressources par ailleurs relativement rares. Cette compétition ne s'opère plus uniquement entre organismes communautaires, mais aussi entre hôpital et secteur non hospitalier.

La prédominance de l'hôpital psychiatrique, son rôle largement reconnu de *leader*, sont à risque d'être remis en cause, ne serait-ce que par une conception idéologique qui pourrait imprégner les sous-entendus de la désinstitutionnalisation, et qui voit dans le retrait de l'Etat et le transfert de ses responsabilités au secteur non lucratif ou privé, la solution aux maux de l'Etat-providence [Shortell, 1988]. L'hôpital soucieux de conserver sa place dans le champ de la maladie mentale grave, ne peut plus ignorer les approches communautaires dont la popularité (du moins, chez les planificateurs) et le financement croissent au détriment du secteur hospitalier. L'hôpital, soucieux de conserver son *leadership* en psychiatrie, ne peut par conséquent que se redéfinir en s'imposant un changement organisationnel important qui tienne compte des nouvelles exigences de son environnement. Nombre d'actions qu'il entreprend peuvent donc être interprétées comme découlant d'une stratégie mise en œuvre pour défendre, conserver ou accroître son indépendance et assurer de ce fait la poursuite de son *leadership* dans le champ de la santé mentale [Bachrach, 1985].

A un impact attendu sur une redéfinition des rapports entre organismes, institutionnels et non institutionnels, s'ajoute un impact attendu sur l'équilibre des rapports de forces existant entre les

différents groupes professionnels. En effet, la réduction du nombre de lits fait particulièrement appel à des compétences et à de l'expertise non médicales. La désinstitutionnalisation légitime explicitement un rapport plus égalitaire entre professionnels qui trouvent dans le mouvement, une opportunité pour faire valoir leur savoir-faire et leurs connaissances et ainsi une occasion pour tenter d'étendre leur territoire de pratique [Greenwood et Lachman, 1996]. Or, toute menace à la position dominante du savoir médical est source de déséquilibre [Hamel et Prahalad, 1994; MacFarlane et al., 1997; Skelton-Green, 1997; Holley et al., 1998].

Paradoxalement, face à l'affirmation des compétences des groupes professionnels, s'oppose, à travers la formulation de normes et de règlements, une tendance à plus contrôler les activités des professionnels, à réguler ou rationaliser leur prétention à la connaissance spécialisée et à l'exercice de leurs habiletés spécifiques [Casey, 1995]. Cette orientation incite également à des luttes de pouvoir pour la conservation de privilèges menacés [Crozier, 1964].

Aussi, la compétition attendue d'une restructuration importante comme celle induite par la désinstitutionnalisation, entre professionnels ne devrait pas se résumer au champ clinico-social. Une transformation majeure dans un hôpital se répercute également dans les rapports existant entre médecins et administrateurs [Denis et al., 1995]. Ces deux groupes dominants de la bureaucratie professionnelle que sont les hôpitaux, vont en effet se trouver en compétition pour la gestion de l'orientation de la restructuration.

Finalement, on doit mentionner les impacts individuels de la désinstitutionnalisation sur le bien-être des patients mais aussi celui des professionnels. La fermeture de lits représente une perte d'emploi. Dans le champ psychiatrique, les possibilités de réinsertion du personnel dans les activités dorénavant offertes à l'externe se voient compliquées du fait que les organismes communautaires restent réticents à employer des individus formés dans le milieu institutionnel. Le développement par l'hôpital de ressources externes avec transfert de son personnel (par ailleurs, pas toujours aisé) reste la voie principale pour éviter les licenciements massifs. Dans ce sens, la désinstitutionnalisation affecte non seulement les patients, mais aussi le personnel.

C'est donc à plusieurs niveaux que les répercussions de la désinstitutionnalisation sont attendues.

La désinstitutionnalisation devrait en effet affecter:

- le rôle et la responsabilité de l'Etat
- le rapport entre organismes oeuvrant en santé mentale
- le rapport entre professionnels pour la gestion des cas dorénavant suivis dans la communauté
- les rapports entre médecins et administrateurs pour la gestion de la réorganisation de leur institution
- le bien-être individuel des professionnels, en raison des menaces de licenciements ou des difficultés associées à une réinsertion professionnelle
- le bien-être des patients, ceux-ci étant évidemment les personnes qui devraient le plus bénéficier de l'objectif de fermeture de lits.

On peut donc s'attendre à ce que la désinstitutionnalisation serve de révélateur à la dynamique complexe, mue par les intérêts divers de ses acteurs (personnels, éthiques et professionnels), qui sous-tend le fonctionnement d'une structure comme celle du réseau de la santé mentale. C'est à mieux comprendre cette dynamique que s'est intéressé le volet organisationnel de cette étude.

#### 2.4.1.2 Un cadre d'analyse

Les changements organisationnels ont été étudiés à travers l'évolution *d'archétypes* qui sont une description de l'organisation faite à partir de deux composantes majeures: sa *structure* d'une part, et, d'autre part, ce qui la sous-tend, les idées, les valeurs et les croyances, ou *schèmes interprétatifs* dominants [Hinings et Greenwood, 1988]. Cette approche repose sur une hypothèse implicite: la cohérence entre ces deux composantes est essentielle pour assurer le statu quo. Lorsqu'un découplage survient entre elles, l'organisation se trouve en déséquilibre. Cela la conduit à rechercher une nouvelle structure en phase avec les schèmes dominants.

Le passage d'un archétype à l'autre découle de forces tant internes qu'externes à l'organisation, qui vont soit modifier les valeurs ou croyances des groupes dominants, soit modifier les rapports de

forces et ainsi supplanter les valeurs auparavant dominantes par celles des groupes nouvellement dominants. Une nouvelle interprétation est alors faite de l'environnement à partir de nouvelles contraintes inhérentes au contexte de l'organisation, à partir des valeurs et des intérêts propres aux acteurs, des rapports de pouvoir et de la capacité d'induire le changement. Elle conduira la structure à s'adapter au nouveau schème de pensée dominant et sera ainsi le moteur du changement dans l'organisation.

Afin de saisir cette évolution, les aspects suivants ont été considérés:

- le temps avec ses phases charnières, en l'occurrence 1989, la 2ème tutelle et la période actuelle. Chaque période charnière représente un archétype
- la structure et les schèmes de pensée des principaux groupes d'acteurs concernés, vus à travers une perspective holistique qui tient compte des quatre champs fondamentaux qui permettent de saisir une action [McWhinney et al., 1993; Contandriopoulos et Souteyrand. 1996, Skelton-Green, 1997]: la structure (ou les ressources à disposition); les connaissances (ou la compréhension des phénomènes et de l'environnement); les intentions des acteurs (explicites et, dans la mesure du possible, implicites) et les actions réalisées (ou modalités opérationnelles). Ces composantes sont étudiées par rapport au réseau de santé mentale et par rapport à l'hôpital psychiatrique
- le *leadership* ou la capacité de rallier les autres groupes d'acteurs, qui conduit le réseau de santé mentale et l'hôpital psychiatrique à passer d'un archétype à un autre
- le rôle de la désinstitutionnalisation dans le changement organisationnel.

#### *2.4.1.3 L'histoire résumée d'une résolution d'une crise ou d'une restructuration*

L'histoire organisationnelle récente de l'hôpital psychiatrique ainsi que celle qui lui est intimement liée, du réseau de santé mentale du territoire qu'il dessert, peut se résumer comme l'histoire d'une crise douloureuse qui aura nécessité quelques années d'instabilité pour trouver un

équilibre et un certain apaisement. Cette évolution est aisément mise en évidence à partir des caractéristiques qui différencient les trois archétypes décrits dans cette étude.

**La période pré-tutelle** peut être caractérisée comme une période d'éclatement. Deux grands archétypes incompatibles se côtoient, sans se rejoindre: celui des planificateurs et des organismes communautaires d'une part, ces deux groupes ayant une conception du réseau assez peu divergente, et celui de l'hôpital d'autre part.

Cette période qui débute avec la publication de la "Politique de santé mentale" du ministère de la Santé et des Services sociaux, est marquée par une volonté manifeste des planificateurs de reconsidérer la place de la psychiatrie dans un cadre plus large des services à apporter aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.

Une vision d'un réseau qui intègre des prestataires de services qui couvrent la vaste palette idéologique du champ de la santé mentale, se met en place avec l'avènement des PROS. Une ouverture à des modes de prise en charge autres qu'exclusivement médicale se fait manifester.

L'élément moteur de cette rénovation est le nouvel esprit dans lequel le réseau de santé mentale est sensé évoluer. Cet esprit, prôné par le MSSS, repose sur la conviction que les fondements du renouveau, les droits des patients, leur intégration dans la société, ne peuvent que susciter une large adhésion et donc une collaboration de tous les secteurs concernés. C'est le bon vouloir des acteurs qui prime, et non la coercition. Une telle attitude est cohérente avec un des éléments idéologiques à la base de la désinstitutionnalisation: la *responsabilisation* de tous, autant des patients dont on cherche à exploiter les habiletés subsistantes, que des professionnels qui, dans leurs tâches de répondre aux besoins, parfois imprévisibles, de patients vivant désormais dans un milieu moins sécurisant, celui de la communauté, devront faire preuve de plus d'initiatives. Les bénéficiaires ne peuvent plus prétendre à une hospitalisation à long terme ou à une prise en charge de leurs activités par un tiers. Le personnel ne peut plus s'isoler dans une routine qui balise de façon fort normative ses activités.

On s'attend à ce que tous les organismes agissent, conscients de participer à une noble vocation. Chacun doit contribuer à atteindre un objectif éminemment louable: permettre aux personnes souffrant de maladie mentale grave, autant que faire se peut, d'intégrer la société. L'autonomie concédée aux organismes et institutions est inhérente aux fondements avancés à cette époque pour justifier la désinstitutionnalisation, parce qu'elle reflète la confiance en un fonctionnement qui repose sur la responsabilité de chacun face à un objectif commun.

Les organismes communautaires, parce qu'ils font la promotion d'une telle approche, ne pouvaient bien entendu qu'offrir un accueil favorable à ces changements, d'autant plus qu'ils se voyaient enfin reconnaître un rôle de partenaire au même titre que les organismes institutionnels.

La vision qu'avait l'hôpital de la prise en charge de la maladie mentale sévère était par contre quelque peu divergente. Alors que pour les planificateurs et les organismes communautaires, un rapport plus égalitaire entre les divers intervenants oeuvrant dans le champ de la santé mentale devait ressortir de la reconfiguration du réseau, pour l'hôpital, la question ne se posait pas. Le rôle de *leader* de l'institution semblait évident, l'expertise en psychiatrie pour les cas les plus malades étant essentiellement concentrée à l'intérieur des murs de l'hôpital. Rien ne justifiait une remise en cause des rapports entre organismes, d'autant plus qu'aucun incitatif efficace, entendez financier, n'était imposé par ceux qui, favorables à la promotion d'un réseau renouvelé, c'est-à-dire le ministère, avaient pourtant le pouvoir de l'ordonner.

La désinstitutionnalisation illustre d'ailleurs bien cette situation: rien ne justifiait de modifier le processus de diminution de lits, qui s'opérait dans l'hôpital, puisque ce processus était géré par les médecins qui avaient et l'expertise nécessaire et une préoccupation pour le bien-être de leurs patients. La légitimation du maintien du contrôle médical ne pouvait être remise en question.

Cette attitude était par ailleurs confortée par la structure interne qui ne favorisait pas un changement. Les luttes acrimonieuses et intenses qui existaient à ce moment entre les deux groupes les plus influents de l'hôpital, les administrateurs et les médecins, chacun persuadé

d'avoir les compétences requises pour gérer l'orientation de l'hôpital, et d'où ne pouvait émerger aucun individu capable de rallier l'ensemble des acteurs influents à un changement, incitaient à un certain immobilisme.

Cette période pré-2<sup>ème</sup> tutelle s'achève donc avec la coexistence de plusieurs schèmes interprétatifs et structures (planificateurs/hôpital; administrateurs/médecins) qui, parce qu'ils ont chacun des prétentions à une globalité qui ne laisse pas de place à une alternative, sont par définition inconciliables. Un déséquilibre devait inexorablement s'en suivre, qui allait conduire à une restructuration du réseau ainsi que de l'hôpital.

Cette restructuration va être initiée par la 2<sup>ème</sup> tutelle qui caractérise la **deuxième période-clé**. Cette deuxième tutelle, justifiée explicitement par l'incapacité de la direction de l'hôpital à gérer son institution en raison du conflit entre administrateurs et médecins, est imposée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle vise formellement à redonner à l'hôpital une structure qui lui permette de prendre les décisions stratégiques nécessaires pour pouvoir remplir sa mission. Mais elle vise peut-être aussi à uniformiser une certaine conception du réseau de la santé mentale par la suppression radicale des velléités d'autonomie de certains de ses acteurs. Elle contribue donc à l'atteinte d'un objectif premier: asseoir la perspective renouvelée d'un réseau de santé mentale conforme aux aspirations du ministère.

La tutelle représente l'approche la plus directe pour imposer un changement. En octroyant les pleins pouvoirs au représentant du ministre, elle donne la possibilité de réprimer toute dissidence potentielle, non seulement de la part du groupe professionnel le plus puissant, les médecins, mais aussi de la part de l'organisme le plus important: l'hôpital psychiatrique.

Cette deuxième période-clé se caractérise donc par la présence d'un archétype apparemment stable, puisque ses schèmes interprétatifs sont réduits aux schèmes influents d'un seul groupe, celui des planificateurs qui se sont donnés les moyens d'imposer un changement dans la structure du réseau de santé mentale.



Cette stabilité n'était cependant qu'apparente. La tutelle ne pouvait être en effet que transitoire. Elle visait, explicitement tout au moins, à rétablir les conditions nécessaires pour permettre aux administrateurs de l'hôpital d'assumer leur rôle de gestionnaires et d'imposer les réorientations attendues par le ministère. Une fois les capacités de fonctionnement de l'établissement assurées, elle devait s'achever. Les mécanismes de gestion d'un hôpital définis par le législateur, allaient devoir être rétablis. Un autre schème interprétatif pouvait alors rapidement s'imposer et conduire à l'imposition d'une structure en phase avec ce schème dominant.

Cependant, le temps fort limité imparti à une tutelle, par ailleurs bien occupée par les problèmes urgents à résoudre et les entraves à l'adaptation de la structure de l'institution à son environnement, ne laissaient pas beaucoup d'espace pour concevoir un rôle plus intégré de l'hôpital dans un réseau élargi à tous les intervenants en santé mentale. L'hôpital restait un bâtiment à part (par exemple, il n'avait pas de politique franchement active de recherche de contacts avec des organismes communautaires pour sa population souffrant de troubles sévères et persistants) qui agissait dans une large mesure toujours en marge des autres acteurs du réseau. La tutelle pouvait imposer de nouvelles structures, mais plus difficilement de nouveaux schèmes interprétatifs, puisque ceux dominants correspondaient à une autorité, la tutelle, dont la nature même était d'être transitoire. Une incertitude sur le schème qui allait dominer planait du fait que le rapport de forces (entre médecins et administrateurs et entre médecins et professionnels paramédicaux) qui s'installerait dans la post-tutelle, restait une grande inconnue. Le tuteur pouvait avoir du pouvoir, mais celui-ci ne découlant pas d'un *leadership* reconnu dans son organisation, ne pouvait être que coercitif et transitoire.

Néanmoins, la fracture qu'a exercée la tutelle pourrait avoir été salutaire. En perturbant les rapports figés entre administrateurs et médecins, elle aurait apporté ce qui probablement était nécessaire pour sortir l'institution d'une situation qui paraissait inextricable.

La **troisième période-clé** de l'étude, la période actuelle, peut en effet être décrite comme celle d'un équilibre trouvé. Les affrontements semblent s'être atténués au point où on peut enfin parler d'un système relativement intégré et stable.

Une restructuration du réseau s'est mise en place sous l'influence de nouveaux schèmes interprétatifs dominants, conduisant à une structure plus équilibrée qu'auparavant, car plus homogène.

Cet archétype s'est bâti autour d'un axe principal: la restructuration de l'hôpital qui s'engage activement vers le développement de ses activités à l'extérieur des murs de l'institution. Certes, l'activité déployée par l'hôpital pour ses patients externes était fort importante depuis des années, mais elle concernait une clientèle moins malade, moins susceptible d'être institutionnalisée. C'est donc à une percée dans un territoire encore peu occupé, que se consacre l'hôpital dans sa restructuration.

L'aspect le plus remarquable de cette tendance est l'absence de confrontation que le développement des activités de l'hôpital dans le milieu communautaire aurait pu entraîner de la part et des organismes communautaires, convaincus d'être les ressources les plus adéquates pour prendre en charge la réadaptation et la réinsertion des patients, et des planificateurs qui pourtant promeuvent une plus grande complémentarité entre tous les acteurs. L'importance des tâches à accomplir, la réduction du nombre de lits est considérable, et la petitesse relative des ressources non institutionnelles, permettent sans doute cette absence de confrontation. On ne peut en effet parler de vraie compétition alors que la demande surpasse l'offre. De plus, les organismes communautaires ont l'impression d'être plus écoutés. Ils sont donc valorisés. Mais on ne peut non plus négliger une certaine volonté d'être plus conciliants. L'affrontement aurait pu être acerbe sur un terrain idéologique, terrain sur lequel les acteurs ne se rejoignent toujours pas. Pourtant, même si une méfiance est perceptible, on note plus d'échanges, plus de recherche à comprendre, et également un certain désir d'arriver à des compromis, même si pour certains, cette tendance résulte d'un certain fatalisme plutôt que d'un accord sur le bien fondé de la situation.

Ainsi, la structure du réseau se transforme en ouvrant grandement la porte à l'institution pour développer des ressources à l'extérieur. L'emphase sur l'importance de soutenir les organismes communautaires demeure, mais ces derniers survivent avec des budgets toujours peu importants et instables. Ce qui semble être devenu important, c'est l'atteinte d'un objectif explicite central: la réduction du nombre de lits.

Le point marquant de ce processus de désinstitutionnalisation des patients les plus malades est que, bien qu'il soit conduit par des incitatifs financiers imposés à l'institution, il reste sous le contrôle de l'hôpital. Ce dernier, malgré les coupures dans son budget, bénéficie de réinvestissements pour lui permettre de développer les services qu'il juge nécessaire. Il s'est également acquis des compétences dans le développement de services dans la communauté, grâce en grande partie à l'arrivée d'un directeur des services de réadaptation venu de l'extérieur et muni de connaissances étendues sur le réseau non institutionnel. Des efforts très nets sont déployés pour apporter à l'hôpital ce qu'il n'avait pas à tellement assumer: des compétences dans la prise en charge de patients atteints de troubles sévères et persistants, et désinstitutionnalisés. Une volonté de ne pas se départir d'une clientèle, une reconnaissance de l'intérêt de promouvoir le bien-être des patients les plus malades grâce à des approches autres qu'institutionnelles et des efforts évidents pour s'adapter à un environnement autre, caractérisent désormais les schèmes interprétatifs de l'hôpital. Un maintien dans, ou un transfert vers la communauté, des patients très malades, qui prime par rapport à des obstinations idéologiques, caractérise les schèmes interprétatifs des organismes communautaires. Finalement, une offre de services de qualité à l'extérieur de l'hôpital ouverts à un plus large éventail de prestataires, à l'intérieur d'un budget en décroissance, caractérise les schèmes interprétatifs des planificateurs. Au-delà des divergences, il y a dans la finalité sujet à la coopération, à l'apaisement des affrontements.

Les conditions d'une restructuration basée en grande partie sur le développement de ressources communautaires qui sont affiliées à l'hôpital, comme les ressources intermédiaires, sur le développement des cliniques externes et de programmes comme le suivi intensif dans le milieu, sont présentes. Tant l'hôpital qui désire accroître ses activités que les planificateurs soulagés de voir les objectifs de diminution de la taille de l'institution se réaliser, que les organismes

communautaires valorisés et débordant de travail, tous s'avèrent favorables à participer à une restructuration du réseau de la santé mentale dans son ensemble.

Le deuxième élément important de la restructuration de cette dernière période<sup>o</sup> est le rôle renforcé qu'est dorénavant celui des médecins dans le contrôle de l'orientation et de l'institution et de son environnement. Alors que la réduction du nombre de lits aurait pu s'accompagner d'un renforcement du pouvoir des autres professionnels, car ceux-ci sont dorénavant plus sollicités par le degré d'expertise requis pour s'acquitter des nouvelles responsabilités découlant des objectifs de réadaptation et de réinsertion, l'information récoltée donne l'impression que l'on assiste à une certaine marginalisation des professionnels non-médecins dans les structures de prises de décision sur les grandes orientations. Les médecins à l'intérieur de l'hôpital mais aussi dans le réseau, grâce à la place centrale qu'a prise l'institution dans la restructuration du réseau de santé mentale, sont les grands bénéficiaires des réaménagements dans les rapports de forces survenus à la suite de la 2<sup>ème</sup> tutelle.

#### *2.4.1.4 D'une situation de crise à une pacification: des constats*

Le réseau et l'hôpital ont vécu 10 années de turbulences qui ont conduit à des transformations organisationnelles considérables. Surtout, l'évolution s'est faite d'un état où le déséquilibre était évident vers une situation consensuelle qui, à défaut de susciter l'enthousiasme, satisfait tout au moins les aspirations les plus essentielles de la plupart des groupes concernés. Quelques grandes constatations peuvent être faites de cette histoire:

1. En dépit de forces qui lui étaient supposément défavorables, l'hôpital a réussi à maintenir, voire à affermir, la place centrale qu'il joue et compte jouer dans le vaste réseau de santé mentale du territoire qu'il couvre. La désinstitutionnalisation telle que promue par ses plus ardents promoteurs dans les années 80, ne concevait certainement pas l'hôpital comme restant au centre d'une vaste restructuration qui comportait une réduction importante du nombre de

lits en longue durée. La désinstitutionnalisation se poursuit et même s'accélère, mais l'importance de l'hôpital n'en est pas diminuée.

2. Les organismes communautaires n'ont pas supplanté l'hôpital dans l'offre de services dans la communauté. Néanmoins, leur place s'est consolidée. Ils sont certainement de moins en moins marginalisés.
3. Malgré l'objectif visé par la désinstitutionnalisation de promouvoir une collaboration plus égalitaire entre les médecins et les autres professionnels, les premiers ont vu leur rôle renforcé, autant à l'intérieur de l'institution où leur pleine participation à la définition des grandes orientations et à la gestion stratégique n'est plus remise en cause, qu'au sein du réseau grâce à la supervision maintenue qu'ils exercent sur les patients qui auparavant auraient été institutionnalisés.
4. Le pouvoir des professionnels-cliniciens non-médecins de l'hôpital n'a que peu profité des opportunités que la désinstitutionnalisation et les incertitudes leurs offraient. Leur compétence a certainement été valorisée par les nouvelles approches promues par rapport à la prise en charge des malades, mais elle est restée confinée à la prestation de service. Une certaine résignation s'est opérée face à la répartition du pouvoir qui s'est installée dans l'institution.
5. Le groupe des administrateurs est peut-être celui qui aura subi le plus les impacts des restructurations survenues dans l'hôpital. Une distinction doit dorénavant s'opérer entre les administrateurs chargés de la gestion des activités usuelles de leur juridiction, et ceux qui participent en collaboration fort étroite avec les médecins, aux grandes orientations stratégiques.
6. La désinstitutionnalisation a pris une apparence quelque peu différente de celle souhaitée à l'origine par ses promoteurs les plus actifs. Le premier élan de la désinstitutionnalisation était lancé par une remise en cause de la pertinence d'une approche (exclusivement) médicale pour venir en aide aux patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. L'image de la prise en charge des patients après 10 années de turbulences est autre, puisqu'un rôle central est toujours dévolu à l'hôpital et aux médecins. Toutefois, une évolution remarquable doit être soulignée: le discours tant des administrateurs que des médecins montre que l'objectif d'une amélioration de la qualité de vie des malades grâce à leur réinsertion dans la communauté s'est peu à peu incorporé dans la mission que doit défendre l'hôpital. L'institution est responsable

de la mise en place des éléments permettant d'atteindre ce but ultime. C'est dans ce sentiment d'être chargé d'une lourde responsabilité qu'émerge en grande partie la justification du développement de services sous la supervision de l'hôpital et de ses médecins.

7. Finalement, force est de constater que même si l'orientation qu'a prise la désinstitutionnalisation ne correspond pas à la vision du secteur de la santé mentale rêvée par tous les acteurs, elle se poursuit et même s'accélère dans un environnement relativement favorable. La désinstitutionnalisation est l'occasion pour chacun d'apporter sa contribution. Un partenariat entre médecins et autres intervenants clairement se développe peu à peu. Les objectifs explicites de la désinstitutionnalisation, à défaut des objectifs implicites, auront au moins été remplis.

## **2.4.2 Une perspective organisationnelle analytique sur une résolution d'une crise**

### *2.4.2.1 Les concepts*

Les 10 dernières années ont été le terrain de changements radicaux qui ont affecté le réseau de santé mentale ainsi que l'hôpital, et qui transparaissent à la juxtaposition des archétypes successifs. Comment peut-on interpréter les forces qui ont conduit à ces transformations, qui ont conduit au passage d'un archétype à l'autre ?

Le modèle suivi dans ce travail soutient, tel que décrit plus haut, que les changements apportés aux archétypes existants sont induits par le fait que la structure de l'organisation ne correspond plus aux schèmes interprétatifs dominants [Hinings et Greenwood, 1988]. Les schèmes évoluent constamment sous l'influence de nouvelles informations ou d'un nouvel environnement, qui appellent à reconsidérer les manières de faire. L'inadéquation ressentie entre la structure et sa finalité conduit à proposer des solutions et par conséquent des changements. Une hypothèse est donc sous-jacente: les actions sont partiellement déterminées par les structures et les schèmes interprétatifs et elles contribuent également à les modifier [Barley et Tolbert, 1997].

Le changement d'archétype peut donc être vu comme étant le résultat d'une interprétation par les groupes dominants, d'un problème existant dans l'environnement, et qui fait appel à un besoin de changer la structure de l'organisation, perçue comme n'étant pas capable de résoudre le problème.

Or, le nombre de problèmes auxquels une organisation peut s'adresser est généralement fort important, ainsi que les propositions mises de l'avant pour les résoudre. Une réorganisation, c'est-à-dire l'implantation d'une solution, implique donc un choix parmi l'ensemble des problèmes identifiés. Chaque groupe d'acteurs concerné, parce qu'il se préoccupe pour une problématique particulière ou parce qu'il a des intérêts propres à défendre, devrait profiter des occasions qu'offre une certaine instabilité pour imposer son couple de "solution-problème".

Ne pas limiter l'analyse organisationnelle à une description de l'évolution des structures et des schèmes interprétatifs, en l'étoffant grâce à la recherche de facteurs qui probablement ont contribué au choix du couple "solution-problème" sélectionné, permet de mieux saisir les options qui dans les faits peuvent être envisagées ainsi que l'évolution des rapports de forces entre des groupes d'acteurs tous désireux d'imposer leur propre couple. Cela devrait conduire à mieux interpréter le cheminement suivi par l'organisation. Cette perspective dite du *garbage can* amène à ne plus percevoir la prise de décision comme visant à résoudre un problème, mais bien comme découlant d'une définition d'un ou de problème(s) qui se fait dans un contexte de choix [Kingdon, 1984; Cohen et March, 1986].

Ci-dessous seront abordés successivement les couples problème-solution implantés avec l'avènement des deux archétypes suivants, la 2<sup>ème</sup> tutelle et la post-2<sup>ème</sup> tutelle, puis la question des facteurs favorisant et la question du leadership qui pourraient avoir contribué au choix des couples problème-solution implantés.

### 2.4.2.2 Des problèmes certes, mais aussi des solutions

Le Tableau II.IV présente les problèmes soulevés par les restructurations qu'ont connues et le réseau et l'hôpital au cours des deux périodes-clé, la tutelle et la situation stabilisée de la post-tutelle.

**Tableau II.IV: les couples problème-solution des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> archétypes**

	PROBLEMES	SOLUTION
2ème tutelle: <u>hôpital</u>	paralysie de la gestion de l'hôpital, due à conflit entre administrateurs et médecins; désinstitutionnalisation clientèles non psychiatriques (déficients intellectuels) institutionnalisés dans l'hôpital psychiatrique	nomination par le ministre d'un fondé de pouvoir chargé d'assurer la tutelle de l'hôpital; désinstitutionnalisation de la clientèle déficiente intellectuelle
2ème tutelle: <u>réseau</u>	coexistence de 2 grands archétypes incompatibles (1 pour le réseau et 1 pour l'hôpital)	suppression de l'autonomie administrative de l'hôpital et prise en charge de sa gestion par un représentant du MSSS
post 2ème tutelle: <u>hôpital</u>	risque de voir surgir une démedicalisation de problèmes psychiatriques; désinstitutionnalisation: inéluctable avec l'imposition de la fermeture des lits	participation active des médecins à la gestion stratégique de l'hôpital désinstitutionnalisation accélérée, mais sous contrôle des médecins
post 2ème tutelle: <u>réseau</u>	fractionnement d'un réseau peu compatible avec des objectifs de réinsertion sociale pour les personnes souffrants de troubles graves et persistants; désinstitutionnalisation: se poursuit à un rythme trop lent	reconnaissance de l'hôpital comme ayant une fonction d'assurer des services à l'extérieur pour les patients souffrant de troubles graves et persistants soutien accru aux autres organismes oeuvrant dans la communauté désinstitutionnalisation: imposition de fermeture de lits et investissements dans des programmes pour la clientèle se trouvant dans la communauté

L'objectif premier de la deuxième tutelle visait évidemment à débloquer la paralysie qui s'était installée à l'intérieur de l'hôpital suite au conflit entre administrateurs et médecins. Ce conflit qui tenait ses origines d'un sentiment au sein du corps médical de ne pas être assez partie prenante dans la gestion de l'organisation, ne se résumait évidemment pas à une simple lutte de pouvoir interne dans l'institution. Une préoccupation pour le bien-être des patients avait certainement



également contribué à attiser les tensions. L'incompréhension manifeste entre médecins et administrateurs provenait de ce que chacun était convaincu d'avoir la connaissance et l'expertise nécessaire pour mener une grosse institution à remplir ses objectifs, une problématique classique en administration hospitalière [Scott. 1982]. Cette impossibilité de se comprendre empêchait toute communication et ne permettait pas à un quelconque *leadership* de se dégager. Privé de timonier rassembleur, l'hôpital ne pouvait prendre les décisions nécessaires à son adaptation à un environnement qui, avec la Politique de santé mentale fraîchement émise, attendait d'un tel acteur-clef qu'il mette en œuvre des changements organisationnels pertinents. L'imposition d'un tuteur était une approche radicale pour susciter le changement attendu.

Par rapport à la désinstitutionnalisation, le tuteur utilisa son pouvoir pour mener à bien un ambitieux programme de transfert des patients souffrant de déficience intellectuelle à des organismes plus adaptés que l'hôpital psychiatrique pour les recevoir. La réorganisation de l'hôpital ne portait donc pas uniquement sur les modalités de gestion et de fonctionnement, mais également sur la mission de l'institution: offrir des traitements plutôt que de l'hébergement.

La deuxième tutelle avait probablement également pour but d'harmoniser un réseau en émergence. Le succès de la politique de santé mentale reposait en grande partie sur un réseau intégrateur de tous les acteurs concernés par la maladie mentale, au-delà de leurs divergences idéologiques. Que l'institution la plus importante, celle qui par sa mission était au centre des services de psychiatrie d'un territoire plus vaste que celui qui lui était attribué (et qui drainait la plus grande partie des ressources) s'isole et ne s'implique pas activement dans les transformations qui s'opéraient autour d'elle, n'était pas acceptable. Retirer à l'hôpital les mécanismes de gestion, qui lui conféraient une certaine autonomie et le placer sous une autorité qui relevait directement du ministre, c'est-à-dire du responsable de l'organisation du réseau de santé mentale, étaient une des rares options, par ailleurs radicales, qui s'offrait aux planificateurs pour tenter d'intégrer à leur vision un organisme puissant qui ne voyait pas d'intérêt, pour sa clientèle la plus malade, à fonctionner dans un nouveau rôle, celui d'un partenaire.

La période post-2<sup>ème</sup> tutelle allait résoudre la question, non résolue par la tutelle, du rapport de force entre administrateurs et médecins, résolution nécessaire pour permettre à l'hôpital d'être géré et de répondre à la mission qu'il se donnait: assurer le *leadership* dans les soins psychiatriques.

La tutelle pouvait tenter d'imposer un *leadership* à une organisation en butte à des conflits paralysants, mais ne pouvait assurer qu'à sa suite se maintienne une structure qu'elle avait imaginée, qui définissait les rapports de forces entre les groupes les plus influents de l'hôpital. Des efforts allaient inmanquablement être déployés par les groupes les plus importants de l'hôpital pour défendre leurs intérêts, asseoir leur position et ainsi tenter de faire prévaloir leur conception de l'organisation.

Le groupe qui allait sortir le plus renforcé des luttes de pouvoir allait être celui des médecins, forts de l'argument selon lequel les transformations du réseau présentaient un risque de démedicalisation d'une prise en charge pourtant éminemment psychiatrique. Nantis d'une responsabilité qui répondait à une éthique professionnelle incontournable, les médecins ne pouvaient que mettre l'accent sur les effets pervers toujours possibles des changements qui affectaient le réseau, et sur l'expertise nécessaire pour les contrer. La survie du *leadership* de l'hôpital était en jeu: les médecins devenaient indispensables au maintien du rôle de *leader* de l'hôpital, puisqu'ils détenaient l'argument-clé: face à une problématique psychiatrique dans laquelle la thérapeutique a un rôle important à jouer, l'expertise médicale est nécessaire pour assurer que les transformations se déroulent sans accroc majeurs. L'institution ne pouvait que soutenir les médecins et leur accorder ce qu'elle avait été réticente de leur concéder: une participation active à la gestion stratégique.

Mais surtout la période post-2<sup>ème</sup> tutelle allait conduire le réseau vers un certain équilibre dans lequel chacun pouvait trouver de quoi satisfaire ses intérêts. A défaut d'un consensus sur la structure qui se mettait en place, s'établissait une plus grande tolérance qu'auparavant face à l'autre. La reconnaissance par les planificateurs de l'apport des organismes communautaires à un réseau qui cherche une plus grande cohésion, a sans doute contribué à leur ouverture face au développement de services dans la communauté qu'a entrepris l'hôpital pour ses malades les plus

sévèrement atteints. Les planificateurs voient avec satisfaction leurs commandites de réduire le nombre de lits s'opérer. Et l'hôpital, s'assure le maintien du *leadership* par le non transfert des patients les plus malades à des organismes sur lesquels il a peu de contrôle. Avoir convaincu son environnement du caractère médical de la maladie mentale, même celle traitée dans la communauté, est sans doute une de ses grandes réussites stratégiques.

#### *2.4.2.3 Des causes et des effets*

Le tableau II.V présente comment s'est opéré le passage d'un archétype à l'autre, ou plus précisément, comment s'est exercé le leadership pour amener à une nouvelle structure organisationnelle.

Tableau II.V: le leadership dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> archétypes

	PROBLEMES	SOLUTION	LEADERSHIP
2ème tutelle: <u>hôpital</u>	paralysie de la gestion de l'hôpital, due à conflit entre administrateurs et médecins; désinstitutionnalisation: clientèle non psychiatriques (déficients intellectuels institutionnalisés)	nomination par le ministre d'un fondé de pouvoir chargé d'assurer la tutelle de l'hôpital; désinstitutionnalisation de la clientèle déficiente intellectuelle	exercé dans un premier temps par le ministre qui use de ses prérogatives pour imposer une tutelle, puis, dans un second temps, par le fondé de pouvoir, homme compétent, respecté comme gestionnaire et disposant d'une vision capable de susciter de l'intérêt dans l'organisation. Dispose des pleins pouvoirs
2ème tutelle: <u>réseau</u>	coexistence de 2 grands archétypes incompatibles (1 pour le réseau et 1 pour l'hôpital)	suppression de l'autonomie administrative de l'hôpital et prise en charge de sa gestion par un représentant du MSSS	exercé par le ministre qui légitime son action par le besoin de répondre aux plaintes des patients qui se prétendent les otages du conflit, ainsi que par sa responsabilité face à la mission des institutions du système de soins
post 2ème tutelle: <u>hôpital</u>	risque de voir surgir une démedicalisation de problèmes psychiatriques; désinstitutionnalisation: inéluctable avec l'imposition de la fermeture des lits	participation active des médecins à la gestion stratégique de l'hôpital désinstitutionnalisation accélérée, mais sous contrôle des médecins	exercé par les médecins dont le pouvoir est renforcé par le jugement de la Cours et par les actions de l'hôpital pour assurer son leadership, qui requièrent de mettre l'emphase sur l'approche médicale fatalisme des autres groupes
post 2ème tutelle: <u>réseau</u>	fractionnement d'un réseau peu compatible avec des objectifs de réinsertion sociale pour les personnes souffrants de troubles graves et persistants; désinstitutionnalisation: se poursuit à un rythme trop lent	reconnaissance de l'hôpital comme ayant une fonction d'assurer des services à l'extérieur pour les patients souffrant de troubles graves et persistants soutien accru aux autres organismes oeuvrant dans la communauté désinstitutionnalisation: imposition de fermeture de lits et investissements dans des programmes pour la clientèle se trouvant dans la communauté	exercé par l'hôpital: accent sur les besoins médicaux des patients médecins proposent un ambitieux Plan de transformation de l'hôpital et lancent une vaste campagne de légitimation du Plan

La deuxième tutelle est décidée par le ministre de la santé qui justifie son action par le pouvoir discrétionnaire prévu par la loi pour les cas extraordinaires mettant en danger la santé des patients. Une attitude si décidée est d'autant plus intéressante que le rôle des autorités était resté jusque là essentiellement moral, les planificateurs étant pour diverses raisons, dont des

affrontements idéologiques à l'interne qui rendaient difficile toute prise de décision, assez peu capables d'imposer une quelconque coercition.

La mise sous tutelle représente pour un hôpital un événement majeur: les mécanismes prévus par le législateur, qui confèrent une autonomie aux institutions dans l'organisation des tâches nécessaires à la poursuite de leur mission, et qui se justifient par le désir de protéger le réseau de la santé d'inférences de la part des politiciens, sont abrogés. Le ministre, par l'intermédiaire du tuteur, s'octroie les pleins pouvoirs sur l'hôpital, son organisation et sa mission.

Un tel coup pour pouvoir être réalisé nécessitait une légitimation. Le ministre devait faire reconnaître à la population (devant laquelle il répond) le bien-fondé de sa décision. Les plaintes de la part des usagers qui se sentaient pris en otages, la peur de la population face à tout problème pouvant affecter la prise en charge de malades mentaux, et une période de renouveau dans les approches de prise en charge des troubles mentaux, procuraient au ministre un terrain d'argumentation aisé à exploiter. Des problèmes qui touchaient directement l'attention de la population pouvaient facilement être identifiés: l'hôpital n'avait pas de direction claire et efficace, et les patients, jusque là assez silencieux, commençaient à se plaindre, à se manifester. Le ralliement de la population à la décision du ministre était facile à se concilier. Il suffisait d'expliquer la problématique et de mettre en évidence la vision d'un réseau plus moderne, plus humain, qui pouvait se mettre en place grâce à des fonctionnaires compétents, peu enclins à faire valoir leurs intérêts personnels. C'est donc sur cette base que s'est justifiée l'imposition de la tutelle.

A l'intérieur de l'hôpital, le leadership est bien entendu mené par le tuteur. Homme compétent, bien au fait du fonctionnement du réseau de la santé, connaisseur de la problématique de la gestion d'un hôpital psychiatrique, jouissant de la confiance du ministre avec lequel il partage la vision d'un réseau de santé mentale renouvelé, le tuteur n'avait pas à agiter ostensiblement ses attributs de fondé de pouvoir pour amener un personnel autant épuisé par les luttes internes qu'inquiet des changements majeurs qui se profilaient à l'horizon du secteur psychiatrique, à le suivre et à lui faire confiance. Même si ses actions à l'encontre du chef du département de

psychiatrie (l'imposition de sa démission) allaient lui valoir l'opposition farouche et obstinée d'un corps médical soudé et déterminé à défendre ce qu'il considérait comme relevant de sa mission, il n'en reste pas moins que les autres groupes de l'hôpital avaient peu de raisons de s'opposer à celui qui remettait dans l'organisation un ordre si désiré. En mettant d'une part l'accent sur les défauts qu'il percevait dans l'hôpital, l'absence de vision d'une mission que tous pouvaient partager, et en redéfinissant, d'autre part, les clientèles qui devaient être du ressort de la psychiatrie, c'est-à-dire domaine médical, le tuteur s'attaquait à des problématiques importantes. Dans ces actions, les autres employés étaient peu menacés et dans leur emploi, et dans le prestige associé à leur fonction. Ils voyaient de plus une occasion, dans la remise en ordre de l'hôpital, de fonctionner dans une ambiance plus propice à l'épanouissement de leurs aspirations professionnelles.

C'est donc essentiellement avec les médecins, les plus menacés dans leur pouvoir, que le ralliement ne s'est pas opéré. La situation restait donc précaire et allait inexorablement conduire à la recherche d'un nouvel équilibre, et donc à un nouvel archétype.

Des années de luttes et d'incertitudes quant à la forme que prendrait le réseau de santé mentale représentaient évidemment une menace pour certains. Mais elles offraient également une plateforme d'instabilité qui ouvrait le champ à une redéfinition des rapports de force. Profiter de ces difficultés pouvait bénéficier à ceux qui luttaient pour asseoir leur position, pour se faire reconnaître comme devant être les *leaders*. Des stratégies visant à s'attirer le ralliement nécessaire à la formalisation d'un *leadership*, et qui se nourrissaient des tensions et déséquilibres existant dans le réseau et dans l'hôpital, étaient entreprises par les acteurs, mais selon des approches bien distinctes.

A l'intérieur de l'hôpital, trois grands secteurs pouvaient être identifiés: les administrateurs, les médecins et les autres groupes professionnels.

Les professionnels non-médecins, étonnamment, n'ont pas profité comme on aurait pu s'attendre [Ramon, 1989] des perturbations pour tenter d'affermir leur position et la rendre plus compatible avec le statut d'experts indispensables, et donc bien valorisé, que la désinstitutionnalisation leur

accordait. Ils ont sensiblement adopté un profil bas, se contentant de trouver dans les changements de quoi satisfaire leurs aspirations professionnelles. Le pouvoir ne semble pas avoir été un objectif primordial dans les actions entreprises.

Les médecins par contre, allaient employer une énergie considérable à profiter des turbulences. Leur stratégie comportait deux phases. Dans la première phase, des actions étaient entreprises sur trois grands plans: s'assurer le soutien de diverses organisations d'aide aux personnes atteintes d'une maladie mentale; faire la promotion de l'expertise requise pour éviter des effets pervers possibles d'un contrôle non médical dans la prise en charge d'une problématique éminemment psychiatrique (l'approche la plus commune pour susciter une reconnaissance du pouvoir et légitimer une prédominance sociale [Bell, 1973, Derber et al., 1990; Crompton, 1990; Blacker, 1993]); et faire reconnaître l'illégalité de la mise sous tutelle de l'hôpital et le congédiement du chef du département de psychiatrie. Cette dernière action, couronnée de succès, allait être décisive. Les médecins sortaient du jugement renforcés dans leur conviction d'avoir toujours agi tel que socialement attendu. De plus, avec la réinstallation du chef du département de psychiatrie dans ses fonctions, un homme de pouvoir, opiniâtre et conscient de ses responsabilités, le corps des médecins s'assurait les conditions pour résoudre à sa satisfaction le conflit qu'il avait vécu: la participation active des médecins à la gestion de l'hôpital ne pouvait plus être évitée.

Dans la deuxième phase, les médecins développèrent des stratégies qui allaient conforter leur position dominante. Conscients des transformations importantes que vivait le réseau et auxquelles l'hôpital ne pouvait plus échapper, ils ont pris les devants en proposant et gérant la proposition d'une transformation interne qui rencontrait le double objectif 1) d'asseoir la reconnaissance par le réseau du développement d'activités de l'hôpital dans le milieu communautaire, et 2) de s'assurer que la transformation découlant de ce développement se fasse sous le contrôle des médecins.

C'est ainsi que les médecins rédigèrent un Plan de transformation de l'hôpital qui rencontrait les objectifs du ministère, mais aussi du réseau: une diminution considérable de sa taille. En proposant un plan ambitieux qui allait plus loin que ce qu'envisageaient les planificateurs, en gérant le processus de diffusion de ce plan (et ainsi sa légitimation), les médecins se voyaient

reconnaître une caractéristique qui leur était auparavant souvent contestée par les groupes non institutionnels et les planificateurs: être les moteurs d'une psychiatrie moderne, une psychiatrie qui renonçait à l'hospitalo-centrisme. En agissant proactivement et en comptant sur leur propre créativité, ils démontraient surtout la justification de leur autonomie: en tant que professionnels responsables, leur laisser l'initiative devait être central à toute transformation en profondeur. Ainsi, la stratégie de poursuivre activement la désinstitutionnalisation peut être vue comme un effort entrepris par les médecins non seulement pour assurer le bien-être des patients, mais également pour conserver une autonomie qui leur est reconnue et qui reste encore l'objet le plus valorisé par la profession [Norstand, 1986; Eddy, 1990], car sans laquelle, le contrôle sur le secteur ne peut se réaliser [Kurz, 1980; O'Connor et Lanning, 1992; Woinsky, 1980].

En mettant l'accent sur la préoccupation pour le bien-être de ces patients, en proposant une réduction considérable du nombre de lits et le transfert de l'argent économisé au développement de ressources à l'extérieur des murs de l'hôpital, les médecins s'assuraient une reconnaissance d'avoir un rôle central à jouer dans la gestion de cas lourds qui bien que non institutionnalisés, devaient bénéficier d'un soutien clinique.

Quant aux administrateurs, définir une stratégie était plus malaisé. Au début de la tutelle, le directeur et le directeur adjoint avaient démissionné. Le directeur général nommé par le tuteur était un médecin qui avait un souci évident de ne pas raviver les tensions entre administrateurs et médecins. Lutter contre les médecins qui visiblement s'étaient engagés au bon moment et avec une approche efficace dans une voie difficilement attaquable, était peu réaliste. De plus, les tâches administratives usuelles écrasantes, découlant de ce que l'hôpital connaissait des coupures importantes, rendaient les administrateurs moins disponibles pour s'impliquer à fournir des efforts visant à affermir leur pouvoir. L'éventail de stratégies envisageables n'était pas étendu.

Les administrateurs se sont donc divisés en deux grands groupes: un qui participe activement à la gestion, quelques administrateurs de concert avec quelques médecins, et un autre relégué à des tâches de gestion quotidienne, écarté des processus de planification stratégique. Cette répartition des pouvoirs qui met en rapport les habiletés complémentaires nécessaires, donne à l'hôpital les



moyens pour opérer les changements qui s'imposent. Au gré des changements des rapports de force, des rapports d'influence, les constellations de pouvoir changent [Pfeffer, 1992, Denis et al., 1995]. Le changement survenu dans l'hôpital a dépassé quelque peu les frontières professionnelles classiques pour se situer à un niveau plus personnel. La collaboration retrouvée entre administration et médecins sous forme de participation des médecins dans la gestion et dans la prise des décisions importantes aux côtés de quelques administrateurs, est d'ailleurs considérée comme la stratégie la plus efficace permettant d'améliorer le fonctionnement interne de l'hôpital et lui permettre d'atteindre ses objectifs. L'hôpital reste une bureaucratie professionnelle et sa structure hiérarchique reflète les rapports décrits dans la littérature entre les administrateurs et les médecins [Fogel, 1989].

Ainsi, l'hôpital s'est créé une place nouvelle au sein du réseau en santé mentale, grâce à sa double stratégie: d'une part développer ses ressources, et d'autre part s'assurer un contrôle sur d'autres existantes, mais non formellement sous sa responsabilité, dans lesquelles il comptait placer ses patients les plus malades. Il contribuait donc à répondre à la demande en santé mentale tout en se départant du caractère essentiellement hospitalier qui lui était reproché. De ce fait, il se conformait à son environnement pour mieux assurer son rôle de *leader* [DiMaggio et Powell, 1983], et s'acquerrait une reconnaissance de la part des autres acteurs qui auparavant reprochaient à l'hôpital principalement d'être trop réticent à entreprendre des actions de réinsertion sociale. L'hôpital, soucieux de conserver un *leadership*, ne pouvait plus et ne peut plus vivre en marge de son environnement [Ozcan et al., 1997].

Quant à la stratégie adoptée par les autres organismes, elle a essentiellement consisté à faire reconnaître leur expertise et leur excellence dans les services rendus. Des positions moins tranchées, moins de propos acerbes à l'encontre du milieu institutionnel ont certainement également contribué à ce qu'ils soient reconnus comme étant un élément partie prenante du réseau de santé mentale.

Finalement, les planificateurs n'avaient pas d'autres moyens d'infléchir l'hôpital que de faire jouer les incitatifs financiers. Les réinvestissements consentis pour du développement de programmes

dans la communauté sous la supervision de l'hôpital montrent toutefois que l'institution reste l'acteur majeur en santé mentale, mais que ses actions, en conduisant à remplir les objectifs explicites des planificateurs, lui valent une reconnaissance certaine.

#### *2.4.2.4 Entre danger et opportunité, le rôle joué par la désinstitutionnalisation dans le processus de restructuration*

Quel rôle peut-on attribuer à la désinstitutionnalisation dans ces processus de transformation et du réseau et de l'hôpital?

La désinstitutionnalisation a apparemment eu, tout au long de ces années, une double fonction: elle était une solution (la désinstitutionnalisation répond à une conviction qu'il n'est pas nécessaire et qu'il est plus cher d'institutionnaliser bon nombre de patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants) et elle avait un rôle de levier ou d'instrument dans les actions menées par différents groupes dans leurs actions pour défendre leurs intérêts, et donc dans les efforts pour imposer leur couple "problème-solution".

La désinstitutionnalisation psychiatrique est devenue un phénomène inéluctable [Rothbar, 1988]. Pourtant, elle ne suscite pas l'enthousiasme de tous: pour certains, encore maintenant, elle pose un risque de réduire la capacité d'offrir des services de troisième ligne. Elle peut ne pas s'accompagner des services nécessaires pour combler les besoins des malades atteints de troubles sévères et persistants, qui sont résistants au traitement et qui ont peu de ressources sociales. Aussi, certains soutiennent que l'hôpital psychiatrique a un effet synergique sur les autres composantes du réseau en santé mentale et donc qu'il est une nécessité pour les services offerts dans la communauté, en plus de pouvoir offrir des services non disponibles ailleurs, ainsi qu'être un lieu d'enseignement [Kincheloe, 1997].

Cette réticence à la diminution de la taille de l'hôpital peut être vivement déclamée:

*"I would like to see a reevaluation of deinstitutionalized patients to examine their life-types and, in cooperation with their family, see if they can make it outside. If they can't make it outside of the hospital, give them shelter. Deinstitutionalization, as it stands, is following the same tracks as alcoholism. First, we had alcoholism farms, where alcoholics spent six months not drinking liquor. They used to drink afterwards to get back to the farms. Then, we made alcoholism a disease and took away the farms. Now alcoholics are dying on the street. The same will happen to the chronically mentally ill" [Friedman, 1983].*

Qu'elle vise à améliorer le bien-être des patients, qu'elle cherche à faire économiser les deniers publics, qu'elle vise à introduire des approches autres qu'exclusivement médicales dans la prise en charge de problèmes mentaux, la désinstitutionnalisation est devenue un objectif majeur des politiques de santé mentale. Elle est donc une *solution* (même partielle) pour la difficulté d'obtenir par des voies médicales une guérison, et parfois une amélioration clinique pour plusieurs patients psychiatriques [Ginzberg, 1987]. Elle est une solution pour l'incompatibilité entre un monde individualiste, qui marginalise ceux qui sont différents, et une société qui se veut humaine et solidaire, héritière d'une conception de la société prônée par les grands programmes sociaux. Elle est une solution pour les difficultés budgétaires de l'Etat qui consacre encore l'essentiel de ses ressources pour la santé mentale aux services hospitaliers psychiatriques internes et externes.

Mais surtout, la désinstitutionnalisation devient un *instrument*. Dans les conflits de pouvoir, où chacun cherche à imposer son couple "problème-solution", se réfugier derrière le bouclier de la désinstitutionnalisation est tentant.

La désinstitutionnalisation qui se déroulait à un rythme inférieur au rythme attendu dans l'hôpital étudié a été au cœur des arguments des planificateurs pour justifier l'imposition de changements dans l'hôpital sous forme de réduction des montants alloués. Elle était aussi un argument avancé par les administrateurs pour s'opposer aux médecins jugés réticents à vouloir laisser sortir (et donc, au début de la décennie 90 perdre) des clients.

Pouvoir procéder à la désinstitutionnalisation était invoqué par ceux qui se sentaient frustrés des rapports inégalitaires existants entre partenaires. Leurs interlocuteurs, soucieux de conserver leur autonomie, semblaient réticents à procéder à la sortie des patients, puisqu'une telle orientation aurait signifié un risque pour le pouvoir qui leur était concédé. La désinstitutionnalisation comme

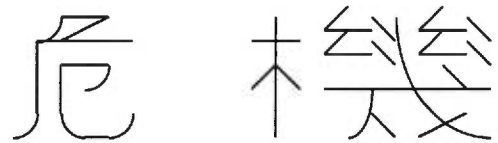
sujet d'argumentation devenait dans ce sens un levier de pouvoir. Celui qui pouvait convaincre de l'appliquer, se réaffirmait face aux autres groupes concernés.

Que la désinstitutionnalisation ait été instrumentale est particulièrement bien illustré par son utilisation par les médecins. Dans un premier temps, ceux-ci ont mis l'accent sur les risques de la désinstitutionnalisation. Le risque de voir les patients mal prendre leurs médicaments, le risque de les voir aboutir dans des ressources inadéquates, car dénuées des services et médicaux et de réadaptation nécessaires, le risque de voir les patients sortir sans une préparation adéquate que seul le milieu institutionnel pouvait offrir, étaient avancés pour justifier les réticences à la sortie des patients qui avaient, tout compte fait, besoin des médecins pour éviter toute aggravation de l'état de santé (mentale). Les médecins ont utilisé l'argument de la désinstitutionnalisation et des risques qui y étaient associés pour tenter de conserver leur position.

Dans un deuxième temps, les médecins ont utilisé la désinstitutionnalisation comme instrument de pouvoir, mais dans un sens positif. En adhérant à une conception selon laquelle la prise en charge psychiatrique devait se dérouler autant que possible dans la communauté, les médecins adoptaient le levier indispensable pour maîtriser les changements importants qui étaient imposés aux hôpitaux psychiatriques. En mettant l'accent sur leur capacité presque exclusive d'assurer non seulement un suivi médical (essentiellement médicamenteux) mais aussi des soins plus intégrés, centrés autour d'une préoccupation pour l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux dans un environnement plus adéquat que l'hôpital, les médecins ont trouvé dans la désinstitutionnalisation un instrument bien utile dans leurs efforts de se faire reconnaître un rôle central, et ainsi d'asseoir leur pouvoir.

Dans ce sens, on peut se questionner sur l'intérêt de la désinstitutionnalisation pour la finalité du système de soins. Ne serait-ce pas avant tout pour son caractère instrumental qu'elle a pris toute son importance ? La désinstitutionnalisation n'est-elle pas, en fait, comme le disait Carrier, "un miroir d'une société en crise profonde, sans valeurs communes, un miroir des conflits plutôt que d'un consensus et de compromis dans les affaires publiques" ? [Carrier, 1990].

L'idéogramme de "crise"



est composé de deux éléments:  
le danger et l'occasion

*L'empereur Fuxi qui, il y a plus de 5000 ans, commanda l'élaboration des idéogrammes, était un fin stratège, ce qui lui avait permis, dans le monde tourmenté qui précédait l'âge d'or, de mener la plus formidable restructuration que ce monde n'ait jamais connue: la création du plus glorieux des empires*

*Le doute surgit toujours quand une affaire comporte une alternative.  
Si l'on pense à l'affaire d'une certaine façon, c'est l'autre aspect qui  
apparaît à nouveau*

**Le Mahabharata**

### **3 ANALYSE DES CONSEQUENCES ET DES COUTS DE LA DESINSTITUTIONNALISATION DANS UN GRAND HOPITAL PSYCHIATRIQUE**

#### **3.1 INTRODUCTION**

De nombreux travaux ont porté sur l'évaluation de la désinstitutionnalisation. Dans l'ensemble, les résultats présentés soulignent l'intérêt d'une prise en charge dans la communauté d'un bon nombre de patients souffrant de troubles sévères et persistants. En termes cliniques et sociaux, on observe en général que, lorsque la désinstitutionnalisation a bien été préparée et que les ressources mises à la disposition des patients dans la communauté sont adéquates, on peut s'attendre à une évolution de l'état de santé et du comportement social, comparable, voire quelque peu améliorée, par rapport à celle attendue si les patients étaient restés hospitalisés. Quant aux coûts, ils sont en général moindres.

Dernièrement, quelques voix se sont toutefois faites entendre pour mettre en évidence la difficulté de réaliser des évaluations dans le secteur de la psychiatrie, avec pour conséquence une certaine préoccupation quant aux conclusions tirées d'études évaluatives. Des doutes quant à la possibilité de généraliser les conclusions à d'autres contextes (pour ne pas parler d'explications alternatives aux résultats), appellent à poursuivre la réalisation des évaluations des options envisageables pour les patients toujours hospitalisés en longue durée pour des troubles mentaux sévères et persistants [Solomon, 1992; Holloway et al., 1995; Mueser et al., 1998; Holloway, 1998].

L'évaluation de deux grandes modalités de prise en charge de la maladie mentale sévère et persistante vise à répondre, pour le contexte québécois, aux questionnements qui se sont fait jour sur la pertinence de poursuivre le processus de désinstitutionnalisation tel qu'il se déroule présentement. A partir de l'étude d'une cohorte rétrospective avec groupes de comparaison

appariés composée de patients hospitalisés dans des unités de longue durée, le volet quantitatif de ce travail cherche à répondre aux quatre grandes questions suivantes:

- est-ce que les patients des deux groupes constitués, les "toujours hospitalisés" et les "désinstitutionnalisés", au-delà des conditions de pairage, se distinguent au temps 1 (en 1989), au moment de l'entrevue (1996-1998) et dans leur évolution sur diverses dimensions portant sur la santé mentale, physique et le comportement, ainsi que sur les coûts associés à l'utilisation des services tout au long de leur suivi ?
- quels sont les facteurs démographiques, cliniques et sociaux associés au fait d'avoir été désinstitutionnalisé ?
- quels sont les facteurs démographiques, cliniques, sociaux et d'utilisation des services associés au fait de se trouver, à la fin de l'étude, hébergé dans la communauté ?
- quels sont facteurs démographiques, cliniques et sociaux associés aux coûts totaux d'utilisation des services ?

Par l'étude de ces questions, ce second volet s'intéresse plus particulièrement à mettre en évidence comment des données probantes peuvent représenter une information d'intérêt pour ceux qui ont à gérer un phénomène qui, comme cela l'a été maintes fois souligné ci-dessus, est inéluctable: la réduction du nombre de lits psychiatriques.

## **3.2 METHODOLOGIE**

### **3.2.1 Population de l'étude**

Le devis choisi dans cette étude fait appel à une cohorte rétrospective avec groupes de comparaison appariés.

La procédure d'échantillonnage des patients de l'étude s'est déroulée comme suit. Le fichier de l'ensemble des patients hospitalisés en longue durée (n = 872) et dans le programme gériatrique de longue durée ( n = 176) de l'hôpital le 1er avril 1989, soit 1048 individus, a été consulté. La date du 1<sup>er</sup> avril s'explique par le fait qu'à ce moment la quasi-totalité des patients hospitalisés

avait été évaluée au moyen d'un instrument de mesure des conséquences, la Grille de New York (voir plus bas), qui allait être réutilisé à la fin du suivi de chaque sujet de cette étude. Il allait donc être possible d'évaluer l'évolution des scores sur les différentes dimensions de cette Grille.

Ont été éliminés les cas décédés (136 cas), les patients dont l'hospitalisation le 1<sup>er</sup> avril 1989 était de moins de deux ans (74 cas) ainsi que ceux pour lesquels aucune donnée sur les dimensions de la Grille de New York (voir plus) n'était disponible le 1<sup>er</sup> avril 1989 (18 cas).

Les 839 sujets restants ont été répartis dans deux catégories: les toujours hospitalisés (513 cas) et ceux qui à un moment donné depuis le 1<sup>er</sup> avril 1989, ont été désinstitutionnalisés (326 cas).

Un numéro aléatoire a été attribué à chacun des sujets de ces deux groupes, puis ces sujets ont été répartis dans une des 36 catégories d'appariement constituées à partir des variables du tableau III.1.

**Tableau III.1: variables et catégories de pairage**

l'âge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• moins de 50 ans</li> <li>• 50 à 65 ans</li> <li>• plus de 65 ans</li> </ul>
le sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• femme</li> <li>• homme</li> </ul>
durée écoulée de l'hospitalisation en cours au début de l'étude (1 <sup>er</sup> avril 1989)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 à 5 ans</li> <li>• plus de 5 ans</li> </ul>
niveau de soins psychiatriques de la Grille de New York au temps 1 (1 <sup>er</sup> avril 1989) <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• milieu de vie autonome (communautaire)</li> <li>• milieu de réadaptation (réadaptatif)</li> <li>• centre de traitement psychiatrique intensif</li> </ul>

Deux listes ont été produites, la première avec les patients toujours hospitalisés et la seconde avec les patients ayant au moins une fois été désinstitutionnalisés. La procédure d'appariement s'est effectuée en prenant la première personne de la liste des "désinstitutionnalisés" et en sélectionnant

<sup>2</sup> Voir plus bas, section 3.2.2



parmi les personnes "toujours institutionnalisées" le premier individu ayant les mêmes caractéristiques de pairage.

Dans le cas où une personne sélectionnée du groupe des hospitalisés devenait à son tour, entre sa sélection et le moment de l'entrevue, désinstitutionnalisée, elle entrait dans le bassin du groupe des patients sortis. Sa paire était alors recherchée parmi les patients toujours institutionnalisés. Dans le cas où une personne sélectionnée avait pour diagnostic principal celui de déficience intellectuelle, elle était remplacée par la suivante sur sa liste.

150 paires ont ainsi été constituées entre le 1<sup>er</sup> avril 1996 et le 1<sup>er</sup> avril 1998, au fur et à mesure que les entrevues avec les patients se déroulaient. Les limites imposées par les ressources disponibles pour mener une entrevue avec ces patients et présenter les cas pour discussion en panel d'experts, ont conduit à ne considérer pour la collecte d'information, que 202 individus parmi ces 300, dont 192 cas pairés. En effet, pour 10 individus sélectionnés, un partenaire n'a pu être trouvé.

### **3.2.2 La mesure des conséquences**

Les conséquences d'une prise en charge de la population de l'étude ont porté sur le fait d'avoir pu, pour les personnes désinstitutionnalisées, se maintenir hors de l'hôpital psychiatrique, ainsi que sur les grandes dimensions qui participent au bien-être d'un individu, c'est-à-dire: la santé physique; la santé psychique; les relations sociales et les habiletés de la vie quotidienne.

Les instruments utilisés pour mesurer ces conséquences sont présentés au Tableau III.II.

**Tableau III.II: conséquences recherchées et sources de données**

<b>Conséquences</b>	<b>Source des données</b>
situation au niveau de l'hébergement au moment de l'entrevue: hospitalisation ou hébergement dans la communauté	données informatisées de l'hôpital
dimensions de la GNY au temps 2 (moment de l'entrevue)	questionnaire de la GNY rempli par les intervenants <sup>3</sup>
dimensions de l'ILSS	questionnaire ILSS rempli par les intervenants
dimensions de la qualité de vie	questionnaire de qualité de vie de Becker (version intervenants)

Les trois questionnaires remplis (Annexe 2) l'ont été par un intervenant responsable du patient ou, pour les patients vivant à domicile, un membre de la famille.

La grille de New York (GNY) est un instrument composé de 140 items portant sur plusieurs dimensions comme la communication-compréhension, la santé physique et mentale, le comportement, les activités quotidiennes, etc. La fidélité de l'instrument a été évaluée à plusieurs reprises, et les résultats sont considérés comme satisfaisants [Furman et Lund, 1979]. Aussi, cet instrument a été utilisé en 1988 sur l'ensemble des patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques de la province du Québec, ainsi que dans certains des plus importants départements de psychiatrie des hôpitaux généraux [Roberge et al., 1988]. Pour chaque patient de l'échantillon de ce travail, le score calculé pour les diverses dimensions de la GNY juste avant le début l'étude (GNY au temps 1) était donc disponible.

L'Independent Living Skills Schedule (ILSS) est un instrument développé pour évaluer les habiletés de vie quotidienne. Il est composé de 118 items divisés en 7 échelles. La fiabilité et la validité de la version française ont été établies avec un échantillon provenant en majorité de l'hôpital étudié [Cyr et al., 1992]. La consistance interne a été mesurée à partir des données de l'ensemble des patients de l'étude. Les valeurs des coefficients de Cronbach obtenues pour les différentes dimensions sont les suivantes: 0.85; 0.92; 0.96; 0.70; 0.92; 0.94 et 0.82.

<sup>3</sup> Dans un cas, le patient ayant été pris en charge par sa famille, les questionnaires ont été remplis par un parent

La qualité de vie a été mesurée au moyen d'un instrument spécifique, de type index, pour les problèmes de santé mentale, le questionnaire de Becker [Becker et al., 1993]. Etant donné la difficulté pour bon nombre de patients de pouvoir répondre à ce questionnaire, la version destinée aux intervenants a été utilisée. Cet instrument permet d'évaluer 9 dimensions distinctes. La validité de la version française utilisée dans cette étude et ses qualités métriques ont été testées sur un échantillon comprenant 76 patients de l'étude, par l'équipe de C. Mercier à l'hôpital Douglas. Les résultats sont jugés satisfaisants (Annexe 3) [C. Mercier et G. Boyer, communication personnelle].

On peut noter qu'en raison de la sévérité de la maladie mentale de la plupart des patients de l'étude, il n'a pas été possible de tester la validité, en particulier convergente, des réponses aux questionnaires. On sait toutefois que lorsque les patients sont moins sévèrement atteints, une bonne concordance est obtenue, tout au moins avec la GNY, entre les scores provenant de questionnaires passés aux intervenants, et les scores provenant de questions posées aux patients [Cyr et al., 1992]. De même, pour des raisons de faisabilité, la fiabilité des réponses n'a pu être établie. Le remplissage de nombreux questionnaires par un personnel surchargé de travail rendait en effet irréalisable l'obtention de leur part de plus d'une évaluation par patient. C'est donc sur la base de nombreuses études qui se sont assurées de la fiabilité des réponses que les questionnaires ont été analysés.

Dans la mesure du possible (en fonction de la disponibilité des patients), les rencontres avec les patients (qui se sont déroulées entre le 1<sup>er</sup> avril 1996 et le 1<sup>er</sup> avril 1998), et donc le remplissage des questionnaires, étaient réalisées pour les deux patients de la même paire, dans la même semaine.

### 3.2.3 La mesure des intrants (coûts)

#### 3.2.3.1 Prémisses

La détermination des coûts de l'utilisation des services s'est effectuée à partir:

- de prix moyens et non pas de prix marginaux ces derniers étant à toute fin pratique difficiles à déterminer
- de valeurs en cours durant l'année financière 1995-1996, à l'exception des hospitalisations où les coûts unitaires de chaque année ont été considérés
- de coûts actualisés pour tenir compte du fait que l'étude s'étend sur une période allant jusqu'à 10 ans. Un taux de base de 5% a été retenu. Des analyses de sensibilité ont été faites avec des taux de 0 % et de 10 %
- deux perspectives: le système de soins et les patients, les coûts pouvant être partagés entre ces deux groupes de payeurs. La perspective du système de soins n'a pas été scindée en raison de la structure de collecte d'information, qui ne permettait pas de distinguer, pour un patient ayant été désinstitutionnalisé au cours d'une année, le lieu où les services avaient été consommés (à l'exception de l'hébergement bien entendu)
- des coûts directs uniquement. Les coûts indirects qui se rapportent à la perte de productivité, sont peu pertinents dans la présente étude, les malades des deux groupes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, ce qui rend la possibilité de leur entrée sur le marché du travail peu probable
- de coûts pour l'hébergement qui tiennent compte d'un estimé du coût des immobilisations
- de différents coûts unitaires: par exemple, pour les items offerts dans l'hôpital, ont été considérés les coûts unitaires évalués pour l'hôpital étudié, ainsi que les coûts moyens pour les hôpitaux psychiatriques de la province
- une structure de coûts uniforme pour les mêmes items. Ainsi, à un jour d'hébergement dans un même type de résidence sera attribué le même montant d'argent, quelles que soient les dépenses réelles réalisées. Une telle option se justifie par le fait que les coûts sont pris ici comme des proxy de l'intensité de l'utilisation des services.

### 3.2.3.2 Quantification des services utilisés

La quantification des services consommés entre le 1er avril 1989 et le moment de l'entrevue a été effectuée à partir de diverses sources de données, telles que représentées dans le tableau suivant (Tableau III.III):

**Tableau III.III: utilisation des services: quantification des items et source de données**

<b>Items</b>	<b>Sources de quantification des items consommés</b>
hébergement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• banque informatisée de l'hôpital</li> <li>• dossiers patients</li> <li>• direction des ressources communautaires de l'hôpital</li> <li>• dossiers des travailleurs sociaux</li> </ul>
activités de réadaptation, loisirs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dossiers des services de réadaptation</li> </ul>
examens de laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dossiers médicaux<sup>4</sup></li> </ul>
examens de radiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• services de radiologie de l'hôpital</li> <li>• dossiers médicaux</li> </ul>
consultations, visites et actes médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• banques informatisées de l'hôpital pour les consultations à l'interne, en externe et dans les cliniques externes</li> <li>• dossiers médicaux pour les actes médico-chirurgicaux</li> <li>• banque de la RAMQ pour 1) les actes prodigués aux patients désinstitutionnalisés dans des cliniques privées, et 2) les actes effectués par les psychiatres et les omnipraticiens non rémunérés à salaire ou à vacation</li> <li>• estimé pour les visites de contrôle réalisées par les psychiatres et les omnipraticiens rémunérés à salaire ou à vacation, à partir de la masse salariale attribuable à la longue durée</li> </ul>
médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>• banque informatisée sur les médicaments.</li> <li>• dossiers patients: une extrapolation pour la période de 89 à 92 a été faite à partir d'un relevé dans les dossiers des prescriptions faites au cours d'un mois aléatoirement choisi pour chacune des années durant lesquelles la consommation n'était pas encore répertoriée dans la banque informatisée. L'estimé est reporté à l'ensemble de la période non couverte dans la banque informatisée</li> <li>• banque RAMQ pour les prescriptions en ambulatoire</li> </ul>
services professionnels paramédicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dossiers de chacune des spécialisations: ergothérapie, physiothérapie, psychologie, nutrition, travail social, activité physique</li> </ul>
visites aux urgences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• banque informatisée des urgences de l'hôpital</li> </ul>
visites dans les CLSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intervenants des résidences des patients</li> </ul>
soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• banque informatisée sur les soins dentaires de l'hôpital</li> <li>• RAMQ pour les services prodigués en ambulatoire</li> </ul>

<sup>4</sup> Pour les patients désinstitutionnalisés, les intervenants ont été interrogés sur les examens de laboratoire réalisés ailleurs qu'à l'hôpital. Dans les très rares cas (3) où une prise de sang a été faite (dans des CLSC), le coût d'une formule sanguine complète a été attribué.

La fiabilité de la collecte des données à partir des dossiers a été testée sur 5 dossiers examinés par deux des personnes impliquées dans la procédure de collecte des données. Sur un score établi à partir du nombre de tests réalisés et du nombre de services utilisés, un test de corrélation de Pearson a été effectué. Une valeur de 0.9508 a été obtenue, révélant un très bon accord interjuge.

### 3.2.3.3 Attribution des coûts unitaires (Annexes 4, 5, 6)

#### i) hébergement

L'attribution de coûts unitaires pour l'hébergement est résumée dans le tableau suivant (Tableau III.IV):

Tableau III.IV: définition des coûts unitaires de l'hébergement

	<b>hospitalisation</b>	<b>hébergement dans un autre type de résidence</b>
<b>coût pour le réseau, des services directement consommés</b>	coût unitaire propre à chaque unité de soins (coût/jour-présence), défini pour chacune des années	déboursé moyen versé par l'hôpital par jour-présence pour chaque type de résidence, lorsqu'applicable CHSLD: coût/jour présence moyen pour la province
<b>coûts des services de soutien</b>	le coût unitaire (par jour-présence) des centres d'activité (CA) "cliniques" (directement consommés) a été majoré pour tenir compte des CA de soutien, d'un pourcentage équivalent à celui qui résulte de l'attribution d'une part des coûts de soutien au CA "soins infirmiers en longue durée" de l'hôpital, définie sur la base du rapport entre le nombre d'heures travaillées totales dans ce CA et le nombre d'heures totales travaillées dans l'hôpital, soit 24%	le pourcentage du coût total des CA de soutien pertinents à attribuer à chaque type d'hébergement a été déterminé sur la base du rapport entre le nombre d'heures rémunérées dans chaque type de résidence financé par l'hôpital, et le nombre d'heures totales travaillées dans les CA de soutien pertinents
<b>coûts des immobilisations</b>	dans des analyses de sensibilité, le coût unitaire (par jour-présence) a été majoré d'un estimé de la valeur d'usage des immobilisations. Deux valeurs extrêmes ont été utilisées	compris dans le coût du loyer payé par les résidents
<b>contribution des patients</b>	nihil	coût moyen versé par type de résidence

### Hospitalisation à l'hôpital psychiatrique

Pour pouvoir refléter les tâches spécifiques attribuées aux unités de l'institution, les coûts unitaires (coûts par jours-présence) propres à chaque unité de l'hôpital psychiatrique pour chacune des années considérées ont été utilisés. La prise en compte du coût unitaire rapporté chaque année est nécessaire pour ne pas négliger les changements de vocation conférée au fil des années à certaines unités. Lorsque le coût unitaire n'était, pour une année, pas identifiable (l'information étant manquante à la direction des finances de l'hôpital), la moyenne des coûts de l'année précédente et de l'année suivante a été utilisée. Lorsque le coût n'était, pour une unité, pas disponible, le coût moyen du Centre d'activité (CA) "longue durée" (CA6024) a été attribué.

La méthode d'allocation directe des CA de soutien a été utilisée pour majorer les coûts d'hébergement "cliniques" de la façon suivante [Drummond et al., 1987]. Le rapport entre le nombre d'heures rémunérées en 1995-1996 dans le CA des soins infirmiers de longue durée et le nombre d'heures rémunérées totales dans l'hôpital (rapport AS-471) a été calculé. Ce pourcentage a été appliqué au coût total des CA de soutien (CA 6320, 7202, 7203, 7300, 7320, 7340, 7400, 7500, 7520, 7550, 7600, 7640, 7650, 7700, 7710, 7800, 6800) pour en définir la part à attribuer au CA des soins infirmiers de longue durée. Cette opération a accru le coût unitaire d'un jour présence de 24 %. C'est ce pourcentage qui a été retenu pour majorer les coûts propres à chacune des unités de soins. Il est à noter que pour le CA 6800 (pharmacie), seuls les salaires ont été considérés, et ce afin d'éviter les doubles comptabilisations des médicaments. Ce taux de 24 % se trouve dans la fourchette des 20 à 30 % attendus [Anne Lemay, Association des hôpitaux du Québec, communication personnelle].

#### *Valeur des immobilisations*

Le calcul des immobilisations d'un hôpital est un exercice particulièrement difficile étant donné que le gouvernement n'impose pas de règle de dépréciation du capital existant. Il est possible que tout le capital ait déjà été amorti étant donné l'âge des bâtiments et du très faible niveau d'investissement nécessaire dans un hôpital psychiatrique. D'autre part, il est peu probable que

l'hôpital pourrait être vendu, ce qui aurait permis l'évaluation périodique sur le marché de ce type de capital.

De plus, pour pouvoir estimer la valeur des immobilisations imputables aux bénéficiaires, il faut pouvoir estimer la valeur du stock du capital et en déduire la valeur d'usage. Idéalement, ce serait équivalent au prix de location que des locataires accepteraient de payer, le loyer le plus élevé étant alors le coût d'opportunité du capital. Or, ces données ne sont pas disponibles. Aussi, il faudrait bien entendu pouvoir déterminer l'intensité d'utilisation par les bénéficiaires, du capital utilisé, ce qui, dans un hôpital psychiatrique n'est pas aisément déterminable [Lavoie et al., 1996b].

Les difficultés méthodologiques ne sont donc pas négligeables. Afin de considérer le coût des immobilisations, les valeurs d'usage des immobilisations de l'hôpital calculées par Lefebvre et ses collaborateurs pour 1990-1991 (la première année où une information fiable a pu être collectée) [Lavoie et al., 1996b] ont été utilisées<sup>5</sup>. Ces calculs basés sur des procédures comptables ont permis d'obtenir des estimés qui s'étendent sur une fourchette assez large allant de 2 787 000 \$ à 8 164 000 \$. Ces valeurs extrêmes ont été rapportées par jour-présence en longue durée, donnant des valeurs de 4 \$ et 11.72 \$. Ces montants additionnels à une journée d'hospitalisation ont été rajoutés dans des analyses de coûts distinctes.

### Hébergement dans une ressource extra-hospitalière

Pour les ressources extra-hospitalières, deux perspectives ont été considérées:

la perspective du réseau et celle des patients lorsque ceux-ci ont à contribuer financièrement à leur hébergement.

---

<sup>5</sup> Le coût d'usage du capital a été estimé dans l'étude de Lavoie et al. à partir de la formule suivante: " $C = Q(R+D-G)$ ", où Q est le prix d'achat unitaire du capital; R le coût de financement du capital par dollar ou le coût d'opportunité d'un dollar de fonds publics d'investissement; D est le taux proportionnel de dépréciation du capital par période; G est le taux de gain en capital réalisé sur l'actif physique au cours de la période et C est la somme de ces éléments, soit le coût d'usage du capital " [Lavoie et al., 1996b]. Les données nécessaires au calcul de ce coût incluent la valeur de



Les coûts unitaires (coût par jour-présence) pour le réseau ont été établis à partir des rapports CB-11 et CB-15 de l'hôpital pour les ressources dont le financement pour l'hébergement est versé par l'institution. Ces coûts ont été majorés pour tenir compte des services de soutien des services administratifs qui leur sont propres, ainsi que des CA de soutien de l'hôpital concernés de la manière suivante:

le pourcentage des heures travaillées rapportées dans les rapports CB-11 et CB-15 par rapport aux heures totales des heures travaillées dans la direction réadaptation a été appliqué aux coûts totaux des deux CA suivants:

- administration des services de réadaptation (fiche D9)
- relations avec les CIES (activités reliées à la recherche de contrats avec des entreprises privées) (0927)

A ces coûts se sont rajoutées des majorations pour chaque type d'hébergement, calculées de la façon suivante:

*les pavillons:*

le pourcentage des heures travaillées par rapport au total des heures travaillées dans l'hôpital a été déterminé. Ce pourcentage a été appliqué au coût total des CA de soutien de l'hôpital afin d'obtenir le montant additionnel à rajouter au coût propre aux pavillons.

*l'hébergement réadaptatif:*

à chacun des types d'hébergement réadaptatif, le pourcentage des heures travaillées par rapport au total des heures travaillées pour l'hébergement réadaptatif a été utilisé pour obtenir la part des coûts d'administration de l'hébergement de réadaptation à additionner aux coûts propres.

*centre et module de réadaptation:*

à chacun des types d'hébergement de cette famille, le pourcentage des heures travaillées par rapport au total des heures travaillées pour le centre et module de réadaptation a été utilisé pour obtenir la part des coûts d'administration de ce centre et module de réadaptation à additionner aux coûts propres. Pour les centres "module de réadaptation", "serres" et "récupération", ainsi que le centre Liliane Mailhot, le pourcentage des heures travaillées par rapport au total des heures travaillées dans l'hôpital a été déterminé. Ce pourcentage a été appliqué au coût total des CA de soutien de l'hôpital afin d'obtenir le montant additionnel à rajouter au coût propre du CA.

Lorsqu'une prime "lourdeur" est versée aux organismes d'hébergement, la valeur moyenne a été considérée et additionnée aux coûts majorés.

Les contributions moyennes des patients par type de résidence ou activité ont été fournies par les Services de réadaptation ou par des responsables de types d'hébergement non financés par l'hôpital.

Les données obtenues ont été validées par la direction du Service de réadaptation.

On admet que les coûts d'immobilisation sont compris dans le versement du loyer exigé des bénéficiaires. Pour les CHSLD et les pavillons, en l'absence de données comptables sur la valeur des immobilisations, des analyses de sensibilité ont été réalisées sur la base d'une majoration du jour-présence équivalente à celle, en pour cent, obtenue avec la prise en compte des valeurs des immobilisations dans l'hôpital psychiatrique.

*ii) examens complémentaires*

Les coûts unitaires des unités techniques de chaque type d'examen proviennent du rapport AS-471 de l'hôpital (CA 6601, 6602, 6603, 6604). Etant donné la faible différence entre les coûts

unitaires de l'hôpital et celui de la moyenne des institutions psychiatriques (CHSP) de la province, seuls les coûts de l'hôpital ont été utilisés.

Lorsque des actes médicaux spécifiques sont associés aux examens, les honoraires versés par la RAMQ, tels que figurant dans le manuel des médecins spécialistes, ont été rajoutés.

*iii) consultations et visites médicales par des spécialistes réalisées dans l'hôpital*

Les coûts unitaires des consultations et des suivis effectués par les spécialistes non psychiatres dans l'hôpital proviennent du manuel des médecins spécialistes et du manuel des médecins omnipraticiens de la RAMQ. Au coût de l'acte s'ajoute pour les cliniques externes, le coût associé à une visite en clinique externe, soit celui du CA 6302, majoré pour tenir compte des CA de soutien<sup>6</sup>. Deux coûts ont été utilisés: celui de l'hôpital (valeur de base) et la moyenne pour les établissements psychiatriques de la province (dans les analyses de sensibilité), tels qu'établis dans les rapports AS-471.

*iv) consultations en cliniques externes*

Les coûts des visites médicales réalisées dans les cliniques externes de l'hôpital ont été tirés du manuel des médecins spécialistes et du manuel des médecins omnipraticiens de la RAMQ.

Les coûts unitaires des services offerts par les professionnels non médecins sont ceux des CA pertinents calculés à partir des données du rapport AS-471 de l'hôpital.

---

<sup>6</sup> Pour tous coûts unitaires définis à partir de centres d'activité (CA) des institutions, une majoration a été effectuée afin de tenir compte des CA de soutien. La part du coût des CA de soutien à rajouter a été établie sur la base du pourcentage des heures travaillées dans chaque CA "clinique" par rapport aux heures totales travaillées dans l'institution

A ces coûts professionnels s'ajoute le coût unitaire majoré d'une visite en clinique externe (CA 6332).

Pour les CA dont l'unité est le patient inscrit à l'année, CA 6332 (clinique externe) et 6730 (travail social), un estimé du coût horaire a dû être calculé. Deux périodes ont été considérées: 1/2 heure (valeur de base) et 1 heure.

v) *consultations en cabinet privé*

Les montants versés par la RAMQ tels que fournis par le service des statistiques de la RAMQ pour chaque patient ont été utilisés.

Une attention a été portée sur le risque de double comptage. Etant donné la diversité des modalités de rémunération des médecins dans l'hôpital, certaines consultations considérées dans la section consultation en externe ou en interne (section *iii*) pourraient avoir été directement payées par la RAMQ, si le médecin ayant prodigué l'acte était rémunéré à l'acte et non à salaire ou à vacation. Ont donc été extraites les données de la banque RAMQ se rapportant aux consultations effectuées en dehors des périodes d'hospitalisation, sauf celles réalisées par des omnipraticiens et des psychiatres.

vi) *visites faites par les psychiatres aux patients hospitalisés*

Etant donné la diversité des moyens de rémunération des psychiatres, deux approches ont été considérées.

Pour les visites effectuées par les médecins payés à salaire ou à vacation, un estimé des montants versés à la longue durée a été calculé. Un coût par jour-présence a été établi à partir de la masse salariale totale versée pour les services médicaux de psychiatrie à l'hôpital (information fournie

par la RAMQ), la proportion d'équivalents plein temps en longue durée par rapport à l'ensemble des équivalents plein temps en psychiatrie à l'hôpital, et le nombre total de jours-présence en longue durée.

Pour les services fournis et rémunérés à l'acte, la banque de la RAMQ a été consultée pour en déterminer les montants versés aux psychiatres.

*vii) visites de routine faites par les omnipraticiens*

Pour les omnipraticiens rémunérés à salaire ou à vacation, les coûts unitaires ont été établis à partir de la masse salariale versée aux omnipraticiens en longue durée dans l'hôpital (données fournies par le chef du département de médecine) et du nombre de malades inscrits à l'année en longue durée, converti en jours-présence.

Pour les médecins payés à l'acte, la banque de la RAMQ a été consultée et la somme payée a été utilisée.

*viii) interventions médico-chirurgicales*

Les coûts unitaires des actes médicaux proviennent du manuel des médecins spécialistes de la RAMQ.

Le coût d'utilisation du bloc opératoire (par unité de temps) (CA 6260), ainsi que les coûts unitaires des unités techniques pour les procédures d'analyses en laboratoire d'échantillons prélevés au cours d'une intervention chirurgicale, proviennent des données du rapport AS-471 de l'hôpital.

*ix) médicaments*

Les coûts unitaires utilisés ont été ceux du formulaire de la RAMQ. Pour les médicaments dont le produit générique est présent dans le formulaire de la RAMQ mais pas son numéro *din* (édition 1996), le coût unitaire considéré a été celui de l'équivalent générique le moins onéreux.

Les médicaments dont le numéro *din* ou le nom générique étaient absents du formulaire de la RAMQ, ont été écartés, à l'exception du Fluoxétine, du Clozapine, de l'Olanzapine et de la Risperidone, étant donné leur importance dans la pharmacopée psychiatrique. Les médicaments écartés représentent essentiellement des médicaments en vente libre, qui sont non remboursés par la RAMQ. Avoir écarté ces médicaments se justifie d'une part par la difficulté de leur attribuer un coût unitaire représentatif, mais aussi par un souci d'assurer une comparabilité avec les prises de médicaments en milieu ambulatoire. En effet, pour les personnes désinstitutionnalisées, la consommation des médicaments est (pour presque tous les patients puisque ceux-ci sont des bénéficiaires de l'aide sociale) répertoriée dans la banque de la RAMQ. Or celle-ci ne contient que les produits qui sont remboursables, ce qui exclut les médicaments en vente libre.

Pour les patients recevant leurs médicaments en ambulatoire, les coûts de remboursement de la RAMQ ont été considérés, auxquels s'est ajoutée la contribution maximale annuelle imposée aux bénéficiaires du Bien-Etre social.

*x) services professionnels paramédicaux*

Les coûts unitaires majorés des services offerts par les professionnels non médecins ont été établis à partir des données des CA correspondants aux activités de ces professionnels telles que rapportées dans le rapport AS-471 de l'hôpital. Les unités de mesure retenues ont été l'entrevue ou le temps, selon l'unité présente dans le rapport et selon l'activité considérée. Lorsque l'unité a été le temps, des analyses de sensibilité ont été réalisées avec des valeurs jugées extrêmes par les experts consultés.

Le coût unitaire des séjours de base en plein air provient des données CB-15 des services de réadaptation de l'hôpital étudié.

*xi) urgences, CLSC*

Le coût unitaire d'une visite aux urgences ou en CLSC provient des rapports AS-471. Le coût unitaire majoré du CA 6240 (urgence) a été calculé à partir des données de l'hôpital ainsi que des données moyennes pour les établissements psychiatriques du Québec (pour les analyses de sensibilité).

Pour les visites en CLSC, le coût moyen provincial majoré du CA 6570 a été retenu. Au coût du CLSC se rajoute le coût d'une consultation médicale. Le taux horaire moyen versé aux médecins travaillant dans les CLSC a été utilisé. On fait l'hypothèse que la durée d'une consultation s'établit à une demi-heure.

*xii) soins dentaires*

Le coût de l'acte posé en dentisterie à l'hôpital a été tiré du manuel de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec: nomenclature et tarifs des actes bucco-dentaires, 1997.

Pour les soins dentaires prodigués en ambulatoire, les données de la RAMQ sur la rémunération des dentistes pour les actes réalisés aux patients de l'étude ont été utilisées (les patients étant dans leur quasi-totalité bénéficiaires du Bien-Etre social, leurs frais dentaires sont assumés par la RAMQ).

### 3.2.4 Analyse des résultats

Les analyses ont été effectuées sur SPSS Windows (version 7.1) et SPSS MacIntosh (version 6.1).

#### 3.2.4.1 Analyses descriptives de la population étudiée

Les analyses descriptives réalisées sur les deux groupes ont porté sur deux domaines:

- la comparabilité des groupes
- la trajectoire des personnes désinstitutionnalisées

##### i) *comparabilité des groupes*

Les groupes ont été comparés sur la base des variables et de leurs catégories de pairage ainsi que sur:

- les autres dimensions de la GNY remplie en 1988 pour chacun des patients de l'hôpital
- le dernier diagnostic posé
- une évaluation de deux caractéristiques psychosociales faite par un panel d'experts, qui a révisé chacun des cas de l'étude: le comportement dangereux et le comportement gênant.
- la durée réelle (en jours) de la dernière hospitalisation avant le début de l'étude
- le nombre d'hospitalisations à l'hôpital psychiatrique avant le début de l'étude

Une dernière variable se rapportant à la prise en charge des patients a également été comparée: le degré d'indépendance conféré par la résidence du patient au moment de l'entrevue.

Les analyses ont été réalisées au moyen de tests de  $\text{Chi}^2$  pour les tableaux de contingence, de tests paramétriques (tests t, ANOVA) pour les scores cardinaux et non paramétriques (Wilcoxon) pour les scores psychométriques. Les analyses ont été faites sur les cas non appariés ainsi que sur les cas appariés.



ii) *trajectoire*

Le lieu d'hébergement des personnes du groupe des désinstitutionnalisés a été déterminé au 1<sup>er</sup> avril de chaque année.

*3.2.4.2 Analyses bivariées sur les conséquences de l'alternative (Annexes 7, 8, 9)*

Des analyses bivariées ont été faites sur les trois questionnaires remis aux intervenants ainsi que sur les coûts, pour comparer les groupes "toujours institutionnalisés" et "sortis".

Les comparaisons ont porté sur les diverses dimensions de l'ILSS et du questionnaire de qualité de vie de Becker au temps 2.

La grille de NY a été analysée à travers plusieurs de ses dimensions, tant physiques, mentales que sociales, à partir de deux perspectives:

- les scores obtenus lors de l'entrevue
- les scores différentiels entre le temps 2 (entrevue) et le temps 1 (avril 1989)

Des analyses paramétriques (ANOVA) et non paramétriques ont été utilisées, avec des seuils de signification à 0.05. Ces analyses ont été effectuées sur les cas non appariés comme sur les cas appariés.

Pour les coûts, les différents items les composant ont été comparés. Des tests t sur cas appariés ont été réalisés.

### 3.2.4.3 Analyses multivariées (Annexes 10, 11)

Les analyses multivariées ont été réalisées à partir de la liste des variables présentées dans le tableau suivant (Tableau III.V). Les catégories de certaines variables de la GNY passée au temps 1 ont été agrégées, soit parce que la définition de ces catégories permettait un tel rapprochement (et donc d'accroître la puissance de test), soit parce que les effectifs de certaines cellules étaient trop faibles. Les variables ayant une distribution des effectifs essentiellement concentrée dans une catégorie (SKILNU.1., DEPRES.1, SKILNU) n'ont pas été considérées.

**Tableau III.V: liste des variables et de leurs catégories bâties pour la réalisation de régressions multiples**

	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
DONNEES DEMOGRAPHIQUES	SEXE	sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• homme</li> <li>• femme</li> </ul>
	AGE89	âge au 1er avril 1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>

	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
<b>DONNEES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE</b>			
	GROUPE	groupes de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• toujours hospitalisé en hôpital psychiatrique</li> <li>• ayant été désinstitutionnalisé</li> </ul>
	SITACT	résidence au moment de l'entrevue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dans une résidence extrahospitalière</li> <li>• à l'hôpital psychiatrique</li> </ul>
	TJSHOSP	toujours hospitalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• oui</li> </ul>
	VAVIENT	désinstitutionnalisé ayant été au moins une fois réhospitalisé pour un problème psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• oui</li> </ul>
	TJSSORTI	désinstitutionnalisé n'ayant jamais été réhospitalisé pour un problème psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• oui</li> </ul>
	NBHOSP	nombre d'hospitalisation en hôpital psychiatrique avant le début de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continu</li> </ul>
	DURHOSP	durée écoulée (années) de l'hospitalisation en cours au début de l'étude (1 <sup>er</sup> avril 1989)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>
	DUREXT	durée totale passée en dehors de l'hôpital psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>
	LIBERTE	score d'autonomie conféré dans la résidence (questionnaire HHPP <sup>7</sup> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>
<b>DIMENSIONS PHYSIQUES, TEMPS 1</b>			
	MEDLEV.1	niveau de soins médicaux, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très peu-aucun</li> <li>• faible</li> <li>• modéré</li> <li>• élevé</li> </ul>
	SELFCARE.1	soins infirmiers requis, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• autonome</li> <li>• supervision faible à modérée</li> <li>• supervision élevée à soins totaux</li> </ul>
	PLC.1	niveau de soins physiques, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indépendant</li> <li>• supervisé</li> <li>• soins infirmiers intermittents</li> <li>• soins infirmiers spécialisés</li> </ul>

<sup>7</sup> L'HHPP est un instrument de mesure du degré d'autonomie autorisé dans les ressources résidentielles protégées, composé de 52 items cotés présents/absents [Ryan, 1979; Bandeira et al., 1994].

	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
DIMENSIONS PSYCHIQUES, TEMPS 1	DIAG	diagnostique psychiatrique principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schizophrénie</li> <li>• autre diagnostic</li> </ul>
	PSYCH.1	niveau de soins psychiatriques, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• communauté</li> <li>• réhabilitation</li> <li>• intensif</li> </ul>
	DEP.1	état dépressif, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevé</li> </ul>
	PSY.1	symptômes psychotiques, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevée</li> </ul>
	PSYPOS.1	somme des symptômes psychotiques actifs, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible à faible</li> <li>• modéré</li> <li>• élevé à très élevé</li> </ul>
	PSYNEG.1	somme des symptômes psychotiques de retrait, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevée</li> </ul>
	SECURE.1	besoin de sécurité, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aucun besoin</li> <li>• faible besoin</li> <li>• besoin élevé</li> </ul>
	DIMENSIONS RELATIONS SOCIALES, TEMPS 1	SOC.1	sociabilité, GNY au temps 1
DELIN.1		délinquance, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevée</li> </ul>
HOS.1		hostilité, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevée</li> </ul>

	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
DIMENSIONS ACTIVITES ET VIE QUOTIDIENNES, TEMPS 1	COMACT.1	habiletés dans les actions communautaires, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fonctionnement indépendant à élevé</li> <li>• fonctionnement modérés</li> <li>• fonctionnement faible à très faible</li> </ul>
	COMIND.1	indépendance, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indépendant</li> <li>• supervision requise</li> </ul>
	NEAT.1	hygiène personnelle, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible à faible</li> <li>• modérée</li> <li>• élevée à très élevée</li> </ul>
	ORI.1	sens de l'orientation, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible à faible</li> <li>• modérée</li> <li>• élevé à très élevé</li> </ul>
	INITIA.1	initiative personnelle, GNY au temps 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible à faible</li> <li>• modéré</li> <li>• élevée à très élevé</li> </ul>
	ETAT DE SANTE GENERALE - QUALITÉ DE VIE , TEMPS 2	SANTE1	score de la dimension "santé" de l'iss
QOL		score de qualité de vie du questionnaire de qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>
WQOL		score pondéré de qualité de vie du questionnaire de qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>

CARACTERISTIQUES SANTE PHYSIQUES, TEMPS 2	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
	MEDLEV	niveau de soins médicaux, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très peu-aucun</li> <li>• faible</li> <li>• modéré</li> <li>• élevé</li> </ul>
	SELFCARE	soins infirmiers requis, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• autonome</li> <li>• supervision faible à modérée</li> <li>• supervision élevée à soins totaux</li> </ul>
	PLC	niveau de soins physiques, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indépendant</li> <li>• supervisé</li> <li>• soins infirmiers intermittents</li> <li>• soins infirmiers spécialisés</li> </ul>
	SPHYS	score de la dimension "santé physique" du questionnaire de qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>

NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
CARACTERISTIQUES SANTE PSYCHIQUE, TEMPS 2		
GENPOT	comportement gênant potentiel, selon avis d'expert (NFCAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• oui</li> </ul>
GENAFF	comportement gênant affirmé, selon avis d'expert (NFCAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• oui</li> </ul>
DANGPOT	comportement dangereux potentiel selon avis d'expert (NFCAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• oui</li> </ul>
DANGAFF	comportement dangereux affirmé, selon avis d'expert (NFCAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• non</li> <li>• oui</li> </ul>
BIENP	score de la dimension "bien-être psychologique" du questionnaire de qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>
SYMPT	score de la dimension "symptômes psychiatriques" du questionnaire de qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• continue</li> </ul>
PSYCH	niveau de soins psychiatriques, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• communauté</li> <li>• réhabilitation</li> <li>• intensif</li> </ul>
DEP	état dépressif, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevé</li> </ul>
PSY	symptômes psychotiques, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevée</li> </ul>
PSYPOS	somme des symptômes psychotiques actifs, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible à faible</li> <li>• modéré</li> <li>• élevé à très élevé</li> </ul>
PSYNEG	somme des symptômes psychotiques de retrait, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• très faible</li> <li>• faible</li> <li>• modérée à très élevée</li> </ul>
SECURE	besoin de sécurité, GNY au temps 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aucun besoin</li> <li>• faible besoin</li> <li>• besoin élevé</li> </ul>

	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
DIMENSIONS RELATIONS SOCIALES, TEMPS 2	RSOCIAL	score de la dimension "relation sociale" du questionnaire de qualité de vie	• continue
	SOC	sociabilité, GNY au temps 2	• très faible à faible • modérée • élevée à très élevée
	DELIN	délinquance, GNY au temps 2	• très faible • faible • modérée à très élevée
	HOS	hostilité, GNY au temps 2	• très faible • faible • modérée à très élevée



DIMENSIONS ACTIVITES ET VIE QUOTIDIENNES TEMPS 2	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
	ALIM1	score de la dimension "alimentation" de l'ilss	• continue
	HYG1	score de la dimension "hygiène" de l'ilss	• continue
	BUDG1	score de la dimension "gestion du budget" de l'ilss	• continue
	TRANSP1	score de la dimension "moyen de transport" de l'ilss	• continue
	LOISIR1	score de la dimension "loisir" de l'ilss	• continue
	ACTDOM1	score de la dimension "activités domestiques" de l'ilss	• continue
	OCCUP	score de la dimension "occupation" du questionnaire de qualité de vie	• continue
	MONEY	score de la dimension "satisfaction avec l'argent" du questionnaire de qualité de vie	• continue
	ACTQUOT	score de la dimension "activités quotidiennes" du questionnaire de qualité de vie	• continue
	COMACT	habiletés dans les actions communautaires, GNY au temps 2	• fonctionnement indépendant à élevé • fonctionnement modérés • fonctionnement faible à très faible
	COMIND	indépendance, GNY au temps 2	• indépendant • supervision requise
	NEAT	hygiène personnelle, GNY au temps 2	• très faible à faible • modérée • élevée à très élevée
	ORI	sens de l'orientation, GNY au temps 2	• très faible à faible • modéré • élevée à très élevé
	INITIA	initiative personnelle, GNY au temps 2	• très faible à faible • modéré • élevée à très élevé

	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
EVOLUTION DES SCORES DE LA GNY, DIMENSIONS PHYSIQUES	MEDLEVD	MEDLEV-MEDLEV.1	• continue
	PLCD	PLC-PLC.1	• continue
	SELFCAD	SELFCA-SELFCA.1	• continue
			•
EVOLUTION DES SCORES DE LA GNY, DIMENSIONS PSYCHIQUES	PSYCHD	PSYCH-PSYCH.1	• continue
	DEPD	DEP-DEP.1	• continue
	PSYD	PSY-PSY.1	• continue
	PSYNEGD	PSYNEG-PSYNEG.1	• continue
	PSYPOSD	PSYPOS-PSYPOS.1	• continue
			•
EVOLUTION DES SCORES DE LA GNY, DIMENSIONS SOCIALES	SOCD	SOC-SOC.1	• continue
	DELIND	HAB-HAB.1	• continue
	HOSD	HOS-HOS.1	• continue
			•
EVOLUTION DES SCORES DE LA GNY, DIMENSIONS ACTIVITES ET VIE QUOTIDIENNE	NEATD	NEA-NEA.1	• continue
	ORID	ORI-ORI.1	• continue
	SECURED	SECURE-SECURE.1	• continue
	INITIAD	SEL-SEL.1	• continue
	COMACTD	COMACT-COMACT.1	• continue
	COMINDD	COMIND-COMIND.1	• continue
			•

	NOM DE LA VARIABLE	IDENTIFICATION	CONTINUE/ CATÉGORIES
COUTS	CBSA510	coûts totaux, valeur de base, immobilisations non comprises, actualisation 5%	• continue
	CMXA510	coûts totaux, valeur maximale, immobilisations non comprises, actualisation 5%	• continue
	CMNA510	coûts totaux, valeur minimale, immobilisations non comprises, actualisation 5%	• continue
	CBSA51MI	coûts totaux, valeur de base, immobilisations comprises, valeur minimale, actualisation 5%	• continue
	CMXA51MI	coûts totaux, valeur maximale, immobilisations comprises, valeur minimale, actualisation 5%	• continue
	CMNA51MI	coûts totaux, valeur minimale, immobilisations comprises, valeur minimale, actualisation 5%	• continue
	CBSA51MA	coûts totaux, valeur de base, immobilisations comprises, valeur maximale, actualisation 5%	• continue
	CMXA51MA	coûts totaux, valeur maximale, immobilisations comprises, valeur maximale, actualisation 5%	• continue
	CMNA51MA	coûts totaux, valeur minimale, immobilisations comprises, valeur maximale, actualisation 5%	• continue

*i) régressions logistiques*

La régression logistique est une procédure statistique permettant d'établir un modèle parcimonieux décrivant la relation entre un résultat (une variable dépendante dichotomique) et une série de variables explicatives ou prédictives [Hosmer et Lemeshow, 1989].

Cette procédure a été utilisée dans le but d'identifier des déterminants 1) de la sortie des patients et 2) de sa situation effective en terme de résidence au moment de l'entrevue (hospitalisé en hôpital psychiatrique ou hors de l'hôpital). Les variables dépendantes de ces deux analyses ont été:

GROUPE: désinstitutionnalisés (catégorie de référence) versus hospitalisés

SITACT: situation au moment de l'entrevue en terme de lieu d'hébergement: hospitalisés (catégorie de référence) versus désinstitutionnalisés.

Afin de pouvoir évaluer l'influence de diverses variables indépendantes sur ces deux variables dépendantes, la stratégie suivante, basée sur Kleinbaum et al. [1982] et Hosmer et Lemeshow [1989] a été adoptée. Les analyses ont été réalisées en deux étapes. Dans la première étape, les variables indépendantes citées ci-dessous, jugées d'intérêt, ont toutes été introduites et l'analyse s'est effectuée en *stepwise (backward)*. Les critères de maintien dans le modèle ont été un alpha à 0.05 pour la sortie et un alpha à 0.01 pour l'entrée, basés sur la statistique du ratio de vraisemblance.

Les variables retenues lors de cette première étape ont été considérées comme faisant partie du modèle final. Afin de pouvoir estimer les rapports de cotes correspondant aux variables retenues, celles-ci ont alors été forcées (*enter*) dans une deuxième analyse de régression.

Les variables indépendantes utilisées dans les deux régressions logistiques, sur la variable GROUPE et la variable SITACT, sont présentées dans le tableau suivant (Tableau III.VI).

Tableau III.VI: variables indépendantes introduites dans les régressions logistiques

nom de la variable	la dimension	identification	régression sur GROUPE <sup>8</sup>	régression sur SITACT <sup>9</sup>
AGE89	démographique	âge	X	X
SEXE	démographique	sexe	X	X
DURHOSP	prise en charge	durée écoulée de l'hospitalisation en cours au début de l'étude	X	X
NBHOSP	prise en charge	nombre d'hospitalisations en hôpital psychiatrique avant début de l'étude	X	X
MEDLEV1	physique, temps 1	soins médicaux	X	X
PLC1	physique, temps 1	soins physiques	X	X
PLCD	physique, évolution (t2 - t1)	soins physiques		X
SELFCA1	physique, temps 1	soins infirmiers	X	X
SELFCAD	physique, évolution (t2 - t1)	soins infirmiers		X
DIAG	psychique, temps 1	diagnostic psy.	X	X
PSYCH1	psychique, temps 1	niveau de soins psychiatriques selon GNY	X	
DEP1	psychique, temps 1	dépression	X	X
PSY1	psychique, temps 1	symptômes psychotiques	X	X
PSYNEG1	psychique, temps 1	symptômes psychotiques négatifs	X	X
PSYPOS1	psychique, temps 1	symptômes psychotiques positifs	X	X
SECURE1	psychique, temps 1	besoin de sécurité	X	X
SOC1	sociale, temps 1	sociabilité	X	X
SOC1D	sociale, évolution (t2 - t1)	sociabilité		X
DELIN1	sociale, temps 1	délinquance	X	X
HOS1	sociale, temps 1	hostilité	X	X
COMACT	act. vie quotidienne, temps 1	habiletés dans actions communautaires.	X	X
COMACTD	act. vie quotidienne, évolution (t2 - t1)	habiletés dans actions communautaires		X
COMIND	act. vie quotidienne, temps 1	indépendance	X	X
COMINDD	act. vie quotidienne, évolution (t2 - t1)	indépendance		X
NEAT1	act. vie quotidienne, temps 1	hygiène	X	X
ORI1	act. vie quotidienne, temps 1	sens de l'orientation	X	X

<sup>8</sup> Toujours hospitalisé versus désinstitutionnalisé (catégorie de référence).

<sup>9</sup> Hospitalisé dans un hôpital psychiatrique (catégorie de référence) versus hébergé dans un autre type de résidence au moment de l'entrevue.

nom de la variable	dimension	identification	régression sur GROUPE	régression sur SITACT
DANGAFF	psychique, temps 2	comportement dangereux affirmé	X	X
DANGPOT	psychique, temps 2	comportement dangereux potentiel	X	X
GENAFF	psychique, temps 2	comportement gênant affirmé	X	X
GENPOT	psychique, temps 2	comportement gênant potentiel	X	X
CBSA5IMI	coûts			X

La variable CBSA5IMI (coûts totaux) a été catégorisée en tranches de 50 000 \$. Aussi, une hypothèse est faite selon laquelle les comportements dangereux et gênants établis au temps 2 par le panel d'experts, sont des caractéristiques qui étaient présentes au temps 1.

Le choix des variables a été dicté par un souci de prendre en compte les caractéristiques démographiques des patients, dont on sait qu'elles sont un déterminant important du succès d'une désinstitutionnalisation [Fisher et al., 1992; Cohen et al., 1997] ainsi que les différentes dimensions qui contribuent à la santé d'un individu: la santé physique, la santé psychique, les relations sociales ainsi que les habiletés à réaliser les activités de la vie [Schipper et al., 1990], telles que présentes au début de l'étude.

Dans la deuxième régression (sur la variable SITACT), ont été considérées également les variables se rapportant à l'évolution, entre les temps 1 (début de l'étude) et le temps 2 (entrevue) des scores des dimensions physiques, psychiques, sociales et des habiletés dans les activités quotidiennes, ainsi que celle se rapportant aux coûts totaux des services utilisés.

## ii) régressions linéaires multiples

Des régressions linéaires multiples ont été réalisées sur la variable dépendante CBSA5IMI (coûts totaux). Ces régressions avaient pour but d'identifier les facteurs démographiques, ceux se rapportant aux caractéristiques des patients sur les différentes dimensions du concept santé, au

temps 1 et 2, ainsi que ceux ayant trait à la prise en charge, qui sont associés aux coûts de l'utilisation des services.

Le choix de ces dimensions s'explique par les données de la littérature, qui soulignent l'importance de considérer parmi les déterminants du résultat de la désinstitutionnalisation autant les caractéristiques individuelles des patients [Fisher et al., 1992; Cohen et al., 1997] que les caractéristiques du processus de prise en charge [Caton et al., 1984; Cohen et al., 1997].

Afin de limiter le nombre de variables indépendantes introduites dans le modèle, les variables de la GNY passée au temps 2 n'ont pas été utilisées, puisque les dimensions concernées pouvaient être exprimées par des variables provenant d'autres instruments (ILSS et qualité de vie).

Les variables indépendantes considérées sont présentées aux Tableau III.VII.

**Tableau III.VII: variables indépendantes introduites dans les régressions linéaires multiples**

variable	description	dimensions
age89	âge	démogr.
sexe	sexe	démogr
groupe <sup>10</sup>	sortis/hospitalisés	prise en charge
durext	durée passée hors de l'hôpital	prise en charge
durhosp	durée de la dernière hospitalisation avant début de l'étude	prise en charge
nbhosd	nombre d'hospitalisations avant début de l'étude	prise en charge
liberte	degré d'autonomie accordé dans la résidence	prise en charge
medlev.1	soins médicaux,	phys., t1
selfca.1	habiletés dans soins quotidiens	phys., t1
plc.1	soins physiques	phys., t1
sphys	santé physique, qualité de vie	phys., t2
dangaff	comportement dangereux affirmé	psych., t2
dangpot	comportement dangereux potentiel	psych., t2
genaff	comportement gênant affirmé	psych., t2
genpot	comportement gênant potentiel	psych., t2
diag	schizophrénie	psych., t2
sympt	symptômes psychiatriques	
psych.1	niveau de soins psychiatriques	psych., t1
dep.1	état dépressif,	psych., t1
psy.1	symptômes psychotiques	psych., t1

<sup>10</sup> Les régressions ont été refaites chaque fois en remplaçant la variable GROUPE par trois nouvelles variables, chacune représentant une des catégories de trajectoire des patients: toujours hospitalisé; toujours sorti; désinstitutionnalisé et réhospitalisé.

<b>variable</b>	<b>description</b>	<b>dimensions</b>
rsocial	relations sociales	sociale, t2
soc.1	sociabilité	sociale, t1
delin.1	délinquance	sociale, t1
hos.1	hostilité	sociale, t1
actquot	activités quotidiennes, qualité de vie	act. quot., t2
occup	occupation, qualité de vie	act. quot., t2
loisir	loisir, ILSS	act. quot., t2
santé1	dimension santé, ILSS	santé générale
qol	score global de qualité de vie	santé générale
wqol	score global pondéré qualité de vie	santé générale

Des *dummies* ont été créés avec les variables catégorielles non dichotomiques citées dans le Tableau II.V.

L'analyse des déterminants a été réalisée en deux étapes [Neter et al., 1990]. Dans une première étape, toutes les variables indépendantes identifiées ont été introduites et analysées en *stepwise* (*backward*). Les critères de maintien dans le modèle ont été un alpha à 0.05 pour la sortie et à 0.01 pour l'entrée, basé sur la méthode des moindres carrés.

Dans une seconde étape, les variables qui ont été retenues, ont été forcées dans une nouvelle régression (*enter*) pour pouvoir calculer leur contribution individuelle.



### 3.3 RESULTATS

#### 3.3.1 Description de la population étudiée

L'échantillon de l'étude a consisté en 192 patients pairés pour l'âge<sup>11</sup>, le sexe, le niveau de soins psychiatriques de la Grille de New York en 1989<sup>12</sup> et la durée d'hospitalisation continue précédant le début de l'étude<sup>13</sup>. Dans 191 cas, l'information recueillie a été assez complète pour pouvoir être analysée. C'est chez ces 191 cas que les analyses ont été effectuées.

Ces 191 cas se répartissent comme suit:

- 95 ont toujours été hospitalisés
- 62 ont été désinstitutionnalisés et n'ont pas été réadmis (si ce n'est, pour cinq individus, pour une intervention médico-chirurgicale non psychiatrique)
- 34 ont été désinstitutionnalisés et ont été réadmis au moins une fois

Au moment de l'entrevue, 106 patients étaient hospitalisés et 85 vivaient dans une résidence autre que l'hôpital.

---

<sup>11</sup> Trois catégories ont été utilisées: moins de 50 ans; 50-65 ans; 65 et plus.

<sup>12</sup> Trois catégories sont produites: milieu de vie autonome (communautaire); milieu de réadaptation (réadaptatif); centre de traitement psychiatrique intensif.

<sup>13</sup> Deux catégories ont été utilisées: 2 à 5 ans; plus de 5 ans.

### 3.3.1.1 *Caractéristiques de la population au début de l'étude*

En 1989, les caractéristiques des deux groupes de l'étude, en termes de données d'appariement et de scores de diverses dimensions de la GNY, sont présentés dans les Tableaux III.VII et III.VIII.

**Tableau III.VIII: données sur les populations au début de l'étude**

	groupe "institutionnalisé" n = 95	groupe "communautaire" n = 96	p
âge le 1er avril 1989	moyenne: 49.01 écarts types: 11.66	moyenne: 49.41 écarts types: 12.43	0.817 <sup>14</sup>
sexe	hommes: 52.63%	hommes: 46.87%	0.426 <sup>15</sup>
niveau de soins psychiatriques en 1989	communautaire: 46.3% réadaptation: 24.2% intensif: 29.5%	communautaire: 43.8% réadaptation: 26.3% intensif: 29.5%	0.937 <sup>16</sup>
durée de la dernière hospitalisation avant début de l'étude (années)	moyenne: 12.10 écarts types: 9.66	moyenne: 10.59 écarts types: 10.65	p = 0.305 <sup>17</sup>
nombre d'hospitalisations avant 1989	moyenne: 4.47 écarts types: 4.44	moyenne: 5.56 écarts types: 5.27	p = 0.124 <sup>18</sup>

<sup>14</sup> Test de t sur données non appariées

<sup>15</sup> Chi<sup>2</sup> de Pearson

<sup>16</sup> Chi<sup>2</sup> de Pearson

<sup>17</sup> Test de t sur données appariées

<sup>18</sup> Test de t sur données appariées

**Tableau III.IX: comparaison des deux groupes au temps 1 à travers les dimensions de la GNY**

	moyenne (écarts types)		Cas non appariés					Cas appariés		
	hospitalisés n=94-95 <sup>19</sup>	sortis n=94-95	n	F	p	Z	p	n paires	Z	p
niveau de soins <sup>20</sup> 1-10 (1)	4.56 (2.87)	4.74 (2.91)	190	0.204	0.652	- 0.648	0.517	94	- 0.962	0.336
habiletés dans les actions communautaires: 1-5 (1)	4.43 (0.82)	4.18 (0.92)	190	3.978	0.48	- 2.069	0.039	94	- 1.684	0.092
indépendance: 1-2 (1)	1.86 (0.35)	1.85 (0.36)	190	0.043	0.836	- 0.207	0.836	94	0.000	1.000
dépression: 1-5 (1)	1.26 (0.57)	1.39 (0.69)	190	1.9	0.17	- 1.282	0.200	94	- 1.322	0.186
délinquance: 1-5 (1)	1.63 (0.70)	1.53 (0.74)	190	1.012	0.316	- 1.37	0.171	94	- 1.304	0.192
hostilité: 1-5 (1)	2.08 (0.81)	2.02 (0.81)	190	0.289	0.592	- 0.842	0.4	94	- 0.976	0.329
niveau de soins médicaux: 1-4 (1)	1.95 (0.57)	2.2 (0.81)	189	6.24	0.013	- 2.139	0.032	93	- 2.322	0.020
hygiène personnelle: 1-5 (5)	3.93 (1.04)	3.87 (1.14)	190	0.11	0.741	- 0.116	0.907	94	- 0.246	0.806
sens de l'orientation: 1-5 (5)	4.13 (0.83)	4.28 (0.86)	189	1.618	0.205	- 1.557	0.119	93	- 1.242	0.214
niveau de soins physiques: 1-4 (1)	2.05 (0.64)	2.2 (0.76)	189	2.149	0.144	- 1.476	0.14	93	- 1.581	0.114
symptômes psychotiques: 1-5 (1)	2.06 (0.87)	1.94 (0.84)	190	1.023	0.313	- 1.136	0.256	94	- 0.877	0.380
niveau de soins psychiatriques: 1-3 (1)	1.83 (0.86)	1.85 (0.85)	190	0.029	0.865	- 0.190	0.849	94	000	1.000
sommes des facteurs négatifs: 1-5 (1)	1.86 (0.61)	1.84 (0.66)	190	0.052	0.82	- 0.503	0.615	94	- 0.252	0.801
somme des facteurs positifs: 1-5 (1)	3.69 (0.76)	3.84 (0.84)	189	1.661	0.199	- 1.206	0.228	93	- 1.328	0.184
besoin de sécurité: 1-3 (1)	1.45 (0.75)	1.49 (0.81)	190	0.137	0.711	- 0.184	0.854	94	- 0.728	0.467
initiative personnelle: 1-5 (5)	3.63 (0.88)	3.73 (1.07)	190	0.448	0.504	- 0.913	0.361	94	- 0.651	0.515
habiletés dans les soins quotidiens: 1-6 (1)	1.9 (1.16)	2.01 (1.36)	190	0.397	0.53	- 0.230	0.818	94	- 0.446	0.655
soins infirmiers requis: 1-3 (1)	1 (0.00)	1.05 (0.3)	190	2.831	0.094	- 1.741	0.082	94	- 1.342	0.180
sociabilité: 1-5 (5)	2.39 (0.89)	2.76 (1.04)	190	6.886	0.009	- 2.335	0.02	94	- 2.343	0.019

Il apparaît de ces tableaux III.VIII et III.IX que les deux groupes sont, au début de l'étude, peu différents. Ainsi, malgré le fait que l'appariement n'ait porté que sur le sexe, l'âge, la durée de la dernière hospitalisation (avec deux catégories) et une dimension de la GNY (niveau de soins

<sup>19</sup> En raison de données manquantes sur certains items, les scores pour toutes les dimensions n'ont pas toujours pu être calculés, ce qui explique les variations d'effectifs pour les différents scores.

<sup>20</sup> Sous chacune des dimensions sont présentées l'étendue du score ainsi que, entre parenthèses, la borne la plus souhaitable.

psychiatriques requis), on n'observe pas de différences statistiquement significatives ni avec la durée réelle de la dernière hospitalisation et le nombre d'hospitalisations antérieures, ni avec les différentes dimensions de la GNY, à l'exception de deux d'entre elles: le niveau de soins médicaux requis, celui-ci étant plus élevé pour le groupe des "désinstitutionnalisés", et la sociabilité qui est moins élevée chez les "toujours hospitalisés".

### 3.3.1.2 Mouvements de la cohorte sortie

Le tableau III.X et la figure 3.1 présentent l'état de l'hébergement du groupe "désinstitutionnalisés" le 1<sup>er</sup> avril de chaque année. Les types de résidences y sont regroupés en catégories représentant des besoins de ressources d'intensité décroissante.

Tableau III.X: situation de l'hébergement du groupe des désinstitutionnalisés le 1er avril de chaque année (nombre de cas)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>hôpital psychiatrique</b> soins infirmiers psychiatriques constants	96	88	69	59	49	47	40	31	19
<b>CHSLD</b> supervision de type soins infirmiers médicaux constants		1	6	6	6	7	10	15	17
<b>maisons de transition, foyers de groupe</b> supervision constante par équipe de professionnels. Programme de réadaptation élaboré et mis en application		1	5	13	16	13	16	18	18
<b>pavillon</b> une certaine supervision est assurée. Visites de professionnels. 10 à 29 bénéficiaires		1	2	4	4	8	8	7	10
<b>rés. d'accueil (famille d'accueil)</b> une certaine supervision est assurée. Visites de professionnels. 1 à 9 bénéficiaires		1	4	4	5	6	6	7	10
<b>appartements supervisés, maisons de chambre</b> logements regroupés dans même immeuble où des intervenants peuvent assurer le suivi ou certains services comme les repas		1	3	4	8	7	7	9	11
<b>domicile</b>		1	2	1	2	3	6	5	6
<b>sans adresse</b>		1	2	2	2	2	2	4	5
<b>autre</b>		1	3	3	4	3	1	0	0

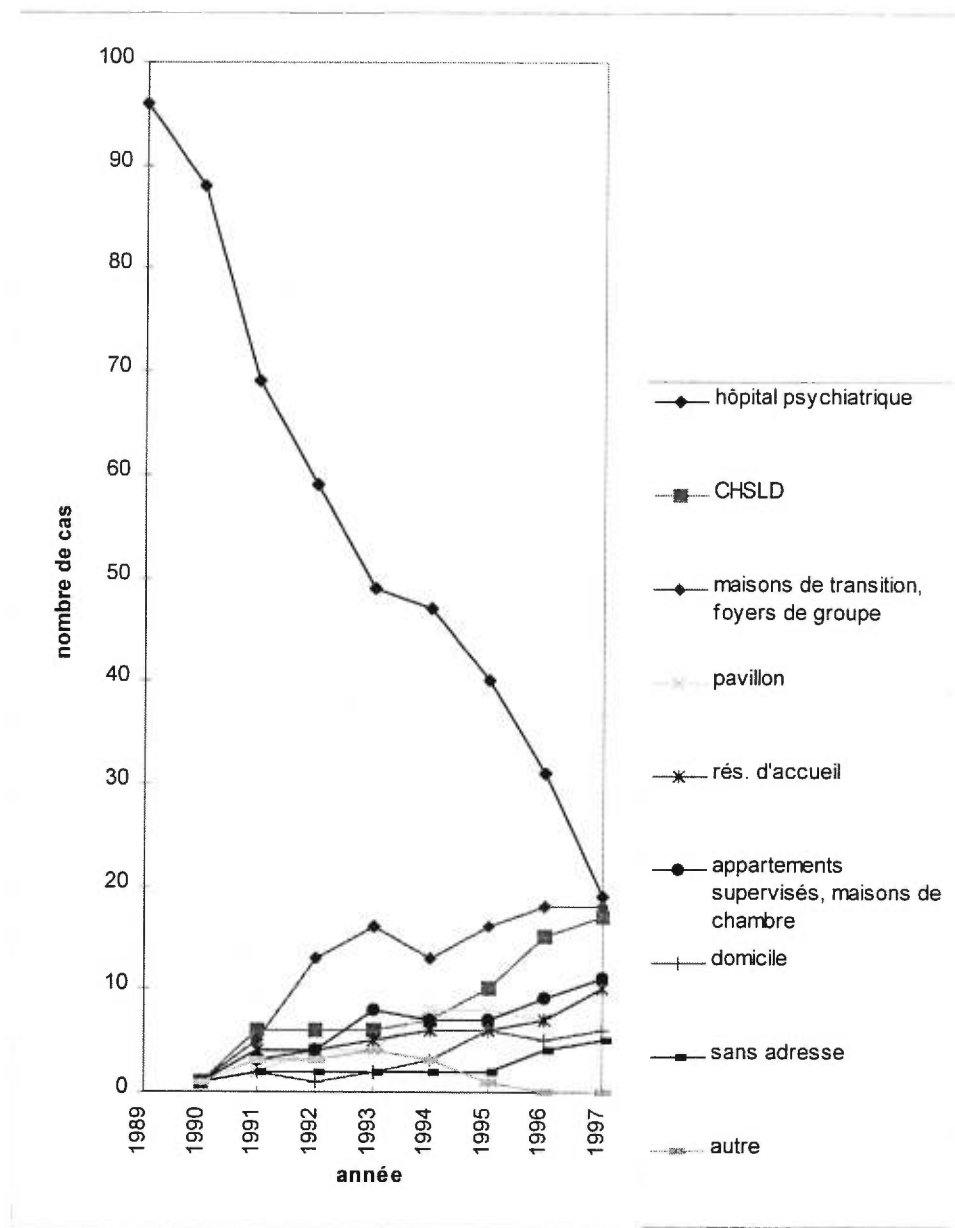


Figure 3.1: situation de l'hébergement le 1er avril de chaque année

Ces résultats reflètent les données sur l'évolution de la désinstitutionnalisation pour l'ensemble de la population de l'hôpital. Ils montrent que la sortie des patients était déjà fortement engagée au début de l'étude. Les résultats montrent également la diversité du type de résidences dans lesquels se dirigent les patients à leur sortie. Cela est l'expression d'un souci d'offrir à la personne désinstitutionnalisée un milieu supposément le plus adéquat compte tenu de ses besoins.

On remarque aussi le faible nombre (6 cas) de personnes se retrouvant à domicile, c'est-à-dire complètement autonomes ou pouvant être pris en charge par la famille. Ce très faible effectif, qui reproduit par ailleurs l'exemple anglais [Beecham et Lesage, 1997], était attendu du fait de la sévérité de la maladie des personnes de l'échantillon.

On note aussi la part relativement importante de l'hébergement dans les centres de soins de longue durée (CHSLD). Cette augmentation est attendue du fait tout d'abord de l'âge de nombreux patients, qui les rend plus susceptibles à requérir des soins en longue durée, et qui en réduisant la symptomatologie, permet d'envisager un placement dans des institutions non spécialisées en psychiatrie. La place des CHSLD traduit peut-être aussi le fait que certains patients pourraient avoir été hébergés dans un hôpital psychiatrique, cette institution ayant eu pendant longtemps la double fonction de lieu de traitement ainsi que de lieu d'hébergement pour ceux que la société voulait confiner à l'écart de la communauté, sans que ce type d'hospitalisation puisse médicalement être justifié.

Par rapport au groupe des désinstitutionnalisés, on note que ce groupe a passé en moyenne 1349 jours à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, avec une variance à 919. Le nombre de réhospitalisations s'est chiffré de 0 à 7 (1.09 en moyenne), avec un écart-type à 1.70. La durée moyenne des réhospitalisations (unité médico-chirurgicale exclue) s'est élevée à 324 jours, avec un écart-type à 631.

### 3.3.1.3 Caractéristiques de la population au moment des entrevues

Au temps 2, au moment des entrevues, les caractéristiques en termes de diagnostics et de comportement des patients sont indiqués au Tableau III.XI.

**Tableau III.XI: comparaison des groupes au temps 2 par rapport au diagnostic et aux comportements gênant et dangereux**

	groupe "institutionnalisé"	groupe "communautaire"	p Chi carré de Pearson
diagnostics les plus fréquents	schizophrénie: 75/95 (78.94%) troubles affectifs majeurs: 6/95 (9.47%)	schizophrénie: 60/96 (62.5%) troubles affectifs majeurs 8/96 (8.33%)	0.037
NFCAS			
• comportement gênant	établi: 31/95 (32.63 %) potentiel: 1/95 (1.05 %)	établi: 32/96 (33.33 %) potentiel: 4/96 (4.17%)	0.918 0.178
• comportement dangereux	établi: 25/95 (26.32 %) potentiel: 8/95 (8.42 %)	établi: 3/96 (3.13%) potentiel: 3/96 (3.13%)	0.000 0.116

Le tableau III.XI montre que deux variables permettent de différencier les deux groupes: le comportement dangereux qui est associé à une plus forte probabilité de rester hospitalisé, de même qu'un diagnostic de schizophrénie.

Par rapport aux dimensions de la GNY au moment de l'entrevue, les groupes se comparent tels que présentés au Tableau III.XII.

**Tableau III.XII: comparaison des groupes à travers les dimensions de la GNY au moment de l'entrevue**

	moyenne (écarts types)		Cas non appariés					Cas appariés		
	hospitalisés n = 64-95	sortis n = 57-95	n	F	p	Z	p	n paires	Z	p
niveau de soins: 1-10 (1)	4.4 (3.58)	3.86 (3.48)	190	1.369	0.243	-1.166	0.244	92	-1.454	0.146
habileté dans les actions communautaires: 1-5 (1)	4.41 (0.75)	4.07 (1.12)	148	4.774	0.030	-1.547	0.122	60	-1.677	0.094
indépendance: 1-2 (1)	1.73 (0.45)	1.64 (0.48)	190	1.555	0.214	-1.245	0.213	92	-1.521	0.128
dépression: 1-5 (1)	1.38 (0.60)	1.41 (0.70)	152	0.038	0.845	-0.081	0.935	63	-0.465	0.642
délinquance: 1-5 (1)	1.64 (0.71)	1.72 (0.66)	138	0.521	0.472	-0.913	0.361	52	-0.494	0.621
hostilité: 1-5 (1)	2.26 (0.75)	2.01 (0.66)	150	4.413	0.037	-2.284	0.022	61	-1.576	0.115
niveau de soins médicaux: 1-4 (1)	2.1 (0.64)	2.59 (0.94)	151	12.044	0.001	-3.120	0.002	64	-3.663	0.000
hygiène personnelle 1-5 (5)	3.86 (0.95)	3.93 (0.99)	151	0.245	0.622	-0.609	0.542	62	-0.122	0.903
sens de l'orientation: 1-5 (5)	3.92 (0.77)	3.98 (0.9)	139	0.207	0.649	-0.735	0.462	50	-0.331	0.740
niveau de soins physiques: 1-4 (1)	2.17 (0.74)	2.41 (0.99)	146	2.828	0.095	-1.604	0.109	59	-1.523	0.128
symptômes psychotiques: 1-5 (1)	2.04 (0.66)	1.86 (0.81)	137	2.251	0.136	-1.754	0.079	49	-1.227	0.220
niveau de soins psychiatriques: 1-3 (1)	1.96 (0.96)	1.73 (0.87)	190	3.056	0.082	-1.643	0.100	92	-2.353	0.019
sommes des facteurs négatifs: 1-5 (1)	1.95 (0.49)	1.91 (0.59)	118	0.213	0.646	-0.683	0.494	38	-0.258	0.796
somme des facteurs positifs: 1-5 (1)	3.57 (0.7)	3.82 (0.8)	125	3.489	0.064	-1.641	0.101	38	-1.874	0.061
besoin de sécurité: 1-3 (1)	1.71 (0.87)	1.38 (0.67)	190	8.333	0.004	-2.633	0.008	92	-3.165	0.002
initiative personnelle: 1-5 (5)	3.71 (0.87)	3.47 (0.99)	151	2.508	0.115	-1.555	0.120	61	-1.466	0.143
habiletés dans les soins quotidiens: 1-6 (1)	2.30 (1.46)	2.62 (1.7)	152	1.487	0.225	-0.880	0.379	63	-1.111	0.266
soins infirmiers requis: 1-3 (1)	1.03 (0.23)	1.08 (0.38)	190	1.357	0.246	-1.156	0.248	92	-0.973	0.330
sociabilité: 1-5 (5)	2.45 (0.81)	3.00 (1.11)	148	12.052	0.001	-3.166	0.002	58	-3.313	0.001

Le tableau III.XII montre que les dimensions qui permettaient en 1989 de distinguer les deux groupes, restent statistiquement significatives. Les soins médicaux requis ainsi que le niveau de sociabilité sont toujours un peu plus élevés dans le groupe des désinstitutionnalisés.



On note de plus que la variable "besoin de sécurité" devient statistiquement significative. Ce besoin est plus élevé chez les personnes toujours institutionnalisées.

Le Tableau III.XIII montre comment les groupes se comparent par rapport à l'évolution entre les temps 1 (début de l'étude) et 2 (moment de l'entrevue) des dimensions de la GNY.

Tableau III.XIII: comparaison des groupes à travers l'évolution des scores des dimensions de la GNY

	moyenne (écart types)		Cas non appariés					Cas appariés		
	hospitalisés n = 63-80	sortis n = 52-82	n	F	p	Z	p	n paires	Z	p
niveau de soins (-10/10 -)	0.19 (4.10)	- 0.7 (4.67)	162	2.493	0.116	- 1.6	0.110	73	- 1.671	0.095
habiletés dans actions communautaires (-4/4, -) <sup>21</sup>	- 0.05 (0.85)	- 0.2 (1.35)	141	0.585	0.446	- 0.338	0.736	57	- 0.580	0.562
indépendance (-1/1, -)	0.03 (0.49)	- 0.17 (0.49)	162	2.987	0.086	- 1.706	0.088	73	- 1.069	0.285
dépression (-4/4, -)	0.12 (0.55)	0.07 (0.74)	145	0.224	0.636	- 0.335	0.738	59	- 0.293	0.769
délinquance (-4/4, -)	- 0.01 (0.86)	0.29 (0.89)	132	3.900	0.050	- 1.928	0.054	48	- 1.132	0.258
hostilité (-4/4, -)	0.16 (0.90)	0.03 (0.85)	142	0.810	0.370	- 0.777	0.437	56	- 0.388	0.698
soins médicaux (-3/3, -)	0.18 (0.79)	0.39 (1.01)	143	1.884	0.172	- 1.646	0.100	59	- 1.355	0.175
hygiène personnelle (-4/4, +)	- 0.11 (1.23)	- 0.04 (1.2)	143	0.570	0.452	- 0.939	0.348	57	- 0.042	0.967
sens de l'orientation (-4/4, +)	- 0.16 (0.72)	- 0.3 (0.83)	130	1.112	0.294	- 0.830	0.407	45	- 0.889	0.374
soins physiques (-3/3, -)	0.17 (0.71)	0.17 (0.95)	138	0.000	1.000	- 0.070	0.944	54	- 0.399	0.690
symptômes psychotiques (-4/4, -)	0.05 (0.97)	0.03 (0.94)	130	0.010	0.921	- 0.044	0.965	46	- 0.409	0.682
niveau de soins psychiatrique(-2/2, -)	0.26 (1.21)	-0.007 (1.27)	162	2.955	0.088	- 1.522	0.128	73	- 2.170	0.030
somme des facteurs négatifs (-4/4, -)	0.1 (0.71)	0.13 (0.77)	112	0.062	0.804	- 0.091	0.927	35	- 0.033	0.974
somme des facteurs positifs (-4/4, -)	- 0.71 (0.79)	- 0.51 (0.99)	116	1.528	0.219	- 1.329	0.184	34	0.749	0.454
besoin de sécurité (-2/2, -)	0.3 (1.18)	- 0.98 (1.09)	162	5.260	0.023	- 2.399	0.016	73	- 2.637	0.008
initiative personnelle (-4/4,+)	< 0.001 (0.91)	- 0.32 (1.43)	143	2.572	0.111	- 1.673	0.094	57	- 1.431	0.152
habiletés dans soins quotidiens (-5/5, -)	0.48 (1.21)	0.51 (1.39)	144	0.016	0.900	- 0.363	0.717	58	- 0.485	0.628
soins infirmiers requis (-2/2, -)	0.03 (0.25)	0.05 (0.47)	162	0.036	0.849	- 0.009	0.993	73	- 0.439	0.660
sociabilité (-4/4, +)	- 0.01 (0.86)	.032 (1.09)	140	4.167	0.043	- 2.194	0.028	54	- 2.093	0.036

<sup>21</sup> Entre parenthèses sont indiqués l'étendue de la différence, ainsi que le signe (+ ou -) associé à l'évolution la plus favorable.

Trois variables apparaissent de manière statistiquement significative. Le "besoin de sécurité" (qui d'ailleurs ressortait au temps 2) montre une évolution plus favorable dans le groupe des désinstitutionnalisés. Seul ce groupe en effet voit le score moyen s'améliorer.

Il en est de même avec la sociabilité dont le score s'est amélioré en moyenne uniquement dans le groupe des désinstitutionnalisés.

Finalement, on note que le niveau de soins psychiatrique s'est en moyenne un peu détérioré dans le groupe des toujours hospitalisés. Ceci n'est reflété que dans les analyses sur les cas pairés.

Le Tableau III.XIV montre comment se comparent les groupes à travers les dimensions de l'ILSS.

**Tableau III.XIV: comparaison des groupes à travers les dimensions de l'ILSS**

	moyenne (écarts types)		Cas non appariés					Cas appariés		
	hospitalisés n=71-78	sortis n=71-75	n	F	p	Z	p	n	Z	p
Activités domestiques 0 - 4 (4) <sup>22</sup>	1.04 (1.00)	1.42 (1.19)	152	3.915	0.050	-1.574	0.115	63	-1.384	0.166
Alimentation 0 - 4 (4)	2.10 (0.83)	2.08 (0.8)	153	0.061	0.805	-0.011	0.991	64	-0.236	0.813
Budget 0 - 4 (4)	0.87 (0.96)	1.14 (1.17)	153	3.130	0.079	-0.736	0.462	64	-1.642	0.101
Hygiène 0 - 4 (4)	1.61 (0.94)	1.74 (1.06)	153	0.335	0.563	-0.537	0.592	64	-0.120	0.904
Loisir 0 - 4 (4)	0.53 (0.47)	0.85 (0.65)	147	11.738	0.001	-3.145	0.002	60	-2.261	0.024
Santé 0 - 4 (4)	1.77 (0.81)	2.12 (0.99)	152	5.697	0.018	-2.124	0.034	63	-1.653	0.098
Transports 0 - 4 (4)	0.44 (0.83)	1.13 (1.19)	141	15.747	0.000	-3.861	0.000	55	-3.750	0.000

<sup>22</sup> Etendue et entre parenthèses, score le plus favorable

On note que deux variables montrent une différence statistiquement significative autant sur les cas appariés que sur les cas non appariés: les "loisirs" et le "transport". Une autre variable, la "santé", ressort statistiquement de façon légèrement significative avec un test paramétrique sur cas non appariés, mais non avec les tests non paramétriques. Dans ces trois dimensions, le score est favorable aux patients désinstitutionnalisés.

Le Tableau III.XV présente comment se comparent les groupes à travers les dimensions du questionnaire de la qualité de vie de Becker (version intervenants).

**Tableau III.XV: comparaison des groupes à travers les dimensions du questionnaire de la qualité de vie**

	moyennes (écarts types)		Cas non appariés					Cas appariés		
	hospitalisés n=34-81	sortis n= 39-75	n	F	p	Z	p	n	Z	p
activités de vie quotidienne -3 - 3 (3)	- 0.55 (1.08)	- 0.14 (1.24)	154	4.759	0.031	- 2.199	0.028	65	- 1.568	0.117
santé physique -3 - 3 (3)	1.03 (1.49)	1.02 (1.33)	147	0.000	0.985	- 0.189	0.850	60	- 0.277	0.782
situation économique -3 - 3 (3)	0.77 (1.50)	0.77 (1.54)	135	0.000	0.986	- 0.256	0.798	49	- 0.134	0.894
activités occupation- nelles -3 - 3 (3)	- 0.95 (1.81)	- 0.10 (1.64)	100	5.970	0.016	- 2.402	0.016	26	- 1.156	0.248
bien-être psychologique -3 - 3 (3)	- 1.26 (1.22)	- 0.58 (1.24)	156	11.53	0.001	- 3.310	0.001	66	- 2.677	0.007
relations sociales -3 - 3 (3)	- 1.32 (1.51)	- 0.44 (1.65)	148	11.60	0.001	- 3.330	0.001	60	- 2.017	0.044
symptômes, apparence -3 - 3 (3)	0.08 (1.34)	0.55 (1.18)	133	4.472	0.036	- 2.097	0.036	48	- 1.256	0.209
score global non pondéré -3 - 3 (3)	- 0.31 (0.81)	0.24 (0.84)	84	9.247	0.003	- 3.140	0.002	17	- 1.112	0.266
score global pondéré -3 - 3 (3)	- 0.33 (0.81)	0.24 (0.91)	73	7.707	0.007	- 2.886	0.004	14	- 0.847	0.397

Le tableau III.XV montre que deux dimensions permettent de distinguer les deux groupes: le "bien-être psychologique" et les "relations sociales".

D'autres dimensions ressortent également de manière statistiquement significative, mais uniquement dans les analyses sur cas non appariés: "activités de la vie quotidienne", "activités occupationnelles", "apparence", "score global non pondéré" et "score global pondéré". Toutes ces dimensions apparaissent de façon plus favorable dans le groupe des désinstitutionnalisés.

Le Tableau III.XVI montre comment les groupes se comparent en termes de coûts.

**Tableau III.XVI: comparaison des groupes à travers les différents items composant les coûts**  
Les totaux sont représentés pour les différentes conditions réalisées au cours des analyses de sensibilité, dont des taux d'actualisation de 5, 0 et 10%.

	moyenne : coûts (\$) sur la durée de l'étude, actualisés (5%); pourcentage (%) sur total (écarts types) n = 92 paires				valeur de p <sup>23</sup>
	hospitalisés	%	désinstitutionnalisés	%	
<b>Hébergement</b>					
• loyer versé par patient	0	0	13692 (11389)	5.1	0.000
• hébergement: coûts pour le réseau	249378 259470 <sup>24</sup> - 278904 <sup>25</sup> (43023) (43754-45238)	85.6	216355 224732-238302 (62888) (69208-76193)	80.4	0.000

<sup>23</sup> Test de t sur données appariées

<sup>24</sup> Coût des immobilisations de l'hôpital compris, valeur minimale

<sup>25</sup> Coût des immobilisations de l'hôpital compris, valeur maximale

	moyenne : coûts (\$) sur la durée de l'étude, actualisés (5%); pourcentage (%) sur total (écarts types) n = 92 paires				valeur de p <sup>26</sup>
	hospitalisés	%	désinstitutionnalisés	%	
<b>soins médicaux</b>					
• consultations internes par des spécialistes non psychiatres	512 (383)	0.2	403 (334)	0.2	0.036
• consultations externes par des spécialistes non psychiatres	2 (11)	< 0.1	125 (191)	< 0.1	0.000
• spécialistes en clinique privée	0 (0)	< 0.1	390 (558)	0.1	0.000
• visites omnipraticiens non rémunérés à l'acte	3272 (383)	1.1	1921 (946)	0.7	0.000
• omnipraticiens rémunérés à l'acte	9 (23)	< 0.1	178 (339)	< 0.1	0.000
• visites des psychiatres non rémunérés à l'acte	4153 (486)	1.4	2439 (1201)	1	0.000
• psychiatres rémunérés à l'acte	5277 (2934)	1.9	4016 (3362)	1.6	0.005
• interventions médico-chirurgicales	329 (606)	0.1	372 (563)	0.1	0.615
• dentisterie	1296 (1338)	0.4	1066 (1540)	0.4	0.277
• dentistes rémunérés par la RAMQ	0 (0)	< 0.1	81 (259)	< 0.1	0.004
<b>clinique externe<sup>27</sup>, urgences</b>					
• clinique externe	1 (14)	< 0.1	1585 (1585)	0.6	0.000
• visites aux urgences	0	< 0.1	173 173-376 (384) (384-835)	< 0.1	0.000
<b>examens complémentaires</b>					
• examens de laboratoire	1248 (1114)	0.4	939 (963)	0.4	0.067
• radiologie	382 (360)	0.1	350 (340)	0.1	0.53
<b>médicaments</b>					
• médicaments fournis à l'hôpital	9444 (6890)	3.2	5442 (6645)	2	0.000
• médicaments remboursés par la RAMQ	1 (7)	< 0.1	2081 (2689)	1	0.000

<sup>26</sup> Test de t sur données appariées

<sup>27</sup> Comprend les services offerts par des médecins, mais aussi des autres professionnels consultés en clinique externe.

	moyenne : coûts (\$) sur la durée de l'étude, actualisés (5%); pourcentage (%) sur total (écarts types)				valeur de p <sup>28</sup>
	hospitalisés	%	désinstitutionnalisés	%	
<b>professionnels non médecins</b>					
• éducation physique	2315 2313-2321 (4517) (4514-4523)	0.8	2089 2086-2094 (4304) (4301-4309)	0.8	0.698
• ergothérapie	438 415-587 (1813) (1784-2216)	0.2	2172 2124-2413 (5636) (5540-6081)	0.8	0.006
• inhalothérapie	91 46-137 (498) (249-746)	< 0.1	257 128-385 (1237) (619-1856)	< 0.1	0.242
• nutrition clinique	270 171-541 (152) (95-304)	< 0.1	85 54-171 (129) (81-257)	< 0.1	0.000
• pédagogie	0	< 0.1	8 7-8 (73) (68-73)	< 0.1	0.320
• physiothérapie	1360 1351-1378 (2844) (28.35-2862)	0.5	1138 1134-1146 (2620) (2610-2639)	0.4	0.571
• podiatrie	93 47-140 (177) (89-266)	< 0.1	62 31-93 (130) (65-196)	< 0.1	0.162
• psychologie	41 8-41 (104) (21-104)	< 0.1	384 98-384 (2686) (718-2686)	0.1	0.000
• réadaptation (éducateurs)	286 267-309 (1598) (1580-1620)	< 0.1	447 407-495 (2282) (2260-2306)	0.2	0.584
• travail social	70 46-97 (160) (100-225)	< 0.1	746 442-1062 (1329) (772-1901)	0.3	0.000

<sup>28</sup> Test de t sur données appariées

	moyenne : coûts (\$) sur la durée de l'étude, actualisés (5%); (écarts types)		valeur de p <sup>29</sup>
	hospitalisés	désinstitutionnalisés	
<b>TOTAL actualisation 5%</b>			
• TOTAL, immobilisations de l'hôpital non comprises	280980 280676-281565 (46424) (46344-46521)	259626 258546-260489 (66875) (66667-67115)	0.009
• TOTAL, immobilisations comprises, valeur minimale	291072 290770-291658 (47135) (47056-47230)	268003 266922-268865 (72199) (72021-72408)	0.008
• TOTAL, immobilisations comprises, valeur maximale	310506 310204-311091 (48588) (48510-48677)	281573 280492-282435 (78621) (78454-78815)	0.002

	moyenne : coûts (\$) sur la durée de l'étude, actualisés (0%); (écarts types)		valeur de p <sup>30</sup>
	hospitalisés	désinstitutionnalisés	
<b>TOTAL actualisation 0%</b>			
• TOTAL, immobilisations de l'hôpital non comprises	344189 343802-344933 (56967) (56864-57088)	315453 314083-316533 (84828) (84557-85127)	0.006
• TOTAL, immobilisations comprises, valeur minimale	356356 355971-357102 (57903) (57802-58021)	325273 323903-326354 (91491) (91256-91753)	0.005
• TOTAL, immobilisations comprises, valeur maximale	379791 379406-380537 (59799) (59700-59912)	341125 339755-342206 (99607) (99385-99852)	0.001

	moyenne : coûts (\$) sur la durée de l'étude, actualisés (10%); (écarts types)		valeur de p <sup>31</sup>
	hospitalisés	désinstitutionnalisés	
<b>TOTAL actualisation 10%</b>			
• TOTAL, immobilisations de l'hôpital non comprises	234561 234318-235032 (39086) (39022-39166)	218372 217502-219076 (54126) (53961-54326)	0.016
• TOTAL, immobilisations comprises, valeur minimale	243120 242877-243591 (39649) (39585-39727)	225658 224787-226362 (58459) (58319-58633)	0.014
• TOTAL, immobilisations comprises, valeur maximale	259597 259354-260068 (40805) (40743-40880)	237495 236625-238200 (63618) (63489-63779)	0.004

<sup>29</sup> Test de t sur données appariées

<sup>30</sup> Test de t sur données appariées

<sup>31</sup> Test de t sur données appariées



Le tableau III.XVI montre que, mis à part les items qui naturellement permettent de distinguer les deux groupes, certains services sont vraisemblablement consommés à des volumes différents entre les deux groupes. Tel est le cas des services d'ergothérapie, du travail social, plus importants dans le groupe des désinstitutionnalisés, des services de nutrition et d'hébergement financés par le réseau, plus intenses dans le groupe des hospitalisés. Quoi qu'il en soit, les coûts totaux sont supérieurs dans le groupe des hospitalisés.

Il faut souligner que cette différence dans les coûts ne peut être attribuée à des différences dans le temps de suivi entre les individus des deux groupes. La durée moyenne du suivi est de 3080.81 jours dans le groupe des désinstitutionnalisés (avec un écart type à 168.63), et de 3089.63 dans le groupe des hospitalisés (avec un écart type à 175.71). La différence entre les deux groupes calculée avec un test de t sur cas appariés est statistiquement non significative ( $p = 0.364$ ).

Ces coûts doivent cependant être interprétés avec précaution, l'importante colinéarité qui lie les composantes des coûts entre elles (il faut par exemple des prescriptions pour pouvoir bénéficier de services paramédicaux ou de médicaments, et donc de consultations médicales) rend parfois fort malaisée l'identification d'un item susceptible de distinguer deux groupes.

Finalement, on observe que les deux groupes peuvent également être distingués à travers le degré d'autonomie conféré par la résidence où ils sont hébergés au moment de l'entrevue. Le score moyen d'autonomie est supérieur chez les désinstitutionnalisés. Il s'élève à 1.48 avec un écart type à 0.086 dans ce groupe, alors qu'il est de 1.35 avec un écart type à 0.15 dans le groupe des toujours hospitalisés. La différence évaluée au moyen d'un test de t sur cas appariés est fortement significative ( $p < 0.001$ ).

### 3.3.2 Analyses multivariées

Les analyses multivariées visaient à répondre aux questions suivantes:

1. quelles sont les caractéristiques individuelles au temps 1 associées à l'attribution des patients à un groupe, toujours hospitalisé ou désinstitutionnalisé ?
2. quelles sont les caractéristiques individuelles au temps 1 ainsi que les facteurs se rapportant à la prise en charge des patients, associés au lieu d'hébergement au moment de l'entrevue (dans un hôpital psychiatrique ou dans un autre type de résidence) ?
3. quelles sont les caractéristiques individuelles aux temps 1 et 2, ainsi les facteurs se rapportant à la prise en charge des patients, associés à l'utilisation des services (aux coûts) ?

#### 2.3.2.1 Régressions logistiques

##### i) *analyse des facteurs associés à la variable GROUPE*

Le Tableau III.XVII présente les facteurs associés au groupe, "toujours hospitalisés" ou "désinstitutionnalisés" (valeur de référence), retrouvés dans le modèle final de la régression logistique.

Tableau III.XVII: variables retenues dans le modèle final de la régression logistique sur la variable GROUPE  
Variable dépendante: désinstitutionnalisé (catégorie de référence) versus toujours hospitalisé; n = 188

Variable	Catégories <i>en italique: catégorie de référence</i>	B	Test de Wald	degré de liberté	valeur de p	Exp (B) (rapport de cote)	Intervalle de confiance (95%) de Exp (B)
<i>prise en charge</i> durée écoulée (années) de l'hospitalisation en cours au début de l'étude		- 0.03	3.95	1	0.04	0.96	0.92 - 0.99
<i>dim. physiques</i>							
niveau de soins médicaux	1 = aucun - très peu	-2.34	4.68	1	0.03	0.09	0.01 - 0.80
	2 = faible	-1.80	3.38	1	0.06	0.16	0.02 - 1.12
	3 = modéré	-0.94	0.70	1	0.40	0.38	0.04 - 3.52
	4 = élevé						
<i>dim. psychiques</i>							
diagnostic	1 = <i>schizophrénie</i> 0 = autre	1.12	6.92	1	0.00	3.06	1.33 - 7.06
comportement dangereux affirmé	1 = <i>présent</i> 0 = autre	3.07	19.88	1	0.00	21.59	5.59 - 83.32
comportement dangereux potentiel	1 = <i>présent</i> 0 = autre	1.50	3.55	1	0.05	4.49	0.94 - 21.41
<i>symptômes</i>							
psychotiques	1 = très faible	0.86	2.87	1	0.09	2.36	0.87 - 6.42
	2 = faible	1.17	6.20	1	0.01	3.24	1.28 - 8.18
	3 = modéré à élevé						
<i>symptômes</i>							
psychotiques positifs	1 = très faible à faible	1.90	3.60	1	0.05	6.71	0.93 - 47.69
	2 = modéré	1.06	3.97	1	0.04	2.90	1.01 - 8.30
	3 = élevé à très élevé						
<i>dim. sociales</i>							
sociabilité	1 = très faible à faible	-2.33	13.22	1	0.00	0.09	0.02 - 0.34
	2 = modéré	-1.73	9.03	1	0.00	0.17	0.05 - 0.54
	3 = élevé à très élevé						
constante		-1.76	1.16	1	0.28		

La durée de l'hospitalisation ininterrompue avant le début de l'étude est négativement associée avec le fait d'être désinstitutionnalisé, bien que de façon très légèrement significative (rapport de cote de 0.96, avec un intervalle de confiance de 95 % entre 0.93 et 0.99).

Parmi les dimensions physiques de la GNY au temps 1, on note que les individus qui ont aucun ou très peu de besoins en soins médicaux ont, par rapport à ceux qui ont des besoins élevés, une plus faible probabilité d'être sortis (rapport de cote de 0.09). Les autres catégories de cette dimensions ne sont cependant pas ressorties de façon statistiquement significative. Un tel résultat peut sans doute s'expliquer par le fait que de nombreuses personnes désinstitutionnalisées dans l'échantillon l'ont été non pas en raison de leur potentiel d'être intégrées dans la communauté, mais plutôt parce qu'elles remplissaient les critères d'admission dans des Centres de soins de longue durée (CHSLD), ou que la possibilité de trouver une place dans ce type d'établissement était plus importante que dans d'autres ressources communautaires.

Avoir un diagnostic psychiatrique principal autre que celui de schizophrénie augmente le risque d'être désinstitutionnalisé (rapport de cote de 3.08).

Le comportement dangereux est un prédicteur de la sortie. Même si un jugement sur cette dimension n'a été porté par un panel d'experts qu'après l'entrevue, on peut supposer que cet état a persisté tout au long des 10 dernières années. Le fait de ne pas avoir un comportement dangereux affirmé est fortement associé avec le fait d'avoir bénéficié d'une sortie (rapport de cote de 21.59). Ne pas avoir de comportement dangereux potentiel ressort également associé à la sortie, bien que statistiquement cette association ne soit pas clairement significative ( $p = 0.05$ ).

Par rapport aux symptômes psychotiques, le fait d'en avoir à un niveau très faible ou faible par rapport à un niveau modéré à très élevé augmente la probabilité de sortir, même si seule la deuxième catégorie ressort de façon statistiquement significative (rapport de cote de 2.36 et 3.24 respectivement). Il en est de même avec les symptômes positifs où la catégorie statistiquement significative est celle d'un niveau modéré par rapport à un niveau élevé à très élevé (rapport de cote de 2.90).

Finalemment, avoir un niveau faible ou modéré de sociabilité, par rapport à un niveau élevé, diminue la probabilité d'avoir été désinstitutionnalisé (rapport de cote de 0.09 et 0.17 respectivement).

L'ajustement du modèle est présenté dans le Tableau III.XVIII.

**Tableau III.XVIII: ajustement du modèle de prédiction de la variable GROUPE**

<b>-2 log de vraisemblance</b>	<b>Chi carré</b>	<b>degré de liberté</b>	<b>valeur de p</b>	<b>valeur prédictive</b>
193.936	66.687	13	0.0000	74.47 %

*ii) analyse des facteurs associés à la variable SITACT*

Le Tableau III.XIX présente les facteurs associés aux catégories, "hospitalisés au moment de l'entrevue" (valeur de référence) ou "hébergé dans un autre type de résidence", retrouvés dans le modèle final de la régression.

**Tableau III.XIX: variables retenues dans la régression logistique sur la variable SITACT**  
**Variable dépendante: hospitalisé à l'hôpital psychiatrique au moment de l'entrevue (catégorie de référence)**  
**versus désinstitutionnalisé; n = 140**

Variable	Catégories <i>en italique: catégorie de référence</i>	B	Test de Wald	degré de liberté	valeur de p	Exp (B) (rapports de cote)	Intervalle de confiance (95%) de Exp (B)
<b>dim. physiques</b>							
niveau de soins médicaux			7.32	3	0.06		
	1 = aucun - très peu	3.14	7.08	1	0.00	23.30	2.29 - 236.59
	2 = faible	2.16	4.05	1	0.04	8.67	1.05 - 71.09
	3 = modéré	1.73	1.46	1	0.22	5.69	0.34 - 94.94
	4 = élevé						
<b>dim. psychiques</b>							
diagnostic	1 = <i>schizophrénie</i> 0 = autre	-0.70	1.49	1	0.00	0.49	0.16 - 1.52
comportement gênant affirmé	1 = <i>présent</i> 0 = autre	0.69	1.82	1	0.17	2.00	0.73 - 5.50
comp. dangereux affirmé	1 = <i>présent</i> 0 = autre	-3.09	7.21	1	0.00	0.04	0.00 - 0.43
dépression			6.16	2	0.04		
	1 = très faible	3.21	4.75	1	0.02	24.87	1.38 - 446.42
	2 = faible	3.61	6.15	1	0.01	37.26	2.13 - 649.39
	3 = <i>modéré à élevé</i>						
symptômes psychotiques négatifs	1 = très faible 2 = faible 3 = <i>modéré à élevé</i>	-4.7600 -3.3882	8.8737 5.9700	1 1	0.0029 0.0146	0.0086 0.0338	0.0004 - 0.1963 0.0022 - 0.5115
<b>dim. sociales</b>							
sens de l'orientation			3.04	2	0.21		
	1 = très faible, faible	-1.82	2.00	1	0.15	0.16	0.01 - 2.00
	2 = modéré	-0.82	1.50	1	0.21	0.43	0.11 - 1.63
	3 = <i>élevé, très élevé</i>						
<b>dim. act. quotidiennes</b>							
habiletés dans les activités communautaires			9.77	2	0.00		
	1 = indépendant à fonction. élevé	-6.72	9.43	1	0.00	0.00	0.00 - 0.08
	2 = fonction. modéré	-1.43	1.62	1	0.20	0.23	0.02 - 2.17
	3 = <i>fonct. faible à très faible</i>						
évolution des habiletés dans les activités comm		0.61	4.46	1	0.03	1.84	1.04 - 3.24
indépendance	1 = indépendant 2 = <i>supervision requise</i>	2.54	3.72	1	0.53	12.72	0.96 - 168.35
<b>coûts</b>							
coûts totaux		1.01	14.46	1	0.00	2.83	1.65 - 4.84
constante		-4.97	3.97	2	0.04		

Le Tableau III.XIX montre que les niveaux de soins médicaux faible ou aucun besoin, par rapport à un niveau élevé, sont associés à une plus grande probabilité de se trouver hospitalisé (rapport de cote de 23.30 et 8.68 respectivement). L'explication de ce résultat s'explique vraisemblablement par le fait que de nombreuses personnes désinstitutionnalisées se retrouvent dans les CHSLD, et donc requièrent des soins médicaux importants.

Avoir un comportement non dangereux est négativement associé avec le fait de se trouver hospitalisé en psychiatrie au moment de l'entrevue (rapport de cote de 0.04).

De manière intéressante, avoir au début de l'étude un niveau de dépression très faible ou faible par rapport à modéré à élevé, augmente la probabilité de se trouver hospitalisé au moment de l'entrevue (rapport de cote de 24.88 et 37.27 respectivement).

Avoir un faible ou très faible niveau de symptômes négatifs par contre, par rapport à un niveau moyen ou élevé, diminue la probabilité de se trouver hospitalisé (rapport de cote de 0.009 et 0.03 respectivement).

Etre indépendant ou avoir un niveau de fonctionnement élevé dans les activités communautaires par rapport à se trouver dans un niveau faible ou très faible, diminue la probabilité de se trouver au moment de l'entrevue hospitalisé (rapport de cote de 0.0012). D'ailleurs, une évolution défavorable dans cette dimension est associée à une probabilité plus grande d'être hospitalisé (rapport de cote de 1.84).

Finalement, on note une association positive entre les coûts et le fait d'être hospitalisé (rapport de cote de 2.83).

On remarque également que d'autres variables sont retenues dans le modèle. Cependant, leur contribution n'est pas statistiquement significative.

L'ajustement de ce modèle est présenté dans le Tableau III.XX.

**Tableau III.XX: ajustement du modèle de prédiction de la variable SITACT**

<b>-2 log de vraisemblance</b>	<b>Chi carré</b>	<b>degré de liberté</b>	<b>valeur de p</b>	<b>valeur prédictive</b>
119.023	70.202	17	0.0000	81.43 %

Les résultats des deux analyses soulèvent la possibilité que le groupe de personnes désinstitutionnalisées est composé de deux grands sous-groupes qui se distinguent par les besoins en soins médicaux. En particulier, une distinction semble devoir être faite entre les individus qui résident dans des CHSLD et ceux qui sont hébergés dans d'autres types de ressources non hospitalières. Le Tableau III.XXI permet de comparer ces deux sous-populations.

**Tableau III.XXI: tableau croisé entre les dimensions de la GNY au temps 1, indépendance; besoins de soins médicaux et sens de l'orientation d'une part, et d'autre part, le lieu de résidence: CHSLD versus un autre type de résidence.**

<b>DIMENSION</b>	<b>CATÉGORIES</b>	<b>CHSLD n</b>	<b>autres résidences n</b>	<b>p (Chi carré de Pearson)</b>
COMIND.1 (indépendance)	• indépendant à besoins modérés	1	22	0.183
	• supervision requise	19	120	
MEDLEV.1 (besoins de soins médicaux)	• aucun-très peu	1	22	0.000
	• faible	7	98	
	• modéré	4	16	
	• élevé	8	5	
ORI.1 (orientation)	• faible	4	5	0.001
	• modéré	5	17	
	• élevé	8	50	
	• très élevé	2	69	

Le tableau III.XXI montre que la population résidente en CHSLD a des scores moins favorables sur ces dimensions: "indépendance", "besoins de soins médicaux" et "orientation". On note que bien que la première dimension n'apparaisse pas statistiquement significative, seul 1 patient en CHSLD se retrouve dans la catégorie la moins désirable. C'est donc au faible effectif de la population étudiée que l'absence de signification doit être imputée.



### 3.3.2.2 Régressions linéaires multiples sur les coûts

Le tableau III.XXII présente les variables retenues dans le modèle final de la régression sur les coûts.

**Tableau III.XXII: variables retenues dans la régression linéaire sur les coûts**  
n = 170

variables	T	p value	B	intervalle de confiance (95%) de B	$\beta$
<b>données démographiques</b>					
sexe: homme versus femme	-4.30	0.00	-54880	-80420/-29340	-0.43
<b>prise en charge</b>					
durée passée (jours) à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique	-2.49	0.01	-18	-32/-3	-0.26
<b>état de santé général</b>					
dimension santé, ILSS	2.57	0.01	20621	4576/36666	0.29
score global de qualité de vie	-2.85	0.00	-131994	-224732/-39256	-1.89
score pondéré de qualité de vie	1.98	0.05	90307	-805/181419	1.33
<b>dim. physiques</b>					
dimension santé physique de la qualité de vie	2.38	0.02	13523	2164/24882	0.28
<b>dim. psychiques</b>					
comportement gênant potentiel	2.34	0.02	132678	19387/245969	0.25
symptômes psychotiques faibles, temps 1	-2.73	0.00	-37104	-64272/-9936	-0.30
symptômes psychotiques modérés à élevés	-3.25	0.00	-52508	-84780/-20237	-0.38
<b>dim. sociales</b>					
dimension relations sociales de la qualité de vie	2.64	0.01	15116	3681/26550	0.39
très faible hostilité, temps 1	-3.40	0.00	-49618	-78784/-20451	-0.32
<b>act. quotidiennes</b>					
dimension occupation de la qualité de vie	2.48	0.01	12806	2486/23126	0.37
<b>constante</b>	12.40	0.00	3857960	323522/448069	

L'ajustement de ce modèle est présenté dans le Tableau III.XXIII.

**Tableau III.XXIII: ajustement du modèle de prédiction des coûts**

R carré ajusté	F	degrés de liberté	p value
0.43260	5.38398	12	0.0000

On note dans le tableau III.XXII que le fait d'être un homme est négativement associé avec les coûts ( $\beta = - 0.44$ ).

Tel qu'attendu, le fait de passer plus de temps à l'extérieur de l'institution psychiatrique est associé à des coûts moindres ( $\beta = - 0.26$ ). Ceci s'explique aisément par les prix unitaires d'un jour-présence dans les diverses ressources à l'extérieur de l'hôpital, qui sont moins élevés que ceux dans l'hôpital (Annexe 4).

Une association positive avec les coûts est trouvée avec plusieurs variables: le comportement gênant potentiel ( $\beta = 0.26$ ), une bonne santé physique ( $\beta = 0.29$ ), avoir une activité ( $\beta = 0.37$ ), et être sociable ( $\beta = 0.39$ ).

On trouve par contre une relation négative avec un très faible niveau d'hostilité ( $\beta = - 0.32$ ), des symptômes psychotiques très faible ou faibles ( $\beta = - 0.30$  et  $- 0.38$  respectivement) et un bon score global de qualité de vie ( $\beta = - 1.89$ ).

Lorsque dans la régression, la variable GROUPE, qui définit l'appartenance des individus à un des deux groupes de l'étude est substituée par la variable SITACT, qui subdivise la catégorie "désinstitutionnalisés" en deux catégories, "les toujours sortis" et les "sortis et réhospitalisés", un ajustement identique est produit.

On ne doit pas oublier que l'interprétation de ces tableaux sur les coûts n'est pas aisée puisque la variable dépendante exprime un total dont la composante majeure est formée d'un seul item: l'hébergement. Devant la très grande difficulté à désagréger l'ensemble des coûts (en raison de la colinéarité importante qui lie les composantes entre elles), toute explication doit être faite avec de grandes précautions.

### 3.4 DISCUSSION

Le devis utilisé dans cette étude a permis de refléter le profil effectif de la désinstitutionnalisation qui fait appel, dans un souci de mieux répondre aux besoins des patients, à de nombreuses modalités de prise en charge des patients non institutionnalisés [Ginzberg, 1987]. La comparaison porte sur deux options: l'hôpital psychiatrique comme lieu d'hébergement et une résidence extérieure à l'hôpital psychiatrique. L'alternative évaluée répond à certains fondements de la désinstitutionnalisation, qui ne remettent pas en cause tant l'approche biomédicale de la maladie mentale, que le concept asilaire qui ségrège le malade mental de la population.

Ce devis a permis de capter un éventail sans doute assez représentatif de ces personnes hospitalisées dans des unités de psychiatrie de longue durée. Il laisse entrevoir une meilleure compréhension des populations souffrant de troubles sévères et persistants et de la prise en charge qui peut leur être proposée. Toutefois, la possibilité de généraliser à l'ensemble de la population encore hospitalisée est limitée. On ne peut écarter la possibilité qu'une tranche de la population hospitalisée n'ait pas été comprise dans l'échantillon étudié. Ce pourrait être le cas des personnes les plus sévèrement atteintes, dont un équivalent comparable n'aurait pu être trouvé parmi les désinstitutionnalisés, quoique parmi les désinstitutionnalisés, les trois niveaux de soins psychiatriques (milieu autonome, milieu de réadaptation et soins psychiatriques intensifs) étaient représentés (voir le Tableau III.VII).

On note d'autre part qu'un faible nombre d'individus (10 cas) n'ont pu être pairés. Ce groupe se distingue de celui des patients suivis dans cette étude par une moyenne d'âge plus élevée (61 ans, avec un écart type à 18.53). Par contre il ne diffère pas fondamentalement du groupe des patients de l'étude par rapport au sexe (50% étant des hommes) ni par rapport au niveau de soins psychiatriques (la moitié étant classée dans la catégorie "soins psychiatriques intensifs" et l'autre moitié dans la catégorie "milieu de vie autonome"). Il y a donc peu de raisons pour penser que ces 10 personnes, si elles avaient été incluses dans l'étude, auraient mené à des résultats différents.

Bien entendu, comparer les deux groupes de l'étude, les patients hospitalisés et les désinstitutionnalisés, requiert une hypothèse selon laquelle les différents types de ressources utilisées par les patients désinstitutionnalisés de l'étude, répondent à leurs besoins [Marks et Scott, 1990; Cohen et al., 1997]. La diversité des ressources recherchée pour l'ensemble des patients et le rythme contrôlé de la réduction du nombre de lits par les cliniciens soucieux de ne pas priver leurs patients des services médicaux et sociaux qui leur sont nécessaires une fois à l'extérieur (voir le chapitre 2), laissent supposer que la diversité des sites d'hébergement est un reflet de la diversité des besoins des patients. On sait que cette diversité est essentielle pour permettre aux patients de quitter l'hôpital et de se maintenir dans d'autres types de résidence [Beecham et Lesage, 1997]. Toutefois, que la sortie se soit faite dans des lieux les plus adéquats, compte tenu des besoins de chaque patient, nécessiterait une confirmation par une étude des besoins et de comment les services reçus permettent de les combler.

Aussi, il faut noter le fait que cette étude s'est effectuée sur la base de questionnaires remplis par les intervenants, sans que la fiabilité ni la validité (à l'exception du questionnaire de qualité de vie et les questionnaires sur l'utilisation de services) n'aient pu être mesurés. On ne peut par conséquent exclure de façon définitive l'existence de problèmes quant à la qualité des données. On doit toutefois souligner que les instruments utilisés dans ce travail ont, par le passé, été rigoureusement évalués dans un contexte similaire à celui de l'étude, avec des résultats qui reproduisent les données de la littérature sur leur très bonne acceptabilité.

Les deux populations comparées ne diffèrent que peu au temps 1. C'est essentiellement sur deux dimensions que l'on retrouve des différences: le niveau de soins médicaux et la sociabilité. Le fait que ces deux facteurs soient ressortis souligne à quel point un pairage a priori qui permet de bien contrôler pour les facteurs confondants est difficile à réaliser lorsque le sujet de l'étude est une problématique fort complexe qui, de surcroît, n'a jusqu'à présent que peu été étudiée. Les variables choisies pour l'appariement étaient celles qui, dans la littérature, avaient été mises de l'avant. On remarque toutefois que des dimensions qui intuitivement auraient pu être considérées comme ayant un rôle sur la décision de désinstitutionnaliser un patient, telles les habiletés à agir dans la communauté ou la délinquance, ne sont pas ressorties de façon statistiquement

significative. C'est d'ailleurs pour ne pas négliger cette difficulté que les analyses de régression logistiques sur la variable GROUPE ont été effectuées.

Les besoins en soins médicaux sont plus importants dans le groupe des désinstitutionnalisés. Ceci est bien reflété dans le fait qu'une proportion non négligeable des patients sortis est placée dans des CHSLD: 20 cas soit 20.83 % des personnes désinstitutionnalisées.

Ce passage d'une part importante des bénéficiaires vers les CHSLD peut bien entendu s'expliquer par le fait que ce type de résidence est plus adéquat que l'institution psychiatrique pour une part importante de la clientèle. On ne peut cependant écarter la possibilité que les pressions pour poursuivre la désinstitutionnalisation aient amené à une importante hospitalisation dans des établissements de soins prolongés, parce que comparativement à d'autres types de ressources, les CHSLD avaient plus de places à offrir. L'importance des besoins en soins physiques et en soins médicaux parmi les désinstitutionnalisés laisse toutefois envisager que ce transfert est vraisemblablement justifiable.

C'est donc une population hétérogène que regroupe la catégorie des "désinstitutionnalisés" puisque s'y côtoie toute une gamme de personnes souffrant de troubles mentaux, éventuellement physiques, allant d'un pôle caractérisé par un fort potentiel de réadaptation voire de réintégration, à un pôle marqué par un besoin d'institutionnalisation, soit en psychiatrie (pour les réhospitalisés) soit dans un environnement dédié plus spécifiquement aux soins physiques.

Une association entre le fait d'être sorti de l'hôpital et avoir un meilleur fonctionnement social, a souvent été décrit [Stein et Test, 1980, Hull et Thompson, 1981, Tessler et al., 1983, Houlst et Reynolds, 1984, Hyde et al., 1987, Bond et al., 1990, Arana et al., 1991]. Dans notre échantillon également, on note des associations positives. Dans le groupe des désinstitutionnalisés, le niveau de sociabilité est plus élevé au temps 1 et au temps 2. Dans ce groupe, on trouve surtout une plus forte amélioration sur cette dimension, avec une différence, par rapport au groupe des toujours institutionnalisés, statistiquement significative.

Il est intéressant de souligner qu'un des aspects qui ressortent dans le groupe des désinstitutionnalisés, est le degré d'autonomie conféré par la résidence dans laquelle ils sont hébergés. Savoir si cette autonomie est un facteur déterminant des effets positifs de la désinstitutionnalisation, retrouvés au niveau social, est une question intéressante et importante qu'il vaudrait la peine d'explorer plus en profondeur.

Le groupe des désinstitutionnalisés profite plus de loisirs et, parce qu'il utilise plus les transports, est plus mobile. Surtout, son niveau de bien-être psychologique est plus important. De plus, il présente une évolution sur la dimension "besoin de mesure de sécurité" plus favorable que le groupe des hospitalisés.

On remarque toutefois que la prévalence de problèmes médicaux est toujours plus importante chez les désinstitutionnalisés. C'est probablement en raison de ces problèmes que plusieurs patients ont été transférés vers d'autres ressources plus adéquates, en particulier des CHSLD.

Par rapport à la santé mentale, on observe que le niveau de soins psychiatrique, une variable de pairage, ressort de manière statistiquement significative, avec un score moyen plus désirable pour le groupe des personnes désinstitutionnalisées. Ce résultat qui montre que la santé mentale des personnes sorties a eu un cours plus favorable que celle des personnes restées hospitalisées, est confirmé par le score d'évolution sur cette dimension qui ressort également de façon significative.

On constate aussi que rester hospitalisé est plus coûteux, la différence étant essentiellement attribuable aux coûts d'hébergement (plus de 80% du coût total), ces coûts étant supérieurs à l'hôpital. Ainsi, même si certains services sont utilisés plus intensément parmi les désinstitutionnalisés, comme l'ergothérapie ou le travail social, sans doute parce que ces services sont nécessaires à une bonne préparation à la sortie, le coût total qui est imputable au groupe des "sortis" reste inférieur à celui du groupe des hospitalisés, le logement hors des murs de l'hôpital étant dans l'ensemble moins coûteux. Ces résultats sont consistants avec ceux d'autres travaux qui montrent que la diminution des coûts observés découle essentiellement de la différence de la composante hébergement, différence qui compense amplement l'utilisation plus importante

d'autres ressources [Borland et al., 1989; Test et Scott., 1990; Knapp et al., 1990; De Cangas, 1994; Quilivan et al., 1995]. Mais on constate aussi que la différence des coûts entre les deux options n'est pas considérable. On peut supposer, à l'instar de ce qui a été décrit en Grande-Bretagne [Beecham et Lesage, 1997], que cette différence s'amoinde au fur et à mesure que les cohortes se succèdent et qu'au moment où les patients les plus malades sont transférés, une inversion survient, les patients sortis ayant alors un besoin de ressources dont le coût total est plus élevé que le coût moyen d'un séjour à l'hôpital.

Vus sous l'angle du rapport coût/bénéfice les résultats révèlent que l'option désinstitutionnalisation est non seulement non délétère pour les patients, mais même plutôt favorable. Ce point est important. Si dans des analyses sur des cas pairés on observe que les individus désinstitutionnalisés ont un résultat équivalent ou meilleur que ceux des personnes hospitalisées, on doit supposer que plusieurs individus encore hospitalisés pourraient bénéficier d'une sortie. Leur qualité de vie serait améliorée et ce, à moindres coûts.

Même si une telle hypothèse peut être avancée, il ne faut toutefois pas négliger les difficultés d'interprétation d'une évaluation qui touche le champ de la santé mentale. Une première difficulté provient de la mesure des conséquences. L'état psychiatrique des patients impose dans bien des cas le recours à des tierces personnes pour en évaluer la performance et l'état de santé des sujets de l'étude. L'introduction de biais ne peut être écartée. D'autre part, l'absence d'indicateurs d'état de santé dépourvus d'ambiguïté, comme le serait par exemple la glycémie, impose une certaine circonspection quant à l'interprétation des résultats des questionnaires utilisés. Aussi, le travail laborieux que représente le remplissage des questionnaires, a limité le nombre de sujets qu'une telle étude a pu suivre.

De plus, le devis privilégié qui vise à prendre en compte la dynamique même de la désinstitutionnalisation présente la difficulté de devoir composer avec des périodes de temps passé à l'extérieur pour ceux du groupe des désinstitutionnalisés, fort variables. Certains patients ont été désinstitutionnalisés sur une fort longue durée. D'autres sont sortis à une période

relativement courte avant l'entrevue. Cela rend plus difficile l'interprétation des résultats des analyses bivariées qui ne contrôlent pas pour cet effet "temps".

Cette dynamique est en effet probablement fort complexe. Une période relativement longue peut être nécessaire pour permettre l'adaptation et un meilleur fonctionnement dans la communauté, et donc pour amener des résultats positifs. On peut noter qu'une étude a même mis en évidence un effet négatif de la durée, avec une détérioration de l'ajustement psychosocial et de la satisfaction avec la vie 2 ans après la sortie, alors que dans une période intermédiaire, une amélioration avait été relevée [Jerrel et Hu, 1989]. Interpréter un tel résultat reste cependant difficile en l'absence de données plus qualitatives sur l'intervention offerte aux personnes désinstitutionnalisées.

On doit aussi souligner que les indicateurs de résultats considérés n'ont été, à l'exception de la GNY, qu'utilisés au temps 2. Même si aucune différence statistiquement significative, mis à part sur les dimensions de besoins en soins médicaux et la sociabilité, n'est apparue à la GNY à travers toutes ses dimensions au temps 1, ce qui conforte l'idée que le pairage a permis de constituer deux groupes dont l'équivalence est satisfaisante, on ne peut résolument écarter la possibilité que certaines dimensions de l'ILSS et du questionnaire de qualité de vie auraient pu distinguer les deux groupes au temps 1.

Ces réserves étant prises en compte, on remarque néanmoins que dans la cohorte suivie, les conséquences des deux options sont comparables, voire plus favorables pour les personnes sorties, et que les coûts sont moindres. Cela souligne l'intérêt de l'option "désinstitutionnalisation". Toutefois, une telle conclusion ne s'applique qu'aux groupes pris dans leur ensemble, c'est-à-dire des populations de patients assez hétérogènes.

Afin de mieux préciser la composition de ces populations, les caractéristiques des patients associées à la situation en termes d'hébergement ont été étudiées au moyen de régressions multiples.



### *L'hébergement*

Le lieu d'hébergement est dépendant de plusieurs facteurs, dont la décision du personnel de l'hôpital, essentiellement les médecins, de placer le patient dans une autre ressource; les caractéristiques du patient qui le rendent plus ou moins aptes à s'intégrer dans un nouvel environnement; et la disponibilité d'une ressource adéquate compte tenu des besoins particuliers de chaque bénéficiaire. Ce dernier point ne peut cependant aisément être étudié. On ne peut qu'espérer qu'une désinstitutionnalisation réalisée sur une longue période de temps (près de 10 ans) et le contrôle par des médecins supposément soucieux d'offrir à leurs patients un logement conforme à leurs besoins, en dépit de forts incitatifs à désinstitutionnaliser les patients (surtout depuis 1995), aient conduit à pouvoir offrir aux patients les possibilités d'être logés dans des ressources adéquates.

C'est donc aux caractéristiques des individus associées à leur capacité estimée à sortir d'une part, et aux caractéristiques associées au maintien des personnes sorties dans une résidence autre que l'hôpital psychiatrique d'autre part, que se sont intéressés les régressions logistiques menées dans ce travail.

Ces régressions révèlent tout d'abord que trois grandes dimensions se retrouvent associées au fait d'être désinstitutionnalisé (variable GROUPE), ainsi qu'au lieu de résidence au moment de l'entrevue (variable SITACT): les dimensions physiques, psychiques et sociales. On note que ces trois dimensions sont les dimensions de base habituellement reconnue au concept de la "santé" [Schipper et al., 1990]. Ainsi, ces résultats suggèrent non seulement que ces trois dimensions sont prises en compte dans la décision de sortir ou non un patient, mais qu'elles pourraient également être des déterminants du maintien ou non dans un hébergement hors de l'hôpital psychiatrique.

D'autres dimensions ne se retrouvent toutefois que dans un seul des deux modèles finaux. La prise en charge des patients (à travers la durée écoulée de l'hospitalisation en cours au début de l'étude) est retenue dans la régression sur l'appartenance à un des deux groupes (toujours hospitalisés ou sortis). La dimension des activités et de la vie quotidienne est, quand à elle, retenue dans la

régression sur le lieu d'hébergement au moment de l'entrevue. Ce résultat laisse supposer qu'il serait aussi important de ne pas négliger, parmi les critères supposément favorables à la sortie à prendre en compte, les habiletés des patients à réaliser les activités de la vie quotidienne.

A un niveau plus fin, il est intéressant de constater qu'un parallèle existe entre les deux modèles. Cela suggère que certains éléments pris en compte pour décider de la capacité d'un patient de bénéficier d'une sortie, sont effectivement associés au succès de la désinstitutionnalisation. On notera que seuls 10 individus parmi les 95 personnes désinstitutionnalisées, soit 9.5%, étaient hébergés à l'hôpital psychiatrique au moment de l'entrevue. Ce chiffre est d'ailleurs proche des 8% retrouvés hospitalisés 1 an après la fermeture d'un hôpital psychiatrique en Grande-Bretagne [Beecham et Lesage, 1997]. On peut émettre l'hypothèse qu'une préoccupation habite ceux qui ont la responsabilité d'identifier les candidats à la sortie, de faire un choix judicieux qui tienne compte vraisemblablement des caractéristiques des patients, de leur potentiel estimé de sortie et de la nécessité de leur trouver un nouvel environnement adéquat compte tenu de leurs besoins.

Surtout, les résultats suggèrent la présence d'une certaine hétérogénéité entre les deux populations et la nécessité d'en tenir compte si la contribution de certaines variables doit être expliquée. On relève tout d'abord que ceux qui ont peu de besoins de soins médicaux, ont, par rapport à ceux qui ont des besoins importants, une probabilité moindre d'être désinstitutionnalisés, et une probabilité augmentée de se trouver à la fin de l'étude institutionnalisés en psychiatrie. D'ailleurs, les personnes jugées "indépendantes" ont par rapport à celles qui requièrent une supervision, une probabilité augmentée de se trouver hospitalisés en hôpital psychiatrique à la fin de l'étude.

A ces deux constatations s'ajoute une troisième qui montre que ceux qui ont un faible sens de l'orientation ont, par rapport à ceux qui l'ont très élevé, une probabilité moindre de se trouver hospitalisés en psychiatrie au moment de l'entrevue.

Ces résultats sont probablement à mettre sur le compte de la proportion importante, parmi les personnes désinstitutionnalisées, de résidents en CHSLD. Ces individus, en raison de leur état de

santé physique, ont en effet un niveau de dépendance élevé, condition d'ailleurs nécessaire pour pouvoir être admis dans ce type d'établissement.

Ces résultats suggèrent qu'il existe une relative disponibilité de places en CHSLD par rapport à d'autres types de ressources. Les personnes qui ne remplissent pas les critères d'admission en CHSLD et qui se heurtent à un manque de ressources adéquates à l'extérieur, sont confinées à l'hôpital même si leur condition les rendait aptes à une sortie.

Les analyses montrent d'autre part que les personnes ayant un comportement dangereux, ont une probabilité plus faible et de sortir et de se trouver dans la communauté au moment de l'entrevue. La population des "toujours institutionnalisés" est donc, elle aussi, hétérogène puisqu'elle comprend en son sein une fraction jugée, en raison de son comportement, peu à même de sortir des murs de l'hôpital psychiatrique.

Aussi, le diagnostic semble être un facteur important: les personnes atteintes de schizophrénie ont une probabilité moins grande que celles atteintes d'une autre pathologie, de se trouver désinstitutionnalisées et de rester hors de l'hôpital psychiatrique. Ceci est corroboré par le fait qu'avoir peu de symptômes psychotiques par rapport à en avoir beaucoup augmente la probabilité de sortir. Lorsque ces symptômes sont définis en tant que positifs ou négatifs, on remarque qu'avoir peu de symptômes positifs (délires, hallucinations, agitation) par rapport à en avoir beaucoup, augmente la probabilité de sortir, tandis qu'avoir peu de symptômes négatifs par rapport à en avoir beaucoup, diminue la probabilité de se trouver encore hospitalisés au moment de l'entrevue.

Certaines variables se trouvent retenues dans les régressions sur la variable dépendante GROUPE et non sur la variable dépendante SITACT. Tel est le cas des symptômes psychotiques et des symptômes psychotiques actifs. Avoir peu de symptômes augmente la probabilité de sortir. Toutefois, ces symptômes ne semblent pas être associés au fait d'être hébergé ou non dans la communauté au moment de l'entrevue.

Ce résultat est à rapprocher de l'observation selon laquelle les symptômes de retrait ne semblent pas être un critère important de la décision de sortir ou non les patients. Ils sont cependant liés au lieu d'hébergement au moment de l'entrevue. Ceux qui ont peu de symptômes négatifs ont une probabilité augmentée de se trouver dans la communauté.

Aussi, l'état dépressif ne semble pas être associé à la décision de désinstitutionnaliser, mais est associé au lieu d'hébergement au temps 2. Étonnamment, les personnes qui ont le niveau le plus faible de dépression, ont, par rapport à ceux qui ont un niveau élevé, une probabilité augmentée d'être encore hospitalisées dans l'hôpital psychiatrique en fin d'étude.

Ces observations sur les liens entre état mental et lieu d'hébergement devraient être explorées. En effet, huit à dix années séparent le moment où l'évaluation des patients a été faite et le moment où est noté leur lieu de résidence. Durant cette période, les patients ont évolué certes, mais les traitements également. De nouveaux médicaments sont apparus, plus efficaces [Keith, 1997] et les concepts mêmes de la prise en charge ont changé (voir chapitre 2). Établir dans quelle mesure l'état psychiatrique a une influence sur la possibilité de résider dans la communauté requiert que ce sujet soit plus profondément examiné.

Finalement, on observe qu'une variable importante, la sociabilité, qui, sans surprise, semble être prise en compte dans la décision de sortir ou non un patient, n'est pas retrouvée dans le modèle final de la régression sur le lieu d'hébergement en fin de suivi. Par contre, tel que souligné ci-dessus, on trouve une association entre le fait de se trouver hors de l'hôpital et avoir des habiletés à réaliser les activités de la vie quotidienne. Ce dernier élément semble donc avoir un rôle à jouer dans le succès de la désinstitutionnalisation et devrait sans doute être pris en compte parmi les critères qui président à la décision de sortir un patient.

Il est intéressant de constater que plusieurs variables introduites dans le modèle se sont révélées statistiquement peu associées à la situation des patients, le fait d'être désinstitutionnalisé ou non, ou de se trouver au temps 2 hospitalisé en psychiatrie ou ailleurs, soit parce que leur contribution

n'est pas significative, soit parce qu'elles ne contribuent pas à accroître l'ajustement du modèle final.

On note en premier lieu l'absence des variables âge, niveau de soins psychiatrique et sexe. Cela s'explique vraisemblablement par le fait qu'elles ont servi au pairage des patients. Cependant, ces absences doivent être mises en perspective puisque les dimensions auxquelles ces variables sont attachées, la santé physique, la santé psychique et la sociabilité, sont présentes, quoiqu'à travers d'autres variables. Par ailleurs, le nombre d'hospitalisations avant le début de l'étude ne semble pas contribuer aux modèles les plus ajustés.

Plusieurs variables n'apparaissent dans aucun des deux modèles: les soins physiques ainsi que leur évolution, les habiletés dans les soins quotidiens ou leur évolution, l'évolution de l'indépendance, le besoin d'un environnement plus sécuritaire. Il en est de même avec les comportements délinquants, l'hostilité, un comportement gênant affirmé, un comportement dangereux potentiel, ainsi que l'évolution de la sociabilité.

Ces résultats reflètent probablement la manière par laquelle la désinstitutionnalisation s'est opérée dans l'hôpital étudié: un changement de lieu d'hébergement ne s'est, dans la règle, pas accompagné d'une délégation des responsabilités quant à la prise en charge psychiatrique. Une préoccupation quant à la sociabilité, les besoins en soins physiques et les problèmes psychiatriques, surtout la dangerosité, aurait motivé les responsables de la sortie des patients. Ainsi, une continuité des soins serait restée assurée soit parce que le patient était transféré dans un autre établissement hospitalier (CHSLD), soit parce qu'il utilisait, une fois sorti, les ressources résidentielles mises à sa disposition en collaboration avec l'hôpital et un suivi médical poursuivi dans les cliniques externes. Les besoins plus physiques par contre conditionneraient le choix du lieu de résidence. Pour les patients en perte d'autonomie qui ont des besoins non (seulement) psychiatriques, une reconsidération de la nécessité de rester dans une institution psychiatrique s'est apparemment opérée.

*Les coûts*

Les analyses des régressions multiples sur les coûts permet d'arriver à trois grandes observations.

Tel qu'attendu, la durée passée à l'extérieur est négativement associée avec les coûts. Les différences de coûts d'hébergement ne sont pas négligeables entre un séjour à l'hôpital psychiatrique et ailleurs. Sortir les patients, même si ceux-ci requièrent pour pouvoir rester dans un nouvel environnement plus de services, s'accompagne d'économies du simple fait que la valeur de la différence d'un jour-présence est plus importante que les coûts ajoutés [Fenton et al., 1984; Hoult et Reynolds, 1984; Mueller et Hopp, 1983; Häfner et an der Heiden, 1989b].

Il est plus intéressant de constater qu'être en meilleure santé et avoir plus de relations sociales sont positivement associés aux coûts. Il a été décrit plus haut qu'un pourcentage important de ceux qui ont été désinstitutionnalisés, souffrent de problèmes médicaux et physiques sans doute importants. Ces individus ont une probabilité de sortir augmentée, parce que leur condition physique en fait des candidats à un placement dans des types de ressources vraisemblablement plus disponibles. Ce transfert vers une ressource moins onéreuse devrait induire une relation positive entre les coûts et ces deux dimensions, puisque les patients qui bénéficient d'un niveau plus haut de sociabilité et d'un meilleur état de santé et qui ne sont pas admissibles à un hébergement en CHSLD, auront, dans une situation de pénurie de logements adéquats, à rester à l'hôpital où le coût du séjour est plus important. Une même explication peut être proposée pour l'association négative trouvée entre des symptômes psychotiques modérés à élevés et les coûts.

On observe toutefois qu'avoir un comportement potentiellement gênant a une association positive avec les coûts, tandis qu'un très faible niveau d'hostilité et des symptômes psychotiques très faibles ont une relation, telle qu'attendue, très faible. On peut supposer que cela reflète l'intensité des ressources requises pour répondre aux besoins de ces patients.

Il est bon de souligner toutefois que de très nombreuses variables introduites dans la régression n'ont pas été retenues dans le modèle final. On note par exemple l'absence d'associations attendues comme avec les besoins en soins physiques et médicaux.

Cela illustre vraisemblablement l'extrême difficulté d'étudier les déterminants des coûts. Dans des conditions idéales, il faudrait s'assurer que

1. les coûts reflètent l'intensité des services utilisés
2. les patients soient placés dans des ressources adéquates, c'est-à-dire les plus légères possibles compte tenu de leurs besoins.

La difficulté associée à l'utilisation des coûts pour refléter l'intensité des services utilisés provient de ce que la principale composante est constituée par l'hébergement. L'hébergement représente plus de 80 % du coût total. Les autres services utilisés sont donc "masqués" par le lieu de résidence. Consommer plus de services d'ergothérapie risque fort de ne pas apparaître dans les analyses réalisées sur la somme totale, puisque ces services n'en représentent qu'un faible pourcentage.

Cette difficulté est d'ailleurs difficilement résolvable. En raison de la forte colinéarité qui existe entre les composantes des coûts (un traitement d'ergothérapie doit être prescrit par un médecin qui se trouve dans un hôpital...), il n'est pas évident de pouvoir en isoler les composantes puis de reproduire les analyses abstraction faites des autres items.

D'autre part, il aurait fallu que les populations soient plus homogènes. Les résultats de l'étude suggèrent, tel que mentionné plus haut, qu'une proportion des patients se retrouve toujours inadéquatement hospitalisée, vraisemblablement en raison d'un manque de ressources adéquates à l'extérieur. Ceux qui sont les plus malades physiquement et qui ont la capacité d'interagir avec les autres la plus faible, ont une probabilité plus élevée de sortir que ceux dont l'état de santé et les capacités de fonctionnement social sont moins problématiques. Le manque de ressources à l'extérieur pour cette population qui requiert moins de services, la conduirait à devoir être plus longtemps institutionnalisée, jusqu'à ce qu'un type d'hébergement adéquat compte tenu de ses

besoins, ait été développé. Si tel est le cas, toute régression sur les coûts devient difficile à interpréter, parce que la population des hospitalisés dans son hétérogénéité aurait une composante formée de patients qui recevrait des services inadéquats.

### 3.5 CONCLUSION

Que peut-on conclure du volet quantitatif de cette étude ?

Tout d'abord, que la désinstitutionnalisation telle qu'elle s'est opérée dans l'hôpital étudié, ne s'est pas accompagnée d'une détérioration de l'état de santé, de la qualité de vie ou du bien-être des patients. On assiste même à quelques gains, quoique la population désinstitutionnalisée comporte en son sein une forte proportion de personnes souffrant de problèmes physiques fort importants.

Ce sont les caractéristiques des patients, vraisemblablement conjointement à la disponibilité des ressources à un moment donné, qui semblent être les éléments déterminants de la sortie.

Les résidences autres que l'hôpital psychiatrique sont moins chères. La différence du coût d'hébergement, pour la population désinstitutionnalisée tout au moins, compense encore l'augmentation de services tels que l'ergothérapie ou le travail social, que l'on peut observer dans le groupe des désinstitutionnalisés.

Vivre à l'extérieur de l'hôpital est associé à plus de liberté, le score d'autonomie conféré par la résidence étant plus élevé dans le groupe des désinstitutionnalisés. Les résultats obtenus soulèvent l'hypothèse qu'un milieu moins contraignant qui autorise plus d'autonomie est associé à des conséquences plus favorables, en termes de qualité de vie et d'habileté dans la vie quotidienne. Si tel est le cas, bon nombre de patients, dont certainement plusieurs encore institutionnalisés, pourraient clairement bénéficier d'un tel milieu.



*Si je ne réponds pas de moi, qui répondra de moi ?  
Mais si je ne réponds que de moi, suis-je encore moi ?*

**Le Talmud de Babylone**  
Traité Aboth 6

## 4 CONCLUSION

Porter un jugement sur des options en santé dont les impacts touchent autant les malades que la communauté, le réseau institutionnel que le réseau communautaire, et, bien entendu, les relations entre ces divers groupes, n'est pas tâche aisée. Qui plus est, lorsque l'alternative concerne des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants et qu'une de ses options consiste à essayer d'assurer à ces malades une certaine intégration dans la communauté, c'est à des considérations pluridimensionnelles que l'on s'adresse. Une analyse du rapport coût/efficacité des diverses options en présence, qui apporterait l'information sur laquelle une décision rationnelle pourrait se baser, est certes nécessaire, mais aussi insuffisante. L'implantabilité des modalités apparemment les plus sensées, compte tenu du contexte complexe qui encadre les options en présence, ne peut être ignorée puisqu'elle conditionne l'utilisation effective de données probantes apportées par les évaluations économiques.

C'est à partir de cette préoccupation que l'évaluation de la désinstitutionnalisation dans un grand hôpital psychiatrique du Québec a été entreprise. En alliant deux volets, un qualitatif, consacré aux modalités organisationnelles susceptibles d'infléchir le processus de désinstitutionnalisation à un autre, quantitatif, intéressé aux coûts et aux conséquences de l'alternative, le maintien dans une institution psychiatrique *versus* l'hébergement dans un autre type de ressource, ce projet visait à créer des conditions propices à de meilleures interprétations des résultats obtenus. Il cherchait aussi à mieux préciser comment l'information produite par les évaluations économiques, considérées comme les plus à même à conduire la prise de décision à partir de données rationnelles, peut s'avérer assez pertinente pour ne pas être négligée.

La désinstitutionnalisation dans l'hôpital évalué s'est déroulée dans un contexte mouvementé. Durant les 10 dernières années, des changements considérables, parfois douloureux, ont marqué et l'histoire de l'hôpital, et l'histoire du réseau de la santé mentale. D'une situation clairement instable, dans laquelle un organigramme n'arrivait pas à s'imposer dans l'institution, et dans laquelle la place de l'hôpital dans le réseau était contestée et, aux yeux de certains, pas toujours appropriée, on est arrivé à un état d'équilibre remarquable. Dans l'hôpital, les tensions internes sont moins apparentes. Les redistributions de responsabilités entre corps professionnels et individus ont pu faire consensus. L'hôpital se redéfinit une mission et une place dans le réseau. A l'extérieur, ses partenaires voient leurs principales demandes d'un renouveau dans la prise en charge des malades institutionnalisés au long terme ainsi satisfaites, tout en se voyant accorder une visibilité et une reconnaissance accrues.

La désinstitutionnalisation a apparemment joué un rôle-clef dans cette évolution. En étant une revendication fondamentale de ceux qui prônaient une modernisation de la psychiatrie, elle a été au centre et des objectifs poursuivis par les acteurs en santé mentale, et de l'instrumentation ou de l'argumentation avancée pour convaincre de la valeur de ses idées.

En contrôlant la désinstitutionnalisation, les médecins détenaient un levier essentiel à une redéfinition de leur rôle dans la gestion de l'hôpital. En s'opposant, sur une argumentation par ailleurs raisonnable, car basée sur une préoccupation quant au bien-être des patients (jugé compromis par le manque de ressources adéquates dans la communauté), à ce que le nombre de lits se réduise trop rapidement, ils mettaient en évidence la place qui devait leur être accordée afin qu'une institution aussi complexe qu'un hôpital psychiatrique puisse être gérée. Les patients sont avant tout des malades qui requièrent des soins. Ce sont les médecins qui, parmi les professionnels, prennent la responsabilité première de la prise en charge. Ils ne peuvent être mis à l'écart des décisions quant à l'orientation que pourrait prendre l'institution dans laquelle ils exercent leur activité.

En préparant et promouvant, une fois reconnue l'importance de leur implication dans la gestion de l'hôpital, un plan ambitieux de réduction du nombre de lits qui s'accompagnait d'un programme

de développement de ressources adéquates dans la communauté, les médecins ont trouvé dans la promotion de la désinstitutionnalisation une argumentation solide qui allait consolider leur place prépondérante dans un réseau de santé mentale renouvelé, mais aussi celle, auparavant parfois fort contestée, de leur hôpital. La désinstitutionnalisation n'a pas amené comme certains de ses promoteurs l'auraient souhaité à une relative démedicalisation de la prise en charge de la maladie mentale sévère et persistante.

Bien qu'une certaine emphase ait été placée dans ce travail sur la dynamique ayant amené le groupe des médecins à contrôler le processus de désinstitutionnalisation et, par là, sur la répartition des pouvoirs entre professionnels d'une part, et entre hôpital et autres ressources de l'autre, il apparaît que l'équilibre atteint serait mieux décrit comme étant la résultante d'une collaboration entre des individus provenant de différentes professions. Ce sont les rapports individuels, entre des personnes et non pas entre des groupes professionnels, médecins et administrateurs mais aussi, dans une moindre mesure peut-être, médecins et autres professionnels, qui semblent être le point névralgique d'une gestion moins conflictuelle et visiblement, plus efficace.

Quoi qu'il en soit, cette tournure aura finalement sans doute été bénéfique. Quels qu'aient été les motifs premiers des différents acteurs à soutenir un programme de réduction du nombre de lits, pour eux, les tensions autour de la prise en charge du processus de désinstitutionnalisation allaient, si on en croit les résultats de la mesure de la qualité de vie et des habiletés de vie quotidienne, résulter en des effets positifs.

En effet, pour les patients, l'histoire mouvementée de la désinstitutionnalisation dans leur hôpital a surtout permis une meilleure prise en compte de leurs besoins. Les résultats favorables rapportés pour le groupe des désinstitutionnalisés illustrent clairement le souci qui a marqué les responsables de la sortie des patients de gérer une désinstitutionnalisation de façon à ce que ses impacts soient un succès.

Ces effets positifs sont ressortis dans les analyses du volet quantitatif. Ce dernier a privilégié une approche qui, sur une longue période de temps (près de 10 ans), voulait refléter la dynamique de sortie de l'ensemble des patients hospitalisés en longue durée (déficients intellectuels exclus). Il espérait de la sorte produire une information d'intérêt pour mieux orienter un processus dont la poursuite est clairement inéluctable.

Ce devis a permis de décrire rétrospectivement une cohorte dans son évolution "naturelle". Les diverses options en présence au cours de ces dix dernières années ont pu de ce fait être représentées. Les interventions permettant le maintien à l'extérieur de l'hôpital sont en effet nombreuses et diverses. D'ailleurs, peu d'entre elles adoptent sans compromis le modèle qui leur sert de référence [Ellison et al., 1995; Deci et al., 1995; Holloway, 1998]. Cela n'est pas étonnant si on considère que la prise en charge de la maladie mentale dont l'étiologie est souvent complexe, sans doute multifactorielle, nécessite un réajustement permanent de l'offre de services qui tienne compte des changements dans les besoins des patients, de la disponibilité des ressources et des connaissances. Le facteur temps ne peut être scotomisé. Un devis qui se serait intéressé à des populations catégorisées dans deux cohortes distinctes dès le début du suivi, n'aurait pu intégrer de façon réaliste les changements qui affectent au cours du temps l'offre de services à ses différents points: dans l'hôpital, dans la préparation à la sortie et à l'extérieur de l'institution. Certes, l'échantillon des désinstitutionnalisés est plus hétérogène, mais il gagne en représentativité non seulement de la population qu'il représente, mais également des modalités interventionnelles mises en place pour assurer la désinstitutionnalisation.

Des analyses quantitatives, plusieurs constatations importantes ressortent. Une première observation a trait à l'hétérogénéité des groupes. Les patients sortis et les patients toujours désinstitutionnalisés ne sont pas homogènes.

Parmi les désinstitutionnalisés, deux groupes émergent clairement: ceux qui, en raison de leurs problèmes médicaux et physiques, deviennent admissibles à un placement en CHSLD, et ceux qui, ayant des habiletés supposément suffisantes pour pouvoir vivre dans la communauté, résident ou ont résidé dans une résidence autre que l'hôpital. Ces deux sous-groupes se distinguent par leur

capacité à interagir avec les autres, et donc à vivre dans la communauté. Ils représentent néanmoins deux sous-populations pour lesquelles la sortie est apparemment bénéfique sur la base des résultats de la mesure de la qualité de vie et des habiletés de vie quotidienne.

Parmi les institutionnalisés, on retrouve également deux sous-groupes: les personnes ayant des troubles mentaux particulièrement sévères (par exemple un comportement dangereux) qui en font de mauvais candidats à la désinstitutionnalisation, et les personnes qui, par leurs caractéristiques, tout au moins celles qui ont été mesurées, ne se distinguent pas des individus avec lesquels elles ont été pairées. En effet, les patients désinstitutionnalisés ont, dans l'ensemble, des résultats mesurés sur les cas appariés équivalents ou plus favorables (sur les dimensions sociabilité; besoins de mesures de sécurité; loisirs et transports) que les patients toujours hospitalisés.

Les individus hospitalisés qui ne se distinguent pas (sur les mesures effectuées) des patients avec lesquels ils ont été pairés, ont donc possiblement un bon potentiel de sortie. C'est probablement en raison d'un manque de ressources adéquates à l'extérieur que ce dernier type de patients reste encore hospitalisé. Ce sous-groupe représente donc une sous-population dont les besoins ne sont pas comblés. Bien qu'une telle hypothèse ait besoin d'être confirmée par une mesure des besoins, on peut supposer que ce sous-groupe pourrait bénéficier d'une structure allégée, certainement plus stimulante, qui lui assurerait un environnement adéquat pour développer ses habiletés. Ces patients se trouvent cependant confinés dans l'institution, celle-ci étant la seule option envisageable si une continuité des services requis doit être assurée.

Non seulement le confinement de nombreux patients ayant un bon potentiel de sortie mais encore hospitalisés à l'hôpital psychiatrique est plus coûteux pour le système de soins, mais, en accordant moins de liberté (le score de liberté accordé par la résidence est moins favorable dans l'hôpital), il représente également un frein potentiel à la pleine expression des habiletés restantes. Un tel résultat suggère non seulement qu'il est possible, pour bon nombre de patients, de vivre dans un milieu moins contraignant, mais aussi que cette vie moins contrôlée n'est pas délétère pour leur bien-être.

Le fait qu'un environnement moins contraignant ne semble pas avoir d'influence négative sur la qualité de vie d'individus souffrant de troubles mentaux sévères et persistants et que cela requiert un investissement moindre que le statu quo, le maintien dans un hôpital psychiatrique, est un argument de poids pour persévérer dans la poursuite du développement de ressources à l'extérieur. L'hôpital étudié ayant vécu au cours des 40 dernières années une réduction du nombre de lits impressionnante, la population restante est certainement composée des individus les plus malades et les plus difficiles à sortir. Il n'en reste pas moins, cette étude le montre bien, que plusieurs parmi les patients hospitalisés ont des caractéristiques qui les rendent susceptibles de bénéficier de ressources d'hébergement allégées.

Ces considérations soulèvent pour finir un point fondamental. Les évaluations sont réalisées avec un objectif clairement défini d'apporter de l'information aux preneurs de décisions afin de les aider dans les choix à faire. Que la désinstitutionnalisation ait été, au-delà des bénéfices escomptés, un élément utilisé dans les dynamiques de lutte de pouvoir et qu'elle soit justifiée par la conviction profonde de la nécessité de poursuivre basée sur un bien-fondé éthique ou non, posent la question de la place effective des analyses coûts/bénéfice dans l'établissement des grandes orientations. Les facteurs à l'origine de la désinstitutionnalisation sont multiples, et seuls quelques éléments ont été ici abordés. Le caractère apparemment inéluctable de la désinstitutionnalisation a été maintes fois souligné dans ce travail. Il est légitime de se demander si, par rapport à la désinstitutionnalisation psychiatrique, des données probantes peuvent encore être d'une quelconque utilité pour la prise de décision.

Bien entendu, se départir d'un des rares critères sur lesquels une décision rationnelle peut raisonnablement reposer, n'est pas acceptable [Drummond, 1994]. Tout acteur est imputable, et sa justification ne peut se départir d'un concept économique fondamental: tout investissement ne vaut la peine d'être consenti que si les bénéfices escomptés sont plus importants. Cette fixation sur le rôle central des évaluations économiques, si à la mode en ces temps de restrictions budgétaires et de contestation des dépenses associées aux programmes sociaux, est toutefois quelque peu simpliste. Le cas étudié est un exemple supplémentaire, s'il en était besoin, de l'existence de forces multiples, sur lesquelles les preneurs de décisions n'ont qu'un pouvoir limité.

Il ressort en effet des analyses de cette étude que si les coûts sont devenus un moteur essentiel de la diminution du nombre de lits, c'est d'autres facteurs qui semblent être malgré tout prépondérants: une préoccupation pour le bien-être des patients (toujours plus importante au fil des années), compte tenu de leurs besoins, des ressources existantes et des connaissances, ainsi que la recherche d'un rapport de pouvoir plus stable qui ne lèse que minimalement les aspirations des différents groupes.

Il n'en reste pas moins que l'information apportée par le volet économique permet d'affiner le processus. Le nombre de lits en psychiatrie va continuer à diminuer, sous l'influence de divers facteurs dont tous ne sont pas rationnels. Mais le choix des patients à transférer dans un autre lieu d'hébergement peut quant à lui s'effectuer à partir de données probantes. Mettre plus de poids sur une meilleure stimulation sociale et sur les habiletés de vie quotidienne serait par exemple une manière judicieuse d'exploiter les données d'une évaluation économique tout en intégrant cette information dans une dynamique qui ne peut aisément être modifiée. Dans ce sens, les évaluations économiques ont encore un rôle important à jouer.

## REFERENCES

- Ahrens, W.D. (1993) Nursing organizational restructure: choosing to change. *Military Medicine* 158: 208-212.
- Alexander, J.A., D'Aunno, T.A. (1990) Transformation of institutional environments: Perspectives on the corporatization of U.S. Health Care. In: *Innovations in Health Care Delivery`Insights for Organization Theory*, Mick, S.S. and Associates, San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc. pp. 52-85.
- Allaire, Y., Firsirotu, M.E. (1993) *L'entreprise stratégique: penser la stratégie*. Gaétan Morin éditeur, Boucherville.
- Anderson, J., Dayson, D., Wills, W., Gooch, C., Margolius, O., O'Driscoll, C., Leff, J. (1993) The TAPS project. 13: clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *British Journal of Psychiatry* 162(suppl. 19): 45-56.
- Arana, J. D., Hastings, B., Herron, E. (1991) Continuous care teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry* 42: 503-508.
- Bachrach, L.L. (1996) The state of the state mental hospital in 1996. *Psychiatric Services* 47(10): 1071-1078.
- Bachrach, L. L. (1992) Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *American Journal of Psychiatry* 149(11): 1455-63.
- Bandeira, M., Lesage A., Morisette R., et al. (1994) Evaluation de l'efficacité à long terme de la réinsertion sociale de patients psychiatriques. *Santé mentale au Québec* XIX (2): 178-190.
- Barley, S.R., Tolbert, P.S. (1997) Institutionalization and structuration: studying the links between action and institution. *Organization Studies* 18(1): 93-118.
- Bassuk, E. L., Gerson, S. (1984) Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American* 278: 46-52.



- Becker M., Diamond R., Sainfort F. (1993) A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251.
- Beecham J., Lesage, A. (1997) Leçon britannique d'un transfert de ressources: le système de dotation par patient. *Santé mentale au Québec* XXII (2): 170-194.
- Beigel, A., Santiago, J. M. (1995) Redefining the general psychiatrist: values, reforms and issues for psychiatric residency education. *Psychiatric Services* 46(8): 769-774.
- Bell, D. (1973) *The Coming of Post-Industrial Society*. New York; Basic Books.
- Bennett, D. (1979) Deinstitutionalization in two cultures. *Milbank Memory Fund Quarterly* 57: 516.
- Benson, J.K. (1975) The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20: 229-249.
- Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F. (1989) Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychological Medicine* 19: 649-656.
- Blackler, F. (1993) Knowledge and the theory of organizations: Organizations as activity systems and the reframing of management. *Journal of Management Studies* 30 (6), 863-884.
- Bond, G.R., Miller, L.D., Krumwied, R.D., Ward, R.S. (1988) Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 411-418.
- Bond, G.R., Witheridge, T.F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J., De Graaf-Kaser, R. (1990) Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *American Journal of Community Psychology* 18: 865-891.
- Borland, A., McRae, J., Lycan, C. (1989) Outcomes of five years of continuous intensive case management. *Hospital and Community Psychiatry* 40: 369-376.
- Boudreau, F. (1984) *De l'asile à la santé mentale*. Montréal; Edition St-Marin.

Becker M., Diamond R., Sainfort F. (1993) A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research* 2(4): 239-251.

Beecham J., Lesage, A. (1997) Leçon britannique d'un transfert de ressources: le système de dotation par patient. *Santé mentale au Québec* XXII (2): 170-194.

Beigel, A., Santiago, J. M. (1995) Redefining the general psychiatrist: values, reforms and issues for psychiatric residency education. *Psychiatric Services* 46(8): 769-774.

Bell, D. (1973) *The Coming of Post-Industrial Society*. New York; Basic Books.

Bennett, D. (1979) Deinstitutionalization in two cultures. *Milbank Memory Fund Quarterly* 57: 516.

Benson, J.K. (1975) The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20: 229-249.

Birchwood, M., Smith, J., Macmillan, F. (1989) Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychological Medicine* 19: 649-656.

Blackler, F. (1993) Knowledge and the theory of organizations: Organizations as activity systems and the reframing of management. *Journal of Management Studies* 30 (6), 863-884.

Bond, G.R., Miller, L.D., Krumwied, R.D., Ward, R.S. (1988) Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 411-418.

Bond, G.R., Witheridge, T.F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J., De Graaf-Kaser, R. (1990) Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *American Journal of Community Psychology* 18: 865-891.

Borland, A., McRae, J., Lycan, C. (1989) Outcomes of five years of continuous intensive case management. *Hospital and Community Psychiatry* 40: 369-376.

Boudreau, F. (1984) *De l'asile à la santé mentale*. Montréal; Edition St-Marin.

Bradley, V. J. (1980) Deinstitutionalization: social justice or political expedient ? *Amicus* 5: 82-89.

Braun, P., Kochansky, G., Shapiro, R., Greenberg, S., Gudeman, J.E., Johnson, S., Shore, M.F. (1981) Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients: a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry* 138: 736-749.

Brekke, J. S. (1988) What do we really know about community support programs ? Strategies for better monitoring. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 946-952.

Brown, P. (1991) *The transfer of Care*. London; Routledge.

Burns, T., Raftery, J. (1991) Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. *Schizophrenia Bulletin* 17: 407-410.

Burns, T., Raftery, J., Beadsmoore, A., McGuigan, S. Dickson, M.A. (1993) A controlled trial of home-based acute psychiatric services: II. Treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry* 163: 55-61.

Burti, L., Mosher L. (1986). Training psychiatrists in the community: a report of the Italian experience. *American Journal of Psychiatry* 143(12): 1580-4.

Bush, C.T., Langford, M.W., Rosen, P., Gott, W. (1990) Operation outreach: intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. *Hospital and Community Psychiatry* 41: 647-649.

Carrier, J. (1990) Sociopolitical influences on mental health care policy in the United Kingdom. In: Marks, I., and Scott, R. (Eds): *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*. Cambridge; Cambridge University Press: pp. 118-136.

Casey, K. (1995) *Work, Self and society*. London; Routledge.

Caton, C.L., Goldstein, J., Serrano, O., Bender, R. (1984) The impact of discharge planning on chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry* 35: 255-262.

Chisholm, D., Knapp, M.R.J., Astin, J., Lelliott, P., Audini, B. (1997) The mental health residential care study: predicting costs from residents characteristics. *British Journal of Psychiatry* 170: 37-42.

Clark R.E., Fox, T.S. (1993) A framework for evaluating the economic impact of case management. *Hospital and Community Psychiatry* 44 (5): 469-473.

Cohen, M.D., March, J.G. (1986) *Leadership and Ambiguity*. Boston; Harvard Business School Press.

Cohen, N., Gantt A.B., Sainz, A. (1997) Influences on fit between psychiatric patients' psychological needs and their hospital discharge plan. *Psychiatric Services* 48(4): 518-523.

Commission Castonguay-Nepveau. Commission d'Enquête sur les services de Santé et le Bien-Etre social (1970) Rapport - volume IV, La santé - Tome IV titre troisième: les ressources; titre quatrième: l'instauration du régime de la santé. Québec; Editeur officiel du Québec.

Contandriopoulos, A.P. (1994) Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Rupture* 1(1): 8-26.

Contandriopoulos, A.P., Souteyrand, Y. (1996) La construction de l'offre locale de soins. In: Contandriopoulos, A.P., Souteyrand, Y. (eds) *L'hôpital stratège: Dynamiques locales et offre de soins*. Montrouge; John Libbey.

Crepet P. (1990) A transition period in psychiatric care in Italy: ten years after the reform. *British Journal of Psychiatry* 156, 27-38.

Crompton, R. (1990) Professions in the current context. *Work, Employment and Society* 3(2): 147-166.

Crompton, R. (1992) Patterns of social consciousness amongst the middle class. In: Burrows, R. and March, C. (Eds): *Consumption and class: divisions and changes*. London; Macmillan: pp. 140-165.

Crozier, M. (1964) *The bureaucratic phenomenon*. Chicago; University of Chicago Press.

Cuffel, B.J., Jeste, D.V., Halpain, M., Pratt, C., Tarke, H., Patterson, T.L. (1996) Treatment costs and use of community mental health services for schizophrenia by age cohort. *American Journal of Psychiatry* 153: 870-876.

Cyr, M., Lesage, A., Toupin, J. (1992) *L'évaluation des problèmes psychosociaux chez des personnes ayant des problèmes psychiatriques graves*. Rapport déposé au CQRS. ISBN 2-921486-00-8.

De Cangas, J.P. (1994) Le "Case management" affirmatif: une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier. *Santé Mentale au Québec* XIX (1): 75-91.

Deci, P.A., Santos, A.B., Hiott, D.W., Schoenwald, S., Dias, J.K. (1995) Dissemination of assertive community treatment programs. *Psychiatric Services* 46(7): 676-678.

Denis, J-L., Langley, A., Cazale, L. (1996) Leadership and strategic change under ambiguity. *Organization studies* 17(4): 675-699.

Denis, J-L., Langley, A., Lozeau, D. (1995) The role and impact of formal strategic planning in public hospitals. *Health Services Management Research* 8(2), 86-112.

Derber, C., Schwartz, W.A., Magrass, Y. (1990) *Power in the highest degree: professionals and the rise of a new mandarin order*. New York; Oxford University Press.

Deweese, M., Pulice, R.T., McCormick, L.L. (1996) Community integration of former state hospital patients: outcomes of a policy shift in Vermont. *Psychiatric Services* 47(10): 1088-1092.

DiMaggio, P.J., Powell, W.W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review* 48: 147-160.

Dincin, J., Wasmer, D., Witheridge, T.F., Sobeck, L., Cook, J., Razzano, L. (1993) Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatients bed-days. *Hospital and Community Psychiatry* 44(9): 833-838.

Docherty, J. P. (1994) Two hundred years of inpatient psychiatry. *New Directions for Mental Health Services* (63): 5-23.

Doré, M. (1986) Un bilan de la désinstitutionnalisation au Québec, document présenté au Comité de santé mentale.

Dorvil H. (1997) Reform and reshaping mental health services in the Montreal area. *International Journal of Social Psychiatry* 43(3): 164-174.

Drummond, M. (1994) Evaluation of health technology: economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal. *Social Science and Medicine* 38(12): 1593-1600.

Drummond, M.F., Stoddart, G.L., Torrance, G.W. (1987) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford; Oxford Medical Publications.

Eddy, D.M. (1990) The Challenge. *JAMA* 263(2): 287-290.

Ellison, M.L., Rogers, E.S., Sciarappa, K., Cohen, M., Forbess, R. (1995) Characteristics of mental health case management: results of a national survey. *Journal of Mental Health Administration* 22(2): 101-112.

Endicott, J., Herz, M.I., Gibbon, M. (1978) Brief versus standard hospitalization: the differential cost. *American Journal of Psychiatry* 135: 707-712.

Evans, R.G. (1984) *Strained Mercy - The economics of Canadian health care*. Toronto; Butterworth.

Evers, S.M.A.A., Van Wijk, A.S., Ament, A.J.H.A. (1997) Economic evaluation of mental health care interventions. A review. *Health Economics* 6(2): 161-177.

Fauman, B. J. (1985) Psychiatric residency training in the consideration of alternatives to hospitalization. *Psychiatric Clinics of North America* 8(3): 609-15.

Fenton, F.G., Tessier, L., Contandriopoulos, A.P. Nguyen, H., Struening, E.L. (1982) A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. *Canadian Journal of Psychiatry* 27(3): 177-187.

Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L., Smith, F.A., Benoit, C., Contandriopoulos, A.P., Nguyen, H. (1984) A 2 year follow-up of a comparative trial of the cost-effectiveness of home and hospital psychiatric treatment. *Canadian Journal of Psychiatry* 29: 205-211.

Fisher, W., Geller, J., Altaffer, F., Bennett, M.B. (1992) The relationship between community resources and state hospital recidivism. *American Journal of Psychiatry* 149: 385-390.

Fogel, D.S. (1989) The uniqueness of a professionally dominated organization. *Health Care Manage Review* 14(3): 15-24.

Fowlkes, M. R. (1975) Business as usual: at the state mental hospital. *Psychiatry* 38: 55-64.

Franklin, J.L., Solovitz, B., Mason, M., Clemons, J., Miller, G. (1987) An evaluation of case management. *American Journal of Public Health* 77: 674-678.

Freedman, R. I., Moran A. (1984) Wanderers in a promised land. The chronically mentally ill and deinstitutionalization. *Medical Care* 22 (12 Suppl): S1-60.

Friedberg, F. (1993) *Le pouvoir et la règle. Dynamique de l'action organisée*. Paris; Seuil.

Friedman (a), E. (1983) The light that failed. Psychiatric 'deinstitutionalization' has betrayed its promise. *Hospitals* 57(16): 88-94.

Friedman (b), R. S. (1983). Hospital treatment of psychiatric emergencies. *Psychological Clinics of North America* 6: 293-303.

Friedman, R. S. (1985). "Resistance to alternatives to hospitalization." *Psychiatric Clinics of North America* 8(3): 471-82.

- Furman, W.M., Lund, D.A. (1979) The assessment of patient needs: description of the Level of Care Survey. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation* 1(2): 40-42.
- Gaucher, D. (1987) Pour une politique de santé mentale: tirer profit de l'histoire. *Santé mentale au Québec*, 12 (2): 114-128.
- Ginzberg, E. (1987) Psychiatry before the year 2000: the long view. *Hospital and Community Psychiatry* 38(7): 725-8.
- Goering, P.N., Wasilenki, D.A., Farkas, M., Lancee, W.J., Ballantyne, R. (1988) What difference does case management make ? *Hospital and Community Psychiatry* 39 (3): 272-276.
- Goldman, H. H. (1982). Mental illness and the family burden. *Hospital and Community Psychiatry* 33(7): 557-560.
- Greenwood, R., Lachman, R. (1996) Change as an underlying theme in professional service organizations: an introduction. *Organization studies*, 17(4): 563-572.
- Griesinger, W. (1845) *Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*. Stuttgart; Krabbe.
- Häfner, H., an der Heiden W. (1989a) The evaluation of mental health care systems. *British Journal of Psychiatry*; 155: 12-17.
- Häfner, H., an der Heiden W. (1989b). Effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry* 40(1): 59-63.
- Hamel, G., Prahalad, C.K. (1994) *Competiting for future*. Boston; Harvard Business School Press.
- HMSO (1990) *Health and Personal Social Services Statistics*. London.
- Hinings, R., Greenwood, R. (1988) *The dynamics of strategic change*. Oxford; Blackwell



Hinings, R., Greenwood, R. (1988b) The normative prescription of organizations. In Zucker, L. (Ed) *Institutional patterns of organizations*. Chicago; Ballinger.

Holley, H. L., Hodges, P., Jeffers, B. (1998) Moving psychiatric patients from hospital to community: views of patients, providers and families. *Psychiatric Services* 48(4): 513-517.

Holloway, F. (1988) Prescribing for the long-term mentally ill: a study of treatment practice. *British Journal of Psychiatry* 149: 75-81.

Holloway, F., Oliver, N., Collins, E., Carson, J. (1995) Case management: a critical review of the outcome literature. *European Psychiatry* 10: 113-128.

Holloway, F., Carson, J. (1998) Intensive case management for the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 172: 29-22.

Hosmer, D.W., Lemeshow, S. (1989) *Applied logistic regression*. New York; John Wiley and Sons.

Hoult, J., Reynolds, I. (1984) Schizophrenia: a comparative trial of community oriented and hospital oriented psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 69: 359-372.

Hoult, J. (1990) Dissemination in New South Wales of the Madison model. In: Marks, I.M., Scott, R.A. (Eds) *Mental health care delivery: innovations, impediments and implementation*. Cambridge, England; Cambridge University Press.

Hull, J.T., Thompson, J.C. (1981) Factors which contribute to normalization in residential facilities for the mentally ill. *Journal of Mental Health* 17: 107-113.

Hyde, C., Bridges, K., Goldberg, D., Lowson, K., Sterling C., Faragher B. (1987) The evaluation of a hostel ward: a controlled study using modified cost-benefit analysis. *British Journal of Psychiatry* 151: 805-812.

Jerrell, J.M., Hu, T.W. (1989) Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with an existing system of care. *Inquiry* 26: 224-234.

- Jones, K., Poletti, A. (1985) Understanding the Italian experience. *British Journal of Psychiatry* 146: 341-347.
- Kavanagh, S., Opit, L., Knapp, M.R.J., Beecham, J.K. (1995) Schizophrenia: shifting the balance of care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 30: 206-212.
- Keith, S.J. (1997) Pharmacologic advances in the treatment of schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 337 (12): 851-852.
- Kiesler, C. A. (1982a) Mental hospitals and alternative care. *American Psychology* 37: 349-360.
- Kiesler, C. A. (1982b) Public and professional myths about mental hospitalization. *American Psychology* 37: 1323-1339.
- Kincheloe, M. (1997) A state mental health system with no State hospital: the Vermont plan ten years later. *Psychiatric Services* 48(8): 1078-1080.
- Kingdon, J.W. (1984) *Agenda, alternatives and public policies*. Harper Collins Publishers.
- Kirk, S., Thierren, M. (1975) Community mental health myths and the fate of formerly hospitalized mental patients. *Psychiatry* 28: 209-217.
- Kivlahan, D.R., Heiman, J.R., Wright, R.C., Mundt, J.W., Shupe, J.A. (1991) Treatment cost and rehospitalization rate in schizophrenic outpatients with a history of substance abuse. *Hospital and Community Psychiatry* 42: 609-614.
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Morgenstern, H. (1982) *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*. London; Lifetime Learning Publications.
- Knapp, M., Beecham, J., Hallam, A., Fenyo, A. (1993) The costs of community care for former long-stay psychiatric hospital residents. *Health and Social Care* 1: 193-201.
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallam, A., Fenyo A., Marks, I.M., Connolly, J., Audini, B., Muijen, M. (1994). Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 165: 195-203.

Knapp, M., Chisholm, D, Astin, J., Lelliott, P., Audini, B. (1997) The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine* 27: 681-692.

Kurz, M.E. (1980) A behavioral profile of physicians in management roles. In: Schenke, R., (Ed.) *The Physician in Management* Tampa, Florida. American Academy of Medical Directors: pp. 33-44.

Laurin, C. (1996) 20 ans de Santé mentale au Québec, cahier souvenir. Montréal; Santé Mentale au Québec: 7-9.

Lavoie, F., Simard, I., Joly, J., Lefebvre, P. (1996a) Etude longitudinale du suivi d'usagers et d'efficience lors de modifications apportées au milieu de vie des usagers de l'hôp Louis-H. Lafontaine. Volume 1: suivi d'usagers. Rapport de Recherche, Ecole de psychologie. Université Laval.

Lavoie F., Lefebvre, P., Merrigan, P., Joly, J. (1996b) Etude longitudinale de suivi d'usagers et d'efficience lors de modifications apportées au milieu de vie des usagers de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Volume 2: coût et efficience. Rapport de recherche, Département des sciences économiques. Université du Québec à Montréal.

Lecomte Y. (1997) De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec* XXII (2): 7-24.

Lehman, A.F., Pstrado, L.T., Roth, D., McNary, S.W., Goldman, H.H. (1994) Continuity of care and client outcomes in the Robert Wood Johnson Foundation program on chronic mental illness. *The Milbank Quarterly* 72(1): 105-122.

Lieberman, R. P. (1988). Coping with chronic mental disorders: a framework for hope. In: Lieberman, R. P. (Ed.) *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington, DC; American Psychiatric Press.

Liberman, R.P., Phipps, C.C. (1987). Innovative treatment and rehabilitation techniques. In: Menninger W.W., Hannah, G. (Eds) *The Chronic Mental Patient II*. Washington, DC; American Psychiatric Press.

Linn, M.W., Gurel, L., Williford, W.O., Overall, J., Gurland, B., Laughlin, P. , Barchiesi, A. (1985) Nursing home care as an alternative to psychiatric consultation, a veteran administration cooperative study. *Archives of General Psychiatry* 42: 544-551.

Losson, J.-P., Paratte, J. (1988) La désinstitutionnalisation au Québec. *L'information psychiatrique* 64 (10): 1289-1298.

MacFarlane D., Fortin, P., Fox, J., Gundry, S., Oshry, J., Warren, E. (1997) Clinical and human resource planning for the downsizing of psychiatric hospitals: the British Columbia experience. *Psychiatric Quarterly* 68(1): 25-42.

Marks, I.M., Scott, R.A. (1990). Introduction. In: Marks, I.M., Scott, R.A. (Eds) *Mental health care delivery: innovations, impediments and implementation*. Cambridge; Cambridge University Press: pp. 1-5.

Martin R. (1993) Changing the mind of the corporation. *Harvard Business Review* 71: 81-94.

McCrone, P., Beecham, J., Knapp, M. (1994) Community psychiatric nurse teams: cost-effectiveness of intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry* 165: 218-221.

McRae, J., Higgins, M., Lycan, C., Sherman, W. (1990) What happens to patients after five years of intensive case management stops ? *Hospital and Community Psychiatry* 41: 175-179.

McWhinney, W., McCulley, E.S., Webber, J.B., Smith, D.M., Novokowsky, B.J. (1993) *Creating paths of change: revitalization, renaissance and work*. Venice, CA; Enthusio, Inc.

Mechanic, D. (1980) *Mental Health and Social Policy*. Englewood Cliffs, N.J.; Prentice-Hall.

Mechanic, D. (1987) Correcting misconceptions in mental health policy: strategies for improved care of the seriously mentally ill. *Milbank Quarterly* 65(2): 203-30.

Mechanic D. (1995) Challenges in the provision of mental health services: some cautionary lessons from U.S. experience. *British Journal of Psychiatry* 17: 132-139.

Miller, D., Friesen, P. (1984) *Organizations: a quantum view*. New York; Prentice-Hall.

Miller, D., Mintzberg, H. (1983) The case for configuration. In: Morgan, D. (Ed) *Beyond method: strategies for social research*. Beverly Hills; Sage Publications: pp 57-73.

Mintzberg H. (1982) *Structure et dynamiques des organisations*. Paris; Editions d'organisation.

Mintzberg, H. (1979) *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ; Prentice-Hall.

Mohelsky, H. (1982) The mental hospital and its environment. *Canadian Journal of Psychiatry* 27: 478-481.

Morcin, M., Rapp, C.A, Poertner, J. (1988) The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 11(4): 307-314.

MSSS (1989) *Politique de Santé mentale*, MSSS. Québec; Gouvernement du Québec.

MSSS (1997) *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Document de consultation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Mueller, J., Hopp, M. (1983) A demonstration of the cost benefits of case management services for discharged mental patients. *Psychiatric Quarterly* 55(1): 17-24.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Resnik, R.G. (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 24(1): 37-74.

Mulkern, V.M., Manderscheid, R.W. (1989) Characteristics of community support program clients in 1980 and 1984. *Hospital and Community Psychiatry* 40(2): 165-172.

Murphy, H.B.M. (1972) Les foyers nourriciers: une nouvelle arrière-boutique ? *L'Hygiène mentale au Canada, Supplément*, 71: 2-21.

Neter, J., Wasserman, W., Kutner, M.H. (1990) *Applied linear statistical models*. Boston; Richard D. Irwin, Third edition.

Norstand, I.F. (1986) Takeover of the medical profession by nonphysician. *New England Journal of Medicine* 314(6): 390.

O'Connor, S.J., Lanning, J.A. (1992) The end of autonomy ? Reflections on the postprofessional physician. *Health Care Management Review* 17(1): 63-72.

Okin, R. L. (1995) Testing the limits of deinstitutionalization. *Psychiatric Services* 46(6): 569-574.

Okin, R.L., Dolnick, J.A., Pearsall, D.T. (1983) Patients' perspectives on community alternatives to hospitalization: a follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 140: 1460-1464.

Olfson, M. (1990) Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. *Hospital and Community Psychiatry* 41: 634-641.

Ozcan, Y.A., Shukla, R.K., Tyler, L.H. (1997) Organizational performance in the community mental health care system: the need fulfillment perspective. *Organization Science* 8(2): 176-191.

Paquet, R. (1995) La politique de santé mentale: l'action en région. *Réflexion d'un acteur. Santé mentale au Québec* 20 (1): 49-56.

Pfeffer, J. (1982) *Organizations and organization theory*. Boston; Pitman.

Pfeffer, J. (1992) *Managing with power*. Boston; Harvard Business School.

Quilivan, R., Hough, R., Crowell, A., Beach, C., Hofstetter, R., Kenworthy, K. (1995) Service utilization and costs of care for severely mentally ill clients in an intensive case management program. *Psychiatric Services* 46(4): 365-371.

Ramon, S. (1989) The reactions of English-speaking professionals to the Italian psychiatric reform. *International Journal of Social Psychiatry* 35(1): 120-128

Ranson, S., Hinings, C.R., Greenwood, R. (1980) The structuring of organization structure. *Administrative Science Quarterly* 25: 1-17

Reding, G.R., Raphelson, M. (1995) Around-the-clock mobile psychiatric crises intervention: another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Mental Health Journal* 31(2): 179-187.

Reed M.I. (1996) Expert power and control in late modernity: an empirical review and theoretical synthesis. *Organization studies* 17(4): 573-597.

Roberge, P., Côté, J., Gaucher D., Pilon, W. (1988) Une évaluation des niveaux de soins requis par les bénéficiaires dans les institutions psychiatriques du Québec. Direction de la planification et de l'évaluation de la santé et des services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Robinson, G.K., Toff-Bergman, G. (1990) Choices in case management: current knowledge and practice for mental health programs. Washington, DC; Mental Health Policy Resource Center.

Rose, S. (1979) Deciphering deinstitutionalization complexities in policy and program analysis. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 57: 429.

Rothbar, A.B., Schinnar, A.P., Hadley, T.P., Foley, K.A., Kuno, E. (1988) Cost comparison of State hospital and community-based care for seriously mentally ill adults. *American Journal of Psychiatry* 155(4): 523-529.

Rubin, J. (1982) Cost measurement and cost data in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry* 33(9): 750-4.

Ryan, P. (1979) Residential care for the mentally disabled. In: Wing, J.K., Olsen, R. (Eds) *Community care for the mentally disabled*. London; Oxford University Press.

Santos, A.B., Trasher, J.W., Ballenger, J.C. (1988) Decentralized services for public hospital patients: a cost analysis. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 827-829.

Schipper, H., Clinch, J., Powell, V. (1990) Definitions and conceptual issues. In: Quality of life assessment in clinical trial. Spilker, B. (ed.) New York: Raven Press

Scott, W.R., Shortell, S.M. (1983) Organizational Performance: Managing for efficiency and effectiveness. In: Shortell, S.M., Kaluzny, A.D. (Eds) Health Care Management: A text in Organization Theory and Behavior. New York; John Wiley & Sons Inc.: pp. 418-455.

Scott. W. (1982) Managing professional work: three models of control for health organizations. Health Services Research 17: 213-240.

Scull, A. (1977) Decarceration: Community Treatment and the Deviant. Englewood Cliffs, N.J.; Prentice-Hall.

Scull, A. (1983) The asylum as community of the community as asylum: paradoxes and contradictions of mental health care. In: Bean, P. (Ed) Mental Illness: Changes and Trends. New York; Wiley.

Sévigny, R. (1996) Les années 70: début ou fin d'une époque ? 20 ans de Santé mentale au Québec, cahier souvenir. Santé Mentale au Québec: 15-19.

Sharfstein, S., Nafziger, J.C. (1976) Community care: costs and benefits for a chronic patient. Hospital and Community Psychiatry 27: 170-173.

Sharfstein, S.S. (1994) Economics redefining the practice of psychiatry. Bulletin of the Menninger Clinic 58(4): 447-53.

Shortell, S.M. (1988) The evolution of hospital systems: unfulfilled promises and self-fulfilling prophecies. Medical Care Review (Fall): 177.214.

Skelton-Green, J. (1997) Leadership crisis in psychiatric services: a change theory perspective. Psychiatric Quarterly 68(1): 43-65.

Solomon, P. (1992) The efficacy of case-management services for severely mentally disabled clients. Community Mental Health Journal 28: 163-180.



Solomon, P., Gordon, B., Davis, J. (1984) Assessing the service needs of the discharged psychiatric patients. *Social Work in Health Care* 10: 61-69.

Starbuck, W.H., Greve, A., Hedberg, B.L.T. (1978) Responding to crisis. *Journal of Business Administration* 9: 111-137.

Stein, L.I. (1992) *Innovating against the current. Innovative community mental health programs.* San Francisco; Jossey-Bass Publishers.

Stein, L. I., Test M.A. (1980) Alternative to mental hospital treatment: I. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* (37): 392-397.

Stein, L. I., Test M.A. (1985) The training in community Living model: a decade of experience. *New Directions for Mental Health Services* (26). San Francisco; Jossey-Bass.

Talbott, J. A. (1980) Toward a public policy on the chronically mentally ill patient. *American Journal of Orthopsychiatry* 50: 43-53.

Talbott, J. A. (1985) The fate of the public psychiatric system. *Hospital and Community Psychiatry* 36(1): 46-50.

Teesson, M., Hambridge, J. (1992) Mobile community treatment in inner city and suburban Sydney. *Psychiatric Quarterly* 63(2): 119-27.

Tessler, R.C., Bernstein, A.G., Rosen, B.M., Goldman, H.H. (1983) The chronically mentally ill in community support system. *Hospital and Community Psychiatry* 33: 208-211.

Test, M.A., Knoedler, W.H., Allness, P.J. (1985) The long term treatment of young schizophrenics in a community support program. In: Stein, L.I., Test, M.A. (Eds) *The training in community living model: a decade of experience.* *New Directions for Mental Health Services* (26). San Francisco; Jossey-Bass.

Test, M.A., Scott, R.A. (1990) Theoretical and research bases of community care programs. In: Marks, I.M., Scott, R.A. (Eds) *Mental health care delivery: innovations, impediments and implementation*. Cambridge, England; Cambridge University Press.

Thornicroft, G., Ward, P., James, S. (1993) Care management and mental health *British Medical Journal* 306: 768-771.

Trauer, T., Duckmanton, R.A., Chiu, E. (1998) Estimation of costs of public psychiatric treatment. *Psychiatric Services* 49(4): 440-442.

Weisbrod, B.A. (1981) Benefit-cost analysis of a controlled experiment: treating the mentally ill. *Journal of Human Resources* XVI(4): 523-548.

Weisbrod, B. A. (1983) A guide to benefit-cost analysis of a controlled experiment in treating the mentally ill. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 7: 808-845.

Weisbrod, B.A., Test, M.A., Stein, L. (1980) An alternative to mental hospital treatment, III: economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry* 37: 400-405.

Westermeyer J. (1980) Influence of mental illness on marriage, reproduction and parenting in a society without psychiatric services. *Journal of Nervous and Mental Disease* 168(10): 614-620.

White, D. (1993) Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Les cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. *Sociologie et société* 25 (1): 77-97.

Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F.J., Ruphan, M. (1991) Cost and benefit of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 17: 411-419.

Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F.J., Ruphan, M., Giel, R. (1995) Cost and benefit of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry* 166 (suppl.): 52-59.

Wikes, T. and J. K. Wing (1982) A ward in a house: accommodation for "new" long-stay patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 65: 315-330.

Wing, J.K., Morris, B. (1981) Clinical basis of rehabilitation. In: Wing J.K., Morris, B. (Eds) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*. Oxford; Oxford University Press.

Witheridge, T.F., Dincin, J. (1985) The bridge: an assertive outreach program in an urban setting. *New Directions for Mental Health Services* (26). San Francisco; Jossey-Bass: pp. 65-76.

Witheridge, T.F., Dincin, J., Appleby, L. (1982) Working with the most frequent recidivists: a total team approach to assertive resource management. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 5: 9-11.

Woinsky, F.D. (1980) The professional dominance perspective revisited. *The Milbank Quarterly* 66, Supplement 2: 33-47.

Wolff, N., Helminiak, T.W., Kraemer Tebes J. (1997) Getting the cost right in cost-effectiveness analyses. *American Journal of Psychiatry* 154(6): 736-743.

Wolff, N., Helminiak, T.W., Diamond, R.J. (1995) Estimated societal costs of assertive community mental health care. *Psychiatric Services* 46(9): 898-906.

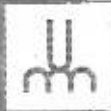
Wright R.G., Heiman, JR., Shupe, J., Olvera, G. (1989) Defining and measuring stabilization of patients during four years of intensive community support. *American Journal of Psychiatry* 146: 1293-1298.

Yin, R.K. (1989) *Case study research*. Newbury Park; Sage Publications.

Young, D.W., Saltman, R.B. (1985) *The hospital power equilibrium. Physician behaviors and cost containment*. The John Hopkins Press University.

*Après tout, réussir à l'examen de doctorat pour être fonctionnaire  
est le but de nos études*

**Wou King Tseu**  
Chronique indiscrète des mandarins



Université de Montréal

Analyse organisationnelle et évaluation de la  
désinstitutionnalisation dans un hôpital psychiatrique

Département d'administration de la santé  
Faculté de médecine

Daniel Reinharz

# Faculté des études supérieures

Thèse de doctorat

## **ANNEXE 1**

QUESTIONNAIRES ENVOYES AUX PERSONNES INTERROGEEES

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

HOPITAL

ADMINISTRATEURS

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances en tant qu'administrateur..

- Q1      Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
- Q2      Pouvez vous parler des ressources (monétaires, en personnel...) attribuées pour l'intervention même (la désinstitutionnalisation) auprès des usagers dans votre organisation. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez vous avoir de plus ?
- Q3      Quelles sont les tâches effectuées par l'administration de votre organisation et qui touchent à la désinstitutionnalisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q4      Si on considère les activités des différents groupes professionnels oeuvrant dans votre organisation et qui sont directement impliqués dans le processus de désinstitutionnalisation, pensez-vous que leur attribution de tâches est satisfaisante compte tenu des transformations de l'hôpital ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q5      Comment percevez vous l'attitude d'autres organismes (hôpitaux généraux, CHSLD, ressources intermédiaires, ressources communautaires, CLSC, Régie régionale, MSSS) concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q6      Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?

- Q7 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:
1. hôpitaux généraux
  2. CHSLD
  3. ressources intermédiaires
  4. ressources communautaires
  5. CLSC
  6. Régie régionale
  7. MSSS
- pour ce qui a trait à:
1. l'obtention de ressources
  2. la distribution de ressources
  3. l'obtention d'information
  4. la diffusion d'information
  5. l'accueil d'usagers
  6. la référence d'usagers
  7. la coordination de la gestion des cas
  8. la réalisation de programmes conjoints
  9. l'obtention de contrat de service
  10. l'offre de contrats de service
- Q8 Dans certains cas particuliers, avez vous des liens informels avec certaines personnes travaillant dans d'autres organisations, et qui ont une influence sur le processus de désinstitutionnalisation ?
- Q9 Quels sont les liens que vous entretenez avec les autres groupes professionnel de votre organisation ?
- Q10 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?
- Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??
- Q11bis Quel est le rôle que devraient jouer les CHSLD ?
- Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources communautaires ?
- Q13 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q14 Quel est le rôle que devraient jouer les CLSC ?
- Q15 Quelle fonction l'administration de votre organisation devrait-elle assumer par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q16 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q17 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q18 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?
-



**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

**HÔPITAL**

**INTERVENANTS**

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances en tant qu'intervenant(e).

- Q1      Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
- Q2      Pouvez vous parler des ressources (monétaires, en personnel...) attribuées pour l'intervention même auprès des usagers dans votre organisation. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez vous avoir de plus ?
- Q3      Quelles sont les tâches effectuées par les intervenants ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q4      Quelles sont les tâches en rapport avec la désinstitutionnalisation qui sont effectuées par les autres groupes (médecins, infirmiers...) travaillant dans votre organisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q5      Comment percevez vous l'attitude d'autres organismes (hôpitaux généraux, autres ressources résidentielles, organismes communautaires, Régie régionale, MSSS) concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q6      Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?

- Q7 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:
1. hôpital général
  2. ressources intermédiaires
  3. organismes communautaires
  4. Régie régionale
  5. MSSS
- pour ce qui a trait à:
1. l'obtention de ressources
  2. la distribution de ressources
  3. l'obtention d'information
  4. la diffusion d'information
  5. l'accueil d'usagers
  6. la référence d'usagers
  7. la coordination de la gestion des cas
  8. la réalisation de programmes conjoints
  9. l'obtention de contrat de service
  10. l'offre de contrats de service
- Q8 Dans certains cas particuliers, avez vous de tels liens avec certains groupes d'acteurs (par exemple médecins) plutôt que leurs organisations ?
- Q9 Quels sont les liens que vous entretenez avec les autres groupes de votre organisation ?
- Q10 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?
- Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??
- Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q13 Quel est le rôle que devraient jouer les organismes communautaires ?
- Q14 Quel est le rôle que devrait jouer votre organisation ?
- Q15 Quelle fonction votre groupe professionnel devrait-il assumer par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q16 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q17 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q18 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?
-

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

**PLANIFICATEURS REGIONAUX**

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes.

- Q1      Pouvez-vous décrire en termes généraux comment d'un point de vue de la Régie régionale est vu le processus de désinstitutionnalisation.
- Q2      Plus spécifiquement, quelles ont été les directives discutées à la Régie régionale ?
- Q3      Quelles ont été les directives décidées et imposées par la Régie régionale ?
- Q4      En quoi ces directives affectent-elles
1. les hôpitaux psychiatriques
  2. les hôpitaux généraux
  3. les CLSC
  4. les ressources communautaires et/ou alternatives
- Q5      Quelles sont les raisons qui ont conduit la Régie régionale à adopter les mesures décidées ?
- Q6      Quelles sont les contraintes d'ordre
1. législatif
  2. politique
  3. administratif (interne et venant du Ministère de la Santé et des Services sociaux)
  4. budgétaires
  5. "relationnels" avec les ressources sur le terrain
- qui conditionnent les directives de la RR. Dans quelle mesure ces contraintes ont-elles concrètement affecté les décisions touchant à la désinstitutionnalisation ?
- Q7      Quelle est la part des ressources attribuées au secteur psychiatrique (si possible plus aux soins de longue durée) qui se trouve sous le contrôle de la Régie régionale ?
- Q8      Le budget attribué au secteur psychiatrique est-il protégé ? Si oui, par qui ?
- Q9      Comment se répartit le budget entre les différentes ressources ?
- Q10     Dans quelle mesure le montant de ce budget et ses allocations ont-ils évolués au cours de ces 10 dernières années ?
- Q11     Avec quel organisme la Régie régionale traite-t-elle directement ? (chaque hôpital, chaque ressource intermédiaire, chaque organisme communautaire séparément, ou avec des regroupements d'organisations.....) ?
- Q12     De quelle nature sont les liens que la Régie régionale entretient avec ces divers organismes ?
- Q13     Y a-t-il certains groupes d'acteurs (comme les médecins) qui, indépendamment des organisations dans lesquelles ils travaillent, participent à des échanges avec la Régie régionale pour ce qui a trait à la désinstitutionnalisation ?
- Q14     Quels sont les processus d'allocation des ressources adoptés par la Régie régionale ?

- Q15 Sur quelle base est-ce que les ressources sont allouées aux divers organismes. Sur quels facteurs sont jugés les divers organismes en compétition ?
- Q16 Quelle serait la situation idéale pour les patients souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q17 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??
- Q18 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q19 Quels est le rôle que devrait jouer les ressources communautaires ?
- Q20 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q21 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?
-

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

HOPITAL

LES SYNDICATS

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances en tant que syndicaliste.

- Q1 Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
- Q2 Pouvez-vous parler de votre perception de la situation par rapport aux ressources nécessaires pour la prise en charge de patients souffrant de troubles mentaux (monétaires, en personnel...) dans votre organisation. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez-vous avoir de plus ?
- Q3 Comment percevez-vous l'utilisation du personnel dans votre organisation ? En quoi la désinstitutionnalisation affecte-t-elle le personnel ? D'après vous, que devrait-on faire ?
- Q4 Comment percevez-vous l'attitude par rapport à la désinstitutionnalisation d'autres organismes que le votre (hôpitaux généraux, ressources intermédiaires, organismes communautaires, Régie régionale, MSSS), qui sont concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q5 Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire (loi, règlements, accords salariaux...) sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?

- Q6 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:
1. hôpitaux généraux
  2. autres ressources résidentielles
  3. organismes communautaires
  4. CLSC
  5. Régie régionale
  6. MSSS
- pour ce qui a trait à:
1. l'obtention de ressources
  2. la distribution de ressources
  3. l'obtention d'information
  4. la diffusion d'information
- Q7 Dans certains cas particuliers, avez vous de tels liens avec certains groupes d'acteurs (par exemple des intervenants ou des médecins) plutôt que leurs organisations ?
- Q8 comment définiriez-vous liens que vous entretenez avec les groupes professionnels (administrateurs, infirmières et infirmiers, médecins, autres personnels) de votre organisation ?
- Q9 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?
- Q10 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??
- Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les CLSC ?
- Q13 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources communautaires ?
- Q14 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q15 Quel rôle devraient assumer les syndicats par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q16 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q17 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?
-

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

PLANIFICATEURS NATIONAUX

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes.

- Q1      Pouvez-vous décrire en termes généraux comment d'un point de vue du MSSS est vu le processus de désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique ?
- Q2      Quelles sont les instances, au MSSS, concernées et impliquées dans la désinstitutionnalisation ?
- Q3      Plus spécifiquement, quelles ont été les directives discutées au MSSS ?
- Q4      Quelles ont été les directives décidées et imposées par le MSSS ?
- Q5      En quoi ces directives affectent-elles
1. les hôpitaux psychiatriques
  2. les hôpitaux généraux
  3. les CLSC
  4. les ressources communautaires et/ou alternatives
- Q6      Quelles sont les raisons qui ont conduit le MSSS à adopter les mesures décidées ?
- Q7      Quelles sont les contraintes d'ordre
1. législatif
  2. politique
  3. administratif (interne)
  4. budgétaires
  5. "relationnels" avec les ressources sur le terrain
- qui conditionnent les directives du MSSS. Dans quelle mesure ces contraintes ont-elles concrètement affecté les décisions touchant à la désinstitutionnalisation ?
- Q8      Quelle est la part des ressources attribuées au secteur psychiatrique (si possible plus aux soins de longue durée) qui se trouve sous le contrôle du MSSS ?
- Q9      Le budget attribué au secteur psychiatrique est-il protégé ? Si oui, par qui ?
- Q10     Si un budget "santé mentale" existe, comment son montant est-il défini et comment est-il alloué aux différents bénéficiaires ?
- Q11     Dans quelle mesure le montant de ce budget et ses allocations ont-ils évolués au cours de ces 10 dernières années ?
- Q12     Avec quel organisme le MSSS traite-t-il directement ? (chaque Régie régionale, chaque hôpital, chaque ressource intermédiaire, chaque organisme communautaire séparément, ou avec des regroupements d'organisations.....) ?
- Q13     De quelle nature sont les liens que le MSSS entretient avec ces divers organismes ?

- Q14 Y a-t-il certains groupes d'acteurs (comme les médecins) qui, indépendamment des organisations dans lesquelles ils travaillent, participent à des échanges le MSSS pour ce qui a trait à la désinstitutionnalisation ?
- Q15 Quels sont les processus d'allocation des ressources adoptés par le MSSS (par rapport aux services de santé mentale) ?
- Q16 Quelle serait la situation organisationnelle idéale pour les patients souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q17 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ?
- Q18 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q19 Quels est le rôle que devrait jouer les ressources communautaires ?
- Q20 Quel est le rôle que devraient jouer les CLSC ?
- Q21 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q22 Comment cette perception des rôles de chacun des acteurs influe-t-elle sur les décisions prises au MSSS ?
- Q23 Quel devrait être le rôle du MSSS dans le processus de désinstitutionnalisation ?
-



**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

**USAGERS**

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions suivantes visent à mieux comprendre le milieu dans lequel la désinstitutionnalisation s'opère.

- Q1 Pouvez-vous décrire en termes généraux comment vous percevez le processus de désinstitutionnalisation.
- Q2 Pouvez-vous nous indiquer comment vous percevez le processus entourant la question de la désinstitutionnalisation tel qu'il s'est opéré à l'hôpital LH Lafontaine au cours de ces dernières années
- Q3 Quelles sont d'après vous les contraintes d'ordre
1. législatif
  2. politique
  3. administratif (interne et venant du Ministère de la Santé et des Services sociaux)
  4. budgétaires
  5. "relationnels" avec les ressources sur le terrain
- qui conditionnent le processus de désinstitutionnalisation ?
- Q4 Dans quelle mesure, selon vous, les usagers ont été et sont consultés dans les décisions qui concernent la désinstitutionnalisation ?
- Q5 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ?
- Q6 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q7 Quels est le rôle que devrait jouer les ressources communautaires ?
- Q8 Quels est le rôle que devrait jouer les CLSC ?
- Q9 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q10 Comment voyez-vous les possibilités d'intégration de patients souffrant de troubles mentaux graves et persistants dans la communauté
- Q11 Quelle serait la situation idéale pour les patients souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q12 La population a-t-elle un rôle à jouer dans le processus de désinstitutionnalisation et si oui, lequel ?
-

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

HOPITAL

MEDECINS

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances en tant que médecin.

- Q1 Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
- Q2 Pouvez-vous parler des ressources (monétaires, en personnel...) allouées aux soins médicaux des usagers de votre organisation. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez-vous avoir de plus ?
- Q3 Quelles sont les tâches effectuées par les médecins, et qui ont trait à la désinstitutionnalisation ? Ces fonctions vous paraissent-elles satisfaisantes ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q4 Quelles sont les tâches effectuées par les autres groupes travaillant dans votre organisation et qui ont trait à la désinstitutionnalisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q5 Comment percevez-vous l'attitude des différents organismes (hôpital psychiatrique, hôpitaux généraux, ressources intermédiaires, ressources communautaires, CLSC, Régie régionale, MSSS) concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q6 Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?

- Q7 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:
1. hôpitaux généraux
  2. ressources intermédiaires
  3. ressources communautaires
  4. CLSC
  5. Régie régionale
  6. MSSS
- pour ce qui a trait à:
1. l'obtention de ressources
  2. la distribution de ressources
  3. l'obtention d'information
  4. la diffusion d'information
  5. l'accueil d'usagers
  6. la référence d'usagers
  7. la coordination de la gestion des cas
  8. la réalisation de programmes conjoints
  9. l'obtention de contrat de service
  10. l'offre de contrats de service
- Q8 Dans certains cas particuliers, avez vous des liens informels avec certaines personnes travaillant dans d'autres organisations, et qui ont une influence sur le processus de désinstitutionnalisation ?
- Q9 Quels sont les liens que vous entretenez avec les autres groupes de votre organisation ?
- Q10 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?
- Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??
- Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q13 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources communautaires ?
- Q14 Quel est le rôle que devraient jouer les CLSC ?
- Q15 Quelle fonction votre groupe professionnel devrait-il assumer par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q16 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q17 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q18 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?
-

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

**RESSOURCES COMMUNAUTAIRES/INTERMEDIAIRES**

**INTERVENANTS**

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances en tant qu'intervenant(e).

- Q1 Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
- Q2 Pouvez vous parler des ressources (monétaires, en personnel...) attribuées pour l'intervention même auprès des usagers dans votre organisation. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez vous avoir de plus ?
- Q3 Quelles sont les tâches effectuées par les intervenants ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q4 Quelles sont les tâches effectuées par les autres groupes travaillant dans votre organisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q5 Comment percevez vous l'attitude d'autres organismes (hôpital, autres ressources résidentielles, ressources communautaires, Régie régionale, MSSS) concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q6 Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?

Q7 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:

1. hôpital
2. autres ressources résidentielles
3. ressources communautaires
4. Régie régionale
5. MSSS

pour ce qui a trait à:

1. l'obtention de ressources
2. la distribution de ressources
3. l'obtention d'information
4. la diffusion d'information
5. l'accueil d'usagers
6. la référence d'usagers
7. la coordination de la gestion des cas
8. la réalisation de programmes conjoints
9. l'obtention de contrat de service
10. l'offre de contrats de service

Q8 Dans certains cas particuliers, avez vous de tels liens avec certains groupes d'acteurs (par exemple médecins) plutôt que leurs organisations ?

Q9 Quels sont les liens que vous entretenez avec les autres groupes de votre organisation ?

Q10 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?

Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??

Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources communautaires ?

Q13 Quel est le rôle que devrait jouer votre organisation ?

Q14 Quelle fonction votre groupe professionnel devrait-il assumer par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?

Q15 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?

Q16 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?

Q17 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?

---

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

**RESSOURCES COMMUNAUTAIRES/INTERMEDIAIRES**

**CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances en tant que membre du Conseil d'Administration.

- Q1      Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
  
- Q2      Pouvez vous parler des ressources (monétaires, en personnel...) attribuées pour l'intervention même auprès des usagers dans votre organisation. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez vous avoir de plus ?
  
- Q3      Quelles sont les tâches effectuées par le CA ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
  
- Q4      Quelles sont les tâches effectuées par les autres groupes travaillant dans votre organisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
  
- Q5      Comment percevez vous l'attitude d'autres organismes (hôpital, autres ressources résidentielles, Régie régionale, MSSS) concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
  
- Q6      Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?

- Q7 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:
1. hôpital
  2. autres ressources résidentielles
  3. ressources communautaires
  4. Régie régionale
  5. MSSS
- pour ce qui a trait à:
1. l'obtention de ressources
  2. la distribution de ressources
  3. l'obtention d'information
  4. la diffusion d'information
  5. l'accueil d'usagers
  6. la référence d'usagers
  7. la coordination de la gestion des cas
  8. la réalisation de programmes conjoints
  9. l'obtention de contrat de service
  10. l'offre de contrats de service
- Q8 Dans certains cas particuliers, avez vous de tels liens avec certains groupes d'acteurs (par exemple médecins) plutôt que leurs organisations ?
- Q9 Quels sont les liens que vous entretenez avec les autres groupes de votre organisation ?
- Q10 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?
- Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ?
- Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources communautaires ?
- Q13 Quel est le rôle que devrait jouer votre organisation ?
- Q14 Quelle fonction votre CA devrait-il assumer par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q15 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q16 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?
- Q17 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?
-

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

**RESSOURCES COMMUNAUTAIRES**

**ADMINISTRATEURS**

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances en tant qu'administrateur..

- Q1 Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
- Q2 Pouvez vous parler des ressources (monétaires, en personnel...) attribuées pour l'intervention même auprès des usagers dans votre organisation. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez vous avoir de plus ?
- Q3 Quelles sont les tâches effectuées par l'administration de votre organisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q4 Quelles sont les tâches effectuées par les autres groupes travaillant dans votre organisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q5 Comment percevez vous l'attitude d'autres organismes (hôpital, autres ressources résidentielles, ressources communautaires, Régie régionale, MSSS) concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q6 Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?



Q7 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:

1. hôpital
2. autres ressources résidentielles
3. ressources communautaires
4. Régie régionale
5. MSSS

pour ce qui a trait à:

1. l'obtention de ressources
2. la distribution de ressources
3. l'obtention d'information
4. la diffusion d'information
5. l'accueil d'usagers
6. la référence d'usagers
7. la coordination de la gestion des cas
8. la réalisation de programmes conjoints
9. l'obtention de contrat de service
10. l'offre de contrats de service

Q8 Dans certains cas particuliers, avez vous de tels liens avec certains groupes d'acteurs (par exemple médecins) plutôt que leurs organisations ?

Q9 Quels sont les liens que vous entretenez avec les autres groupes de votre organisation ?

Q10 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?

Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??

Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources communautaires ?

Q13 Quel est le rôle que devrait jouer votre organisation ?

Q14 Quelle fonction l'administration de votre organisation devrait-elle assumer par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?

Q15 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?

Q16 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?

Q17 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?

---

**QUESTIONS DES ENTREVUES DU VOLET ORGANISATIONNEL  
PROJET DESINSTITUTIONNALISATION**

**RESSOURCES ALTERNATIVES**

**ADMINISTRATEURS**

Les questions suivantes ont trait à la désinstitutionnalisation. La période que nous aimerions couvrir débute en 1989 et s'étend jusqu'à aujourd'hui. Nous aimerions connaître la situation actuelle mais aussi savoir si à votre connaissance, des changements majeurs ont affecté ces dernières années les sujets ou thèmes traités par les questions suivantes. Les questions portent essentiellement sur votre perception et vos connaissances du sujet.

- Q1      Pouvez-vous décrire de manière très générale comment vous percevez la désinstitutionnalisation en milieu psychiatrique à Montréal ?
- Q2      Pouvez vous parler des ressources (monétaires, en personnel...) attribuées pour l'intervention même auprès des usagers par les ressources alternatives. Ces ressources vous paraissent-elles suffisantes ? Limitent-elles vos possibilités d'action ? Que souhaiteriez vous avoir de plus ?
- Q3      Quelles sont les tâches effectuées par l'administration de votre organisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q4      Quelles sont les tâches effectuées par les autres groupes travaillant dans votre organisation ? Cette attribution vous paraît-elle satisfaisante ? Si non, quelle modification des tâches souhaiteriez-vous avoir ?
- Q5      Comment percevez vous l'attitude d'autres organismes (hôpital, ressources communautaires, Régie régionale, MSSS) concernés par la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q6      Comment percevez-vous l'interférence des cadres législatif et réglementaire sur le processus de désinstitutionnalisation ? Comment vous situez-vous par rapport à ces cadres ou comment ces cadres interfèrent-ils avec vos activités réelles ou désirées ?

- Q7 Quels sont les liens que vous entretenez avec d'autres organismes:
1. hôpital
  2. ressources communautaires
  3. Régie régionale
  4. MSSS
- pour ce qui a trait à:
1. l'obtention de ressources
  2. la distribution de ressources
  3. l'obtention d'information
  4. la diffusion d'information
  5. l'accueil d'usagers
  6. la référence d'usagers
  7. la coordination de la gestion des cas
  8. la réalisation de programmes conjoints
  9. l'obtention de contrat de service
  10. l'offre de contrats de service
- Q8 Dans certains cas particuliers, avez vous de tels liens avec certains groupes d'acteurs (par exemple médecins) plutôt que leurs organisations ?
- Q9 Quels sont les liens que vous entretenez avec les divers groupes de votre organisation ?
- Q10 Comment décririez-vous votre rôle dans votre organisation tout d'abord, puis par rapport au processus de désinstitutionnalisation ?
- Q11 Quel est le rôle que devraient jouer les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les départements de psychiatrie au sein des hôpitaux de soins généraux ??
- Q12 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources intermédiaires ?
- Q13 Quel est le rôle que devraient jouer les ressources communautaires ? en particulier, de quelle façon doit-on les distinguer des ressources alternatives ?
- Q14 Quel est le rôle que devrait jouer les ressources alternatives ?
- Q15 Quelle fonction l'administration de votre organisation devrait-elle assumer par rapport à la question de la désinstitutionnalisation ?
- Q16 Comment ces diverses agences devraient-elles fonctionner les unes par rapport à aux autres ?
- Q17 Quelle serait la situation idéale pour les usagers souffrants de troubles sévères et persistants ?
- 
- Q18 Quel devrait être le rôle de la Régie régionale dans le processus de désinstitutionnalisation ?

## **ANNEXE 2**

QUESTIONNAIRES PASSES AUX INTERVENANTS AU MOMENT DE L'ENTREVUE  
(GNY, HHPP, QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE, ILSS)

Date: \_\_\_\_\_

Numéro de sujet: \_\_\_\_\_

Numérodossier: \_\_\_\_\_

**NFCAS 1996-1997**

**ANALYSE DES BESOINS DE SOINS, DES COÛTS  
ET DES ASPECTS ORGANISATIONNELS**

**QUESTIONNAIRES DESTINÉS AUX PERSONNELS SOIGNANTS  
ET AUX INTERVENANTS**

**(GNY, HHPPS, QVW, ILSS)**

CENTRE DE RECHERCHE

**FERNAND · SEGUIN**

**Hôpital Louis-H. Lafontaine**

**INVENTAIRE DU NIVEAU DE SOINS ET  
CALCUL DU NIVEAU DE L'AUTONOMIE**

**Identification**

ETABLISSEMENT  
OU ORGANISME \_\_\_\_\_

NO. DU BÉNÉFICIAIRE \_\_\_\_\_

TYPE DE RÉSIDENCE  
(indiquer) \_\_\_\_\_ (16)

STATUT  
LÉgal A B C

**I- Vue, ouïe, communication et compréhension (Cocher la case correspondante)**

	Normal sans correction 1	Normal avec correction 2	Partielle sans correction 3	Partielle avec correction 4	Incapacité partielle 5	Pas d'altération 6
1. VUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. OUIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. LANGUE D'USAGE		1 Français <input type="checkbox"/>	2 Anglais <input type="checkbox"/>	3 Autre <input type="checkbox"/>	9 Inconnu <input type="checkbox"/> (48)	
		INCAPACITÉ PARTIELLE			INCAPACITÉ TOTALE	
4. PAROLE	Sans incapacité 1	Problème physique 2	Besoin de temps 3	Articulation 4	Refus de parler 5	Incapacité de parler 6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. CAPACITÉ DE COMMUNIQUER PENSÉES ET BESOINS AUX AUTRES**

Sans difficulté 1	Légère difficulté 2	Difficulté modérée 3	Grande difficulté 4	Pas de communication 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. COMPRÉHENSION**

Comprend tout 1	Légère difficulté 2	Difficulté modérée 3	Grande difficulté 4	Ne comprend rien 5	Ne peut être évalué 6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(49)

**II- Santé physique**

7. COCHER "OUI" POUR CHAQUE DÉSORDRE PHYSIQUE INSCRIT AU BORDON MÉDICAL COMME PROBLÈME ACTUEL OU CHRONI. SI CETTE MALADIE EST ABSENTE OU N'A PAS ENCORE ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉE POSITIVEMENT, COCHER "NON".

	NON 1	OUI 2		NON 1	OUI 2
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(71)

8. TEL QU'INDIQUÉ CI-DESSUS, COCHER "OUI" POUR CHAQUE TYPE D'EFFETS SECONDAIRES QUE PRÉSENTE CETTE PERSONNE POUR TOUTE MÉDICATION QU'ELLE PREND. SI ABSENTS, COCHER "NON".

	NON 1	OUI 2		NON 1	OUI 2
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(72)

9. GLOBALEMENT, ÉVALUER JUSQU'À QUEL POINT LES PROBLÈMES PHYSIQUES DE CETTE PERSONNE ENTRAVENT SA CAPACITÉ À:

	Pas du tout 1	Légerment 2	Moyennement 3	Énormement 4	Très énormément 5
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ÉVALUER LE NIVEAU GÉNÉRAL DE SANTÉ PHYSIQUE DE CETTE PERSONNE PAR COMPARAISON AVEC LES ADULTES DE LA MÊME CATÉGORIE D'ÂGE:

Excellent 1	Très bon 2	Bon 3	Passable 4	Mauvais 5	Très mauvais 6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(73)

**III- Procédés de soins**

**11. VEUILLEZ PRÉCISER LES MÉTHODES, PARMI LES TECHNIQUES SUIVANTES, FONT PARTIE DU PLAN DE SOINS ACTUEL DU BÉNÉFICIAIRE EN SPÉCIFIANT OÙ LES ADMINISTRE. SI LA TECHNIQUE N'EST PAS EMPLOYÉE, VEUILLEZ COCHER "NON".**

	OÙ ADMINISTRÉ PAR				OÙ ADMINISTRÉ PAR		
	NON	Bénéficiaire	Autre		NON	Bénéficiaire	Autre
a Injection d'insuline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h Sonde urétrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Injection d'une autre médication non psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i Drainage pour colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Inhalothérapie/oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j Signes vitaux quotidiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Perforation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k Soins de plaies de lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Succion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Pansement aseptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Irrigation de lésion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**IV- Niveau d'intelligence et comportement**

**13. NIVEAU D'INTELLIGENCE**

1.  au-dessus de la moyenne    3.  sous la moyenne    5.  retard léger    7.  retard sévère  
 2.  moyen    4.  frontière    6.  retard modéré    8.  retard profond

**COMPORTEMENT:** Veuillez évaluer, pour chaque item, le comportement OBSERVÉ chez cette personne pendant **LES TROIS DERNIERS JOURS**; indiquez votre réponse en cochant la case appropriée pour chaque énoncé.

	Jamais					Parfois					Souvent					Majoritairement	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Temp	
14. Tenue négligée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Est impatient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pleure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. S'intéresse aux activités autour de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Demeure assis s'il n'est pas dirigé vers une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Se fâche ou est contrarié facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Entend des choses qui n'existent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Maintient ses vêtements propres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cherche à fraterniser avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Facilement bouleversé si quelque chose ne lui convient pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Refuse de faire les choses simples que l'on attend de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Irritable et grognon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A de la difficulté à se souvenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Refuse de parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Rit et sourit à des blagues ou événements drôles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Malpropre lorsqu'il mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Engage la conversation avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Dit se sentir déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Parle des choses qui l'intéressent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Voit des choses qui n'existent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Il faut lui rappeler quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Dort, à moins d'être dirigé vers une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Dit qu'il ne vaut rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Il faut lui dire de suivre les règlements de l'hôpital ou l'organisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. A de la difficulté à compléter des tâches simples par lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Se parle, marmonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Dit se sentir inutile, rejeté, sans espoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Glousse et rit sans raison apparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sort facilement de ses gonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Se garde propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. S'oriente sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Est insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. A des idées et des propos étranges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. S'approprié les choses qui ne lui appartiennent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Devient confus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Conscient de son environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Négligent lorsqu'il fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Répond à son nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Pince, pousse, touche ou tape les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. S'entend avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. S'exhibe ou se masturbe en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Injure les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Présente des comportements ou des rituels bizarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Délèque et urine de façon antisociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Parle de se tuer, souhaite être mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Semble prendre plaisir à ce qu'il fait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Accumule les objets hétéroclites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Perturbateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Connaît le nom du personnel et des autres bénéficiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTIONS 64 à 71:** Pour chaque énoncé suivant, indiquer seulement **LA PLUS RÉCENTE** manifestation:

	Jamais					Jamais			
	1	Qu au cours du dernier mois	Deux au cours des 3 derniers mois	De 4 à 2 plus de 3 mois		1	Qu au cours du dernier mois	Deux au cours des 3 derniers mois	De 4 à plus de 3 mois
64. A tenté de se suicider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68. A tenté de tuer quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. S'est infligé une blessure volontairement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69. A mis le feu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Assaut physique sur quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70. Bris d'ameublement ou de biens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Assaut sexuel sur quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71. Violent ou dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JST/2

72. **CONTROLE DU COMPORTEMENT:** Cette personne, au cours des TRENTE derniers jours a:

- a. Recu d'urgence une médication (Sial ou PPM) pour contrôler un comportement dangereux
- b. Ete mise sous gilet, isolée ou soumise à toute autre forme de contention physique pour contrôler un comportement dangereux
- c. Est l'objet d'une surveillance personnelle sur l'unité de vie en raison d'un comportement dangereux pour elle-même ou autrui

OU 1	NON 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 73. Cette personne est actuellement considérée dangereuse pour elle-même ou pour les autres
- 74. Cette personne est jugée apte à quitter son unité et à y revenir sans surveillance

(144)

Pas du tout 1	Léger 2	Moyen 3	Sévère 4	Très sévère 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 75. Jusqu'à quel point l'abus d'alcool est un problème pour cette personne:
- 76. Jusqu'à quel point l'abus de drogue est un problème pour cette personne:
- 77. Jusqu'à quel point les problèmes mentaux empêchent cette personne de participer aux activités régulières:

(150)

78. **CHOISIR PARMI LES ÉNONCÉS SUIVANTS CELUI QUI S'APPLIQUE LE MIEUX À CE BÉNÉFICIAIRE (Cocher un seul énoncé):**

- 1.  Est tellement dangereux pour les autres qu'il devrait être confiné à un milieu psychiatrique à circulation contrôlée.
- 2.  Manifeste actuellement des symptômes psychiatriques sévères et doit recevoir des services psychiatriques intensifs
- 3.  Ses symptômes psychiatriques peuvent avoir été stabilisés, mais il nécessite, en tout temps, une surveillance de son comportement. Il ne convient pas pour un placement en communauté.
- 4.  Ses symptômes psychiatriques sont maintenant stabilisés et il pourrait maintenant vivre dans la communauté aussi longtemps que des services de suivi et de support lui sont dispensés.
- 5.  Peut présenter parfois des problèmes psychiatriques mais il devrait maintenant vivre dans la communauté avec l'aide des services de support réguliers.
- 6.  Semble ne présenter aucun problème psychiatrique, n'a pas besoin d'une surveillance de son comportement et devrait être intégré dans la communauté.

V. **Activités de la vie quotidienne: Niveau d'autonomie**

Cocher pour chaque énoncé qui suit, l'expression qui décrit le mieux l'état ACTUEL du bénéficiaire. Choisir l'expression qui a la valeur supérieure si plus d'une expression s'applique.

79. **MOBILITÉ**

- 1.  Marche de façon autonome
- 2.  Marche sans aide avec difficulté
- 3.  Marche avec une canne ou son équivalent
- 4.  Marche seulement avec aide
- 5.  Utilise une chaise roulante ou une marchette de façon autonome
- 6.  Doit être poussé en chaise roulante
- 7.  Confiné à une chaise
- 8.  Confiné à son lit

(161)

80. **BAIN/DOUCHE**

- 1.  Autonomie complète
- 2.  Besoin de rappels
- 3.  Besoin de surveillance
- 4.  Besoin de surveillance personnelle
- 5.  Besoin d'aide physique
- 6.  Doit être lavé

81. **SOINS PERSONNELS (se raser, se peigner, se maquiller, etc.)**

- 1.  Autonomie complète
- 2.  Besoin de rappels
- 3.  Besoin de surveillance
- 4.  Besoin de surveillance personnelle
- 5.  Besoin d'aide physique
- 6.  Besoin des soins complets

82. **HABILLEMENT**

- 1.  Autonomie complète
- 2.  Besoin de rappels
- 3.  Besoin de surveillance
- 4.  Besoin d'un peu d'aide physique
- 5.  Besoin d'une aide physique modérée
- 6.  Doit être habillé

83. **ALIMENTATION**

- 1.  Autonomie complète
- 2.  Autonomie mais malpropre
- 3.  Besoin de surveillance
- 4.  Besoin d'aide physique
- 5.  Doit être nourri
- 6.  Nourri par tubes
- 7.  Nourri par solution intra-veineuse

84. **UTILISATION DE LA TOILETTE**

- 1.  Autonomie complète
- 2.  Besoin de suggestions, de cajoleries
- 3.  Besoin d'aide physique
- 4.  N'utilise pas la toilette
- 5.  Utilise la baignoire
- 6.  A un cathéter
- 7.  A une colostomie

85. **INCONTINENCE URINAIRE**

- 1.  Jamais
- 2.  Moins d'une fois par semaine
- 3.  La nuit seulement
- 4.  Moins d'une fois par jour
- 5.  Une fois par jour
- 6.  Plusieurs fois par jour
- 7.  A un cathéter

86. **INCONTINENCE DES SELLES**

- 1.  Jamais
- 2.  Moins d'une fois par semaine
- 3.  Moins d'une fois par jour
- 4.  Une fois par jour
- 5.  A une colostomie

(164)

87. **ACTIVITÉ DE TRAVAIL:** Indiquer le niveau de travail le plus élevé dans lequel le bénéficiaire EST ACTUELLEMENT ENGAGÉ.

- 1.  Aucune
- 2.  A soin de son espace
- 3.  Thérapie d'occupation
- 4.  Atelier de travail
- 5.  Service d'apprentissage aux habitudes de travail (S.A.H.T.)
- 6.  Formation professionnelle
- 7.  Plateau de travail, stage, C
- 8.  Emploi compétitif

88. **POTENTIEL DE TRAVAIL:** Indiquer le niveau de travail le plus élevé dont le bénéficiaire EST ACTUELLEMENT CAPABLE DE S'ACQUITTER:

- 1.  Aucun
- 2.  A soin de son espace
- 3.  Thérapie d'occupation
- 4.  Atelier de travail
- 5.  Service d'apprentissage aux habitudes de travail (S.A.H.T.)
- 6.  Formation professionnelle
- 7.  Plateau de travail, stage, C.T.
- 8.  Emploi compétitif

89. **CHOISIR PARMI LES ÉNONCÉS SUIVANTS, CELUI QUI DÉCRIT LE MIEUX LE BÉNÉFICIAIRE:**

- 1.  La santé de cette personne est généralement bonne. Ce bénéficiaire n'a pas besoin de surveillance ou d'aide pour prendre un bain, s'habiller ou s'alimenter.
- 2.  La santé de cette personne est généralement bonne, mais ce bénéficiaire demande de la surveillance ou un peu d'aide pour le bain, l'habillement ou l'alimentation.
- 3.  Cette personne présente certains problèmes de santé qui requièrent des soins de nursing occasionnels (ex. une injection d'insuline) ou elle demande beaucoup de surveillance ou d'aide physique pour prendre un bain, s'habiller ou s'alimenter. (Les soins de santé requis par ce type de bénéficiaire sont typiques de ceux qui sont dispensés dans un établissement de santé).
- 4.  Ce bénéficiaire demande régulièrement beaucoup d'aide physique selon une prise en charge complète pour son bain, son habillement et son alimentation; ou il est tellement physiquement malade de l'infirme qu'il requiert des services de nursing tels que dispensés dans un établissement spécialisé.

25/3



**VI- Vie communautaire**

**90. SI CE BÉNÉFICIAIRE ÉTAIT MANQUERAIT INTÉGRÉ À LA COMMUNAUTÉ:**

	Obligatoirement ou 1	Probablement ou 2	Peut-être 3	Probablement non 4	Obligatoirement non 5
a. Fournit sa médication de manière autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Respecterait ses rendez-vous à la clinique externe ou à d'autres ressources en santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Utiliserait convenablement ses ressources financières afin de parvenir à ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Conserverait un emploi rémunérateur s'il en avait l'occasion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. S'acquitterait des tâches nécessaires à l'entretien d'un logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**91. COCHER LE TYPE DE RÉSIDENCE LE PLUS APPROPRIÉ POUR CETTE PERSONNE.**

1 Constantement autonome "Demande"	2 Avec une certaine supervision "Apprentissage supervisé"	3 Avec un certain soutien "Profil, feuille d'attente"	4 Avec supervision de 24 heures "CAM, CAM, Foyer de groupe"	5 Avec soins physiques - 24 heures "O.S.B. physique"	6 Traitement psychiatrique "O.S.B. O.S.B."
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VII- Médication psychiatrique: Cette section est facultative. Si vous désirez la compléter, elle doit être remplie par un(e) représentant(e) du nursing.**

1. Remplir ce dossier médical afin d'identifier les médicaments présentement prescrits à ce bénéficiaire.
2. Localiser le code correspondant à chaque médicament dans la liste à cet effet. Si un médicament n'apparaît pas dans cette liste, ne pas l'enregistrer.
3. Ne pas cocher les prescriptions STAT ou PRN à moins qu'elles n'aient été administrées aujourd'hui.

92.	Nom du médicament	Code		
		1	2	3
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				

**VIII- Pour usage exclusif de l'établissement**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	

**IX- Le diagnostic psychiatrique**

Répondre seulement si le bénéficiaire a été diagnostiqué - utiliser le CIM-D

Primaire          Associé          Indéterminé

Commentaire: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature de l'évaluateur \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_ Date    en  mois  jour

**100. PROFESSION DE L'ÉVALUATEUR**

1  infirmier    3  éducateur    5  travailleur social  
 2  psychiatre    4  psychologue    6  travailleur santé mentale    7  autre \_\_\_\_\_

Adapté et traduit des Instruments 163 (1988) du Bureau de la Santé mentale, New York, par Jacques Côté, PhD, et par Wanda Pilon, PhD, novembre 1994.

INT

COCHER

VRAI/ FAUX/  
OUI NON

- Les bénéficiaires doivent se lever avant une certaine heure donnée les jours de semaine. . . . . /
- Les bénéficiaires doivent être levés avant une certaine heure durant les fins de semaine. . . . . /
- Des précautions sont prises afin d'éviter que les bénéficiaires quittent sans avertir, comme barrer les portes. /
- Le personnel ou responsables du foyer peuvent entrer dans les chambres des bénéficiaires à tout moment. . . . /
- Les bénéficiaires ne sont pas autorisés à regarder la télévision après 23h00. . . . . /
- Les heures de visites sont limitées à certaines heures. . . . . /
- A part le personnel, des personnes du sexe opposé ne sont pas autorisées dans les chambres des bénéficiaires. /
- Un psychiatre rencontre les bénéficiaires sur place. . . . . /
- Les bénéficiaires ne peuvent prendre rendez-vous eux-mêmes pour rencontrer leur médecin de famille. . . . . /
- Il n'y a pas de rencontre de groupe régulière entre les bénéficiaires et le personnel. . . . . /
- Les bénéficiaires doivent demander l'autorisation pour sortir après 19h00. . . . . /
- Le personnel aime être informé où les bénéficiaires vont s'ils quittent pour la fin de semaine. . . . . /
- La porte principale de l'unité/du foyer est barrée après 22h00. . . . . /
- Les bénéficiaires n'ont pas la clé de la porte principale de l'unité/du foyer. . . . . /
- On s'attend des bénéficiaires qu'ils soient de retour avant 22h00 durant la semaine (lundi au vendredi). . . . /
- On s'attend à ce que les bénéficiaires soient de retour avant 23h00 durant la semaine (lundi au vendredi). . . /
- On encourage les bénéficiaires à être couchés avant 23h00 les fins de semaine. . . . . /
- Les bénéficiaires ne sont pas autorisés à sortir seuls le soir sans indiquer au personnel où ils vont. . . . . /
- Le personnel vérifie si les bénéficiaires sont là durant la nuit. . . . . /
- Certaines restrictions sont imposées aux bénéficiaires quant à la consommation d'alcool. . . . . /
- On encourage les bénéficiaires à être couchés avant 23h00 (lundi au vendredi). . . . . /
- Les bénéficiaires doivent être couchés à partir d'une certaine heure. . . . . /
- Le personnel vérifie que les bénéficiaires sont couchés dans leur lit la nuit. . . . . /
- Les bénéficiaires n'ont pas à faire leur propre lit. . . . . /
- Le personnel vérifie ou s'assure que les bénéficiaires sont levés le matin durant la semaine. . . . . /
- Le personnel vérifie ou s'assure que les bénéficiaires sont levés le matin durant les fins de semaine. . . . /
- Un coiffeur vient directement sur l'unité ou au foyer pour coiffer ou couper les cheveux des bénéficiaires. . /
- Il n'y a pas de possibilité de choisir quant aux mets principaux des repas. . . . . /
- Il n'y a pas de possibilité pour les bénéficiaires de choisir les consommations et les breuvages lors des repas. /
- Les bénéficiaires ne sont pas impliqués dans la planification des repas et du menu. . . . . /

- Les bénéficiaires ne peuvent pas se faire de tasse de thé ou de café. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent pas se faire de goûter "snack" entre les repas. . . . .
- Il n'est pas autorisé d'apporter de l'alcool sur l'unité ou dans le foyer. . . . .
- Le personnel assure une certaine responsabilité pour les argents des bénéficiaires. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent pas avoir d'allumettes ou des briquets en leur possession. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent pas avoir en leur possession des lames de rasoir. . . . .
- Les bénéficiaires n'ont pas d'espace de rangement où ils pourraient mettre sous clé leurs effets personnels. . . . .
- Les médicaments sont gardés et administrés par le personnel. . . . .
- Les bénéficiaires sont pesés à leur entrée sur l'unité ou au foyer. . . . .
- Les bénéficiaires sont pesés régulièrement. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent pas choisir de porter tout vêtement qu'ils désireraient. . . . .
- Les bénéficiaires n'ont pas en leur possession assez de vêtements. . . . .
- Les bénéficiaires ne sont pas autorisés à stationner leur voiture dans les environs. . . . .
- On restreint la possibilité pour les bénéficiaires d'accrocher ou de décorer avec des effets personnels. . . . .
- On vérifie les effets personnels des bénéficiaires pour des objets interdits. . . . .
- Les effets personnels des bénéficiaires sont vérifiés à intervalles réguliers. . . . .
- Les bénéficiaires ne sont pas autorisés à s'étendre sur leur lit durant le jour, en dehors des heures de sieste.
- Les bénéficiaires ne font pas leur propre lavage. . . . .
- Les bénéficiaires n'ont pas à assumer la pleine responsabilité pour leurs effets personnels. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent pas verrouiller la porte lorsqu'ils sont à la toilette. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent pas verrouiller la porte lorsqu'ils sont à la salle de bain. . . . .
- Les bains des bénéficiaires sont supervisés. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent pas décider d'eux-mêmes quant ils peuvent prendre un bain ou une douche. . . . .
- Les bénéficiaires ne sont pas autorisés à fumer dans leur chambre. . . . .
- Le effets personnels des bénéficiaires sont enregistrés à leur admission à l'unité/au foyer. . . . .
- Les bénéficiaires peuvent trouver un coin, un espace où ils savent qu'ils peuvent être seuls et tranquilles. . . . .
- Les bénéficiaires ne peuvent choisir une chambre seule. . . . .
- Les bénéficiaires ne sont pas vus sur place par un travailleur social. . . . .
- Les bénéficiaires ne sont pas vus sur place par un psychologue. . . . .
- Les bénéficiaires ne sont pas vus sur place par une infirmière. . . . .
- Les bénéficiaires ne sont pas vus sur place par un médecin de famille. . . . .
- L'unité ou la résidence ne comporte pas de magasin spécialement pour les bénéficiaires. . . . .
- Il n'y a pas de librairie spécialement pour les bénéficiaires sur place. . . . .
- Le personnel ne porte pas un uniforme. . . . .

**ENVIRONNEMENT****Instruction****Encadrer la réponse la plus appropriée**

65. Y a-t-il des magasins accessibles?
- a) A portée de marche, sans avoir à traverser une rue principale?
  - b) A portée de marche avec une ou deux rues principales à traverser:
    - i) Avec une intersection ou des lumières?
    - ii) Sans intersection ou lumières?
  - c) Accessible via l'autobus ou le métro?
  - d) Accessible en devant prendre deux autobus ou plus ou en changeant pour le métro?
66. Y a-t-il un bar?
- a) A portée de marche, sans avoir à traverser une rue principale?
  - b) A portée de marche avec une ou deux rues principales à traverser:
    - i) Avec une intersection ou des lumières?
    - ii) Sans intersection ou lumières?
  - c) Accessible via l'autobus ou le métro?
  - d) Accessible en devant prendre deux autobus ou plus ou en changeant pour le métro?
67. Y a-t-il un café?
- a) A portée de marche, sans avoir à traverser une rue principale?
  - b) A portée de marche avec une ou deux rues principales à traverser:
    - i) Avec une intersection ou des lumières?
    - ii) Sans intersection ou lumières?
  - c) Accessible via l'autobus ou le métro?
  - d) Accessible en devant prendre deux autobus ou plus ou en changeant pour le métro?
68. Y a-t-il un Centre de jour ou un Club social?
- a) A portée de marche, sans avoir à traverser une rue principale?
  - b) A portée de marche avec une ou deux rues principales à traverser:
    - i) Avec une intersection ou des lumières?
    - ii) Sans intersection ou lumières?
  - c) Accessible via l'autobus ou le métro?
  - d) Accessible en devant prendre deux autobus ou plus ou en changeant pour le métro?

69. Y a-t-il un parc?
- a) A portée de marche, sans avoir à traverser une rue principale?
  - b) A portée de marche avec une ou deux rues principales à traverser:
    - i) Avec une intersection ou des lumières?
    - ii) Sans intersection ou lumières?
  - c) Accessible via l'autobus ou le métro?
  - d) Accessible en devant prendre deux autobus ou plus ou en changeant pour le métro?
70. Pour les bénéficiaires qui ne disposent pas de salle de lavage à la résidence, y a-t-il une laverette?
- a) A portée de marche, sans avoir à traverser une rue principale?
  - b) A portée de marche avec une ou deux rues principales à traverser:
    - i) Avec une intersection ou des lumières?
    - ii) Sans intersection ou lumières?
  - c) Accessible via l'autobus ou le métro?
  - d) Accessible en devant prendre deux autobus ou plus ou en changeant pour le métro?
71. Y a-t-il un cinéma?
- a) A portée de marche, sans avoir à traverser une rue principale?
  - b) A portée de marche avec une ou deux rues principales à traverser:
    - i) Avec une intersection ou des lumières?
    - ii) Sans intersection ou lumières?
  - c) Accessible via l'autobus ou le métro?
  - d) Accessible en devant prendre deux autobus ou plus ou en changeant pour le métro?
72. Est-ce que le taux de criminalité contre les personnes dans le secteur de la résidence, par rapport à la moyenne nationale?
- a) Plus bas ou le même?
  - b) Plus haut?
73. Est-ce que le taux de criminalité contre la propriété dans le secteur de la résidence, par rapport à la moyenne nationale?
- a) Plus bas ou le même?
  - b) Plus haut?

Code : \_\_\_\_\_

~~1. Quelle est la date de naissance de votre client/patient?~~

~~2. Quel est le sexe de votre client/patient?  Homme  Femme~~

3. Durant les **quatre dernières semaines**, cette personne a : (cochez une case)

- travaillé / étudié ou fait des tâches ménagères comme elle le fait habituellement  
 travaillé / étudié ou fait des tâches ménagères, mais moins souvent qu'avant  
 arrêté de travailler / d'étudier ou de faire des tâches ménagères à comparer à ce qu'elle faisait avant

4. En général, quel type de travail cette personne est-elle capable de faire (même si elle est sans emploi, retraitée, ou si elle accomplit des tâches ménagères non-rémunérées) : (cochez une case)

- Capable de faire un travail à temps plein de façon indépendante  
 Capable de faire un travail à temps partiel de façon indépendante  
 Capable de travailler seulement si on lui fournit un support spécial  
 Totalement incapable de travailler

5. Dans les **quatre dernières semaines**, diriez-vous que la santé psychologique de cette personne a été:

- Mauvaise       Acceptable       Bonne       Très Bonne       Excellente

6. Durant les **quatre dernières semaines**, cette personne : (Cochez une case)

- s'est sentie bien ou très bien la plupart du temps  
 manquait d'énergie ou ne se sentait pas bien, plus que seulement occasionnellement  
 s'est sentie pas bien ou fatiguée la plupart du temps

7. Cette personne a-t-elle une maladie ou une déficience physique importante autre qu'une maladie mentale

- Non       Oui - Spécifiez : \_\_\_\_\_

8. Selon vous, dans quelle mesure cette personne a-t-elle des effets secondaires d'ordre physique dûs à sa médication antipsychotique?

- Sévères       Modérés       Légers       Négligeables       Aucun

Code : \_\_\_\_\_

9. Durant les quatre dernières semaines, cette personne a : (Cochez une case)
- eu de bonnes relations avec les autres, et reçu du support de sa famille et de ses amis
- seulement reçu un support moyen de sa famille et de ses amis
- rarement reçu du support de sa famille et de ses amis, ou seulement lorsque c'était absolument nécessaire
10. Cette personne fréquente-t-elle des organisations sociales (ex: église, club ou groupe quelconque, en excluant les groupes de thérapie en psychiatrie)?
- Fréquemment                       Occasionnellement                       Rarement                       Jamais
11. En général, cette personne se fait-elle et garde-t-elle des amis?
- Se fait et garde des amis facilement
- Se fait et garde des amis avec une certaine difficulté
- Se fait et garde des amis avec une difficulté considérable
- Se fait peu d'amis et ne les garde pas
12. Comment décririez-vous la qualité des relations qu'a cette personne avec sa famille?
- Aucune / n'a pas de relation                       Acceptable                       Très bonne
- Mauvaise                       Bonne                       Excellente
13. Cette personne est-elle payée pour travailler ou aller à l'école?                       Oui                       Non
14. Comment cette personne se sent-elle par rapport au montant d'argent qu'elle a?
- Très insatisfaite                       Un peu insatisfaite                       Modérément satisfaite
- Modérément insatisfaite                       Ni satisfaite, ni insatisfaite                       Très satisfaite
- Un peu satisfaite
15. Quelle importance cette personne accorde-t-elle à l'argent?
- Pas du tout important                       Moyennement important                       Extrêmement important
- Un peu important                       Très important
16. Combien de fois le manque d'argent a-t-il empêché cette personne de faire ce qu'elle voulait faire?
- Jamais                       Quelquefois                       Fréquemment                       Presque toujours

Code : \_\_\_\_\_

17. Durant les quatre dernières semaines, cette personne a : (Cochez une case)

- été capable de faire la plupart des choses par elle-même (ex: magasiner, circuler en ville, etc.)
- eu besoin d'aide pour que les choses se fassent
- eu de la difficulté à compléter ses tâches, même avec de l'aide

18. a)	En général, cette personne a-t-elle de la difficulté à initier une conversation et à répondre quand on lui parle	Aucune difficulté <input type="checkbox"/>	Un peu de difficulté <input type="checkbox"/>	Difficulté moyenne <input type="checkbox"/>	Difficulté extrême <input type="checkbox"/>
b)	En général, cette personne a-t-elle une apparence soignée (ex : bien mise, cheveux peignés)	Bien soignée <input type="checkbox"/>	Moyennement bien soignée <input type="checkbox"/>	Peu soignée <input type="checkbox"/>	Extrêmement mal soignée <input type="checkbox"/>
c)	En général, cette personne néglige-t-elle sa santé physique?	Aucune négligence <input type="checkbox"/>	Un peu de négligence <input type="checkbox"/>	Négligence moyenne <input type="checkbox"/>	Négligence extrême <input type="checkbox"/>
d)	En général, cette personne maintient-elle une diète adéquate?	Aucun problème <input type="checkbox"/>	Problème léger <input type="checkbox"/>	Problème moyen <input type="checkbox"/>	Problème extrême <input type="checkbox"/>
e)	En général, cette personne gère-t-elle et prend-t-elle sa médication prescrite (ou se présente-t-elle à ses rendez-vous, au bon moment pour ses injections) sans rappel?  <input type="checkbox"/> Pas de médication	Fiable quant à la médication <input type="checkbox"/>	Assez fiable <input type="checkbox"/>	Peu fiable <input type="checkbox"/>	Pas du tout fiable <input type="checkbox"/>

f)	En général, cette personne est-elle <u>inactive</u> (c.a.d. passe la plupart de son temps assise ou reste à ne rien faire)?	Active de façon appropriée <input type="checkbox"/>	Un peu inactive <input type="checkbox"/>	Modérément inactive <input type="checkbox"/>	Extrêmement inactive <input type="checkbox"/>
g)	En général, cette personne a-t-elle des <u>intérêts</u> particuliers (ex: hobbies, sports, activités) dans lesquels elle s'implique de façon régulière?	Implication considérable <input type="checkbox"/>	Implication moyenne <input type="checkbox"/>	Un peu d'implication <input type="checkbox"/>	Pas du tout impliquée <input type="checkbox"/>
h)	En général, cette personne peut-elle <u>préparer</u> (si nécessaire) ses propres repas?	Tout à fait capable de les préparer <input type="checkbox"/>	Un peu de difficulté <input type="checkbox"/>	Difficulté moyenne <input type="checkbox"/>	Totalement incapable de les préparer <input type="checkbox"/>
i)	En général, cette personne peut-elle <u>faire un budget</u> (si nécessaire) afin de vivre selon ses moyens?	Tout à fait capable de le faire <input type="checkbox"/>	Un peu de difficulté <input type="checkbox"/>	Difficulté moyenne <input type="checkbox"/>	Totalement incapable de le faire <input type="checkbox"/>
j)	Cette personne a-t-elle des <u>habitudes ou des comportements</u> que les gens trouvent choquants?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Occasionnellement <input type="checkbox"/>	Souvent <input type="checkbox"/>



Code : \_\_\_\_\_

19. Durant les quatre dernières semaines, cette personne :
- s'est généralement sentie calme et avec une attitude positive
  - a eu quelques périodes d'anxiété ou de dépression
  - a été généralement confuse, effrayée, anxieuse ou déprimée
20. Cette personne se comporte-t-elle de façon dangereuse parce qu'elle est confuse ou préoccupée (c.a.d. ne se soucie pas de la circulation lorsqu'elle traverse la rue)?
- Pas du tout                       Rarement                       Occasionnellement                       Souvent
21. Veuillez compléter la version suivante du Brief Psychiatric Rating Scale à 24 items. Cette échelle devrait être complétée de façon à refléter la condition actuelle de la personne. En utilisant l'échelle de valeurs ci-dessous, remplissez les cases avec les chiffres qui décrivent le mieux la condition actuelle de la personne.

Pas de problème 1	Très léger 2	Léger 3	Modéré 4	Modérément sévère 5	Sévère 6	Extrêmement sévère 7
----------------------	-----------------	------------	-------------	------------------------	-------------	-------------------------

a) Préoccupation somatique- préoccupation de sa santé physique, peur d'une maladie physique	m) Désorientation - confusion concernant les personnes, les lieux, ou le temps
b) Anxiété - inquiétude, crainte, très préoccupée par le présent ou le futur	n) Désorganisation conceptuelle- processus de pensée confus, déconnecté, désorganisé, interrompu
c) Humeur dépressive - chagrin, tristesse, découragement, pessimisme	o) Excitation - augmentation du tonus émotionnel, niveau d'activité augmenté, impulsivité
d) Sentiment de culpabilité - se blâme, honte, remords pour des comportements antérieurs	p) Retard psycho-moteur - ralentissement des mouvements et de la parole, réduction du tonus musculaire
e) Hostilité - animosité, dédain, attitude belliqueuse, mépris pour les autres	q) Affect émoussé - réduction du tonus émotionnel, réduction de l'intensité normale des sentiments, affect plat
f) Attitude soupçonneuse-méfiante, croit que les autres ont des intentions malicieuses ou discriminatoires envers elle	r) Tension - manifestations physiques et motrices de tension ou nervosité, hyperactivité
g) Pensées inusitées - inhabituelles, étranges, contenu de la pensée bizarre	s) Maniérisme et posture - particuliers, bizarres, comportement moteur inhabituel
h) Idée de grandeur-opinion exagérée de soi-même, arrogance, certitude de posséder des habiletés ou des pouvoirs inhabituels	t) Manque de coopération - résistance, rejet de l'autorité
i) Attitude hallucinatoire - perceptions qui ne correspondent pas à un stimulus externe normal	u) Comportements bizarres - rapporte des comportements bizarres, inhabituels ou criminels (psychotiques)
j) Retrait émotionnel - manque d'interactions spontanées, isolement, déficience dans la façon de se lier aux autres	v) Humeur expansive - euphorie, optimisme qui est hors de proportion dans les circonstances
k) Comportement suicidaire-exprime désirs ou intentions, ou actions actuelles pour se faire du mal ou se tuer	w) Hyperactivité motrice - mouvements fréquents et/ou langage rapide
l) Négligence personnelle - hygiène, apparence, ou se nourrir en-dessous des standards sociaux	x) Distraction- actions et parole interrompues par des stimuli externes mineurs ou des hallucinations/illusions

Code : \_\_\_\_\_

22. Quels sont les objectifs de traitement que vous avez fixés pour cette personne? Veuillez faire la liste de 3 objectifs :

a) Objectif 1 : \_\_\_\_\_

Quelle importance accordez-vous à cet objectif?

Pas très important                       Assez important                       Extrêmement important

Jusqu'à quel point cet objectif a été atteint?

Pas du tout                       Plus ou moins                       Complètement

b) Objectif 2 : \_\_\_\_\_

Quelle importance accordez-vous à cet objectif?

Pas très important                       Assez important                       Extrêmement important

Jusqu'à quel point cet objectif a été atteint?

Pas du tout                       Plus ou moins                       Complètement

c) Objectif 3 : \_\_\_\_\_

Quelle importance accordez-vous à cet objectif?

Pas très important                       Assez important                       Extrêmement important

Jusqu'à quel point cet objectif a été atteint?

Pas du tout                       Plus ou moins                       Complètement

23. Cochez une des cases ci-dessous pour indiquer comment vous qualifieriez la qualité de vie de cette personne durant les quatre dernières semaines. "Qualité la plus basse" signifie que les choses ne pourraient pas aller plus mal. "Qualité la plus élevée" signifie que les choses ne pourraient pas aller mieux.

QUALITÉ											QUALITÉ
LA PLUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LA PLUS
BASSE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ÉLEVÉE

24. Êtes-vous confiant que la réponse que vous avez donnée sur la qualité de vie de cette personne est exacte?

Pas confiant du tout                       Très confiant  
 Assez confiant                       Totalemment confiant

25. Quel est le diagnostic psychiatrique primaire de cette personne? \_\_\_\_\_

26. Selon vous, quelle est l'efficacité de la médication antipsychotique pour traiter les symptômes psychiatriques de cette personne?

Pas du tout efficace                       Un peu efficace                       Extrêmement efficace  
 Très peu efficace                       Moyennement efficace

Code : \_\_\_\_\_

27. Dans les quatre dernières semaines, cette personne a-t-elle pris sa médication antipsychotique telle que prescrite?  
 Pas de médication prescrite (*si pas de médication prescrite, passez à la question 29*)  
 Jamais  Quelquefois  Toujours (*passez à la question 29*)  
 Très peu souvent  Assez souvent
28. Dans les quatre dernières semaines, quelle aide cette personne a-t-elle reçue pour prendre sa médication prescrite?  
 A reçu une aide considérable  N'a reçu aucune aide  
 A reçu une aide minimale / supervision  Ne sais pas
29. Cette personne prend-t-elle de l'alcool ou d'autres drogues  
 Pas du tout (*passez à la question 31*)  
 Rarement  Occasionnellement  Souvent
30. Jusqu'à quel point l'usage de drogue ou d'alcool de cette personne vous préoccupe?  
 Pas du tout  Un peu  Modérément  Beaucoup
31. Cette personne a-t-elle des ennuis avec la police?  
 Pas du tout  Rarement  Occasionnellement  Souvent  Ne sais pas

32. Parmi les facteurs suivants, quels sont les facteurs que vous pensez les plus importants pour maintenir la qualité de vie de votre client?	Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
a) L'endroit où il/elle vit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Travail, école ou autres activités/occupations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ce qu'il/elle pense de lui/elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sa santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Amis, famille, personnes avec lesquelles il/elle passe son temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Avoir assez d'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Habilité à prendre soin de lui/d'elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Autre, spécifiez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir sur ce client/patient?

DE

**INDEPENDENT LIVING SKILLS SURVEY**  
**C.J. Wallace, N. Kochanowicz et J. Wallace**  
**ÉVALUATION DES HABILITÉS DE VIE**

euillez coter chaque item selon la période du mois en cours.

**Fréquence**

	Jamais	Parfois	Souvent	Générale- ment	Toujours
<b>ALIMENTATION</b>					
S'alimente bien (sans supervision).	0	1	2	3	4
Utilise adéquatement ses ustensiles et sa vaisselle (sans supervision).	0	1	2	3	4
Mange à un rythme convenable sans se gaver ni jouer avec sa nourriture.	0	1	2	3	4
Mastique ses aliments la bouche fermée (sans supervision).	0	1	2	3	4
Utilise sa serviette de table au besoin (sans supervision).	0	1	2	3	4
Prend la nourriture des plats des autres sans permission.	0	1	2	3	4
Limite son ingestion alimentaire à des quantités appropriées (sans supervision).	0	1	2	3	4
Possède de bonnes habitudes alimentaires (i.e., a une diète équilibrée) (sans supervision).	0	1	2	3	4
Mange des aliments destinés pour les déchets (ex. des aliments provenant du plancher ou des poubelles, etc.).	0	1	2	3	4
<b>HYGIÈNE PERSONNELLE</b>					
Prend son bain ou sa douche avec du savon au moins deux fois par semaine (sans supervision).	0	1	2	3	4
Se lave la tête avec du savon au moins deux fois par semaine (sans supervision).	0	1	2	3	4
Utilise un désodorisant chaque jour (sans supervision).	0	1	2	3	4
Se peigne les cheveux tous les jours (sans supervision).	0	1	2	3	4
Pour les hommes : se rase la barbe ou l'entretient de façon soignée.	0	1	2	3	4
Entretient sa chevelure en allant chez le barbier au besoin (sans supervision).	0	1	2	3	4
Se brosse les dents (ou les dentiers tous les jours) (sans supervision).	0	1	2	3	4
Change ses sous-vêtements au moins deux fois par semaine (sans supervision).	0	1	2	3	4
Se déshabille à l'endroit et à l'heure appropriés (sans supervision).	0	1	2	3	4
0. S'habille à l'endroit et à l'heure appropriés (sans supervision).	0	1	2	3	4
1. Entretient une apparence propre et soignée au cours de la journée (sans supervision).	0	1	2	3	4
2. Place ses vêtements souillés à un endroit adéquat afin de les laver ou qu'ils soient lavés (sans supervision).	0	1	2	3	4
3. Lorsqu'il s'habille, il agence mal ses vêtements (combinaisons bizarres de vêtements).	0	1	2	3	4

INT/15

## Fréquence

	Jamais	Parfois	Souvent	Générale- ment	Toujours
Porte des vêtements appropriés selon la température ou l'occasion sociale (sans supervision).	0	1	2	3	4
Désobéit aux conventions sociales générales (ex. se gratte en public à des endroits inappropriés, fait des rots en public sans s'excuser).	0	1	2	3	4
Change ses vêtements plusieurs fois par jour.	0	1	2	3	4
Porte ses vêtements les uns par-dessus les autres.	0	1	2	3	4

## ACTIVITÉS DOMESTIQUES

Fait son lit à tous les jours (sans supervision).	0	1	2	3	4
Tient sa chambre propre (sans supervision).	0	1	2	3	4
Change la literie au besoin (sans supervision).	0	1	2	3	4
Ramasse les objets tombés sur le plancher (sans supervision).	0	1	2	3	4
Nettoie les petits dégâts (sans supervision).	0	1	2	3	4
S'occupe du ménage au besoin (sans supervision).	0	1	2	3	4
S'occupe des tâches ménagères qui lui sont confiées (sans supervision).	0	1	2	3	4
S'occupe d'apporter le linge à laver à l'endroit approprié (sans supervision).	0	1	2	3	4
Utilise la quantité adéquate de détergent (sans supervision).	0	1	2	3	4
Utilise la lessiveuse et la sècheuse de façon adéquate.	0	1	2	3	4
Range ses vêtements dans les tiroirs et les armoires de façon adéquate.	0	1	2	3	4
Apprête des plats qui nécessitent peu de préparation (ex. sandwich, salades, etc.).	0	1	2	3	4
Prépare des plats simples (ex. des œufs, du macaroni, etc.) (sans supervision).	0	1	2	3	4
Conserve les aliments de façon adéquate (sans supervision).	0	1	2	3	4
Est capable de faire le tri des aliments gâtés et de les jeter (sans supervision).	0	1	2	3	4
Nettoie la table (sans supervision).	0	1	2	3	4
Lave la vaisselle (sans supervision).	0	1	2	3	4
Replace la vaisselle propre (sans supervision).	0	1	2	3	4
Utilise les choses des autres sans leur permission.	0	1	2	3	4

## 7. SANTÉ

Rapporte ses problèmes de santé de façon adéquate.	0	1	2	3	4
Soigne ses problèmes mineurs de santé de façon adéquate.	0	1	2	3	4
Fume en respectant les règles de sécurité.	0	1	2	3	4
Coopère à la prise de médicaments.	0	1	2	3	4

## GESTION DU BUDGET

Achète ses propres vêtements (sans supervision).	0	1	2	3	4
Achète ses effets personnels (sans supervision).	0	1	2	3	4
Voit à la préparation de ses effets personnels (sans supervision).	0	1	2	3	4

	Jamais	Parfois	Souvent	Générale- ment	Toujours
Voit à l'administration de son budget personnel (i.e., planifier ses dépenses selon ses ressources financières).	0	1	2	3	4
Demande de l'aide ou de l'information lorsque nécessaire pour la planification de son budget.	0	1	2	3	4
Fait l'achat de biens essentiels avant de faire des achats superflus.	0	1	2	3	4
Organise son horaire de la journée.	0	1	2	3	4
Vérifie sa monnaie lors de ses achats (sans supervision).	0	1	2	3	4
Utilise le téléphone de façon inadéquate (ex. charge des frais d'interurbain à une tierce personne sans sa permission, fait des appels téléphoniques au milieu de la nuit).	0	1	2	3	4

**MOYENS DE TRANSPORT**

Possède un permis de conduire valable.	0	1	2	3	4
Utilise les autobus (sans supervision).	0	1	2	3	4
S'informe auprès des compagnies d'autobus au besoin (sans supervision).	0	1	2	3	4
Prend connaissance des horaires d'autobus (sans supervision).	0	1	2	3	4
Se rend à pied à divers endroits dans son quartier (sans supervision).	0	1	2	3	4
Respecte les règles destinées aux piétons (sans supervision).	0	1	2	3	4
S'informe et suit les indications d'un trajet (sans supervision).	0	1	2	3	4
Voyage de longues distances (par train ou autobus) (sans supervision).	0	1	2	3	4
Se comporte convenablement en autobus ou en train (sans supervision).	0	1	2	3	4

**II. LOISIRS**

S'occupe régulièrement à des passe-temps (sans supervision).	0	1	2	3	4
Va à la messe.	0	1	2	3	4
Se comporte de façon convenable à l'église (sans supervision).	0	1	2	3	4
Travaille dans le jardin (sans supervision).	0	1	2	3	4
Écoute la radio ou regarde la télévision (sans supervision).	0	1	2	3	4
Écrit des lettres (sans supervision).	0	1	2	3	4
Assiste à des films ou à des pièces de théâtre (sans supervision).	0	1	2	3	4
Assiste à des activités sportives (sans supervision).	0	1	2	3	4
Joue au bowling, au billard ou à d'autres sports (sans supervision).	0	1	2	3	4
0. Joue aux cartes ou à d'autres jeux de société (sans supervision).	0	1	2	3	4
1. Lit des livres ou des revues (sans supervision).	0	1	2	3	4
2. Lit les journaux régulièrement (sans supervision).	0	1	2	3	4
3. Assiste à des réunions de type communautaire ou à des réunions d'autres organismes.	0	1	2	3	4

INT-15

## **ANNEXE 3**

**ANALYSES DE VALIDATION DU QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE REALISEES  
PAR GENEVIEVE BOYER ET CELINE MERCIER, HOPITAL DOUGLAS**











## **ANNEXE 4**

### **PRIX UNITAIRES**

### Prix unitaires des services paramédicaux

services	code	unité	prix unitaire LH	unité 2	coût LH 2	notes
physio respiratoire	6610	UT	1,06	taux horaire	28,19	source: AS 471 (HLHL)
psychologie	6720	entrevue	152,15	taux horaire	30,44	source: AS 471 (HLHL)
psychogériatrie	537	taux horaire	23,24			CB-11 (HLHL)
neuro-psychologie		entrevue	152,15	taux horaire	30,44	taux du CA 6720 (psychologie)*
nutrition clinique	659	taux horaire	23,2			CB-11 (HLHL)
services sociaux	6730	taux horaire	25,69	usager vu 1 fois l'an	1018,84	source: AS-471 (HLHL)
physiothérapie	6870	UT pondérée	2,4	j-traitement	73,86	source: AS-471 (HLHL)
ergothérapie	6880	UT pondérée	2,2	j-traitement	76,47	source: AS-471 (HLHL)
activités dirigées	6890	présence	29,9	taux horaire	27,45	source: AS-471 (HLHL)
podiatre		taux horaire	27,3			moyenne des taux horaires des autres professionnels *
soins infirmiers externes	6302	visite	41,95	usager annuel	852,74	source: AS-471 (HLHL)
éducation physique	6890	présence	29,9	taux horaire	27,45	taux du CA 6890 (activités dirigées)
urgence santé		transport	175			source: urgence santé

\* les substitutions indiquées ont été faites en raison de l'absence de CA spécifique ainsi que d'information dans les données de la comptabilité de l'hôpital

## Prix unitaires des examens de laboratoire

	UT	type de labo	code	coûts LH		coût CHSP		honoraire MD	
								code	montant
acétaminophène	9	bio	2305	0,98	8,82	0,95	8,55		
carbamazépine	7	bio	2380	0,98	6,86	0,95	6,65		
digoxine	6,5	bio	2418	0,98	6,37	0,95	6,175		
dilantin	7	bio	2522	0,98	6,86	0,95	6,65		
éthosuximide	7,5	bio	2427	0,98	7,35	0,95	7,125		
lithium	2,5	bio	2481	0,98	2,45	0,95	2,375		
phénobarbital	7	bio	2519	0,98	6,86	0,95	6,65		
primidone	8	bio	2535	0,98	7,84	0,95	7,6		
quinidine	7	bio	2547	0,98	6,86	0,95	6,65		
salicylates	5	bio	2552	0,98	4,9	0,95	4,75		
théophylline	7	bio	2565	0,98	6,86	0,95	6,65		
ac. valproïque	7	bio	2320	0,98	6,86	0,95	6,65		
amitriptyline	11	bio	2341	0,98	10,78	0,95	10,45		
nortriptyline	11	bio	2505	0,98	10,78	0,95	10,45		
imipramine	12	bio	2458	0,98	11,76	0,95	11,4		
désipramine	12	bio	2416	0,98	11,76	0,95	11,4		
doxépine	27	bio	2420	0,98	26,46	0,95	25,65		
trimipramine	14	bio	2581	0,98	13,72	0,95	13,3		
déméthyltri	14	bio	2581	0,98	13,72	0,95	13,3		
clomipramine	14	bio	2397	0,98	13,72	0,95	13,3		
T4	6	bio	2571	0,98	5,88	0,95	5,7		
T3 fixation	5,5	bio	2577	0,98	5,39	0,95	5,225		
IF T4	6	bio	2570	0,98	5,88	0,95	5,7		
THS	6	bio	2569	0,98	5,88	0,95	5,7		
TRH	6	bio	2569	0,98	5,88	0,95	5,7		
cortisol	6	bio	2404	0,98	5,88	0,95	5,7		
prolactine	6	bio	2539	0,98	5,88	0,95	5,7		
oestrogènes	7	bio	2506	0,98	6,86	0,95	6,65		
progestérone	8	bio	2537	0,98	7,84	0,95	7,6		
ECG	12	électroph	405	2,43	29,16	1,92	23,04	340	1,5
ac. foliques s.	8	bio	2011	0,98	7,84	0,95	7,6		
ac.folique g.	8	héματο	1011	0,77	6,16	0,74	5,92		
B12	8	bio	2018	0,98	7,84	0,95	7,6		
EEG	60	électroph	505	2,43	145,8	1,92	115,2	347	30
Na	1,5	bio	2558	0,98	1,47	0,95	1,425		
K	1,5	bio	2533	0,98	1,47	0,95	1,425		
Cl	1,5	bio	2387	0,98	1,47	0,95	1,425		
bicarbonates	1,5	bio	2394	0,98	1,47	0,95	1,425		
glucose	1,5	bio	2444	0,98	1,47	0,95	1,425		
urée	1,5	bio	2582	0,98	1,47	0,95	1,425		
créatinine	1,5	bio	2405	0,98	1,47	0,95	1,425		
bilirubine totale	1,5	bio	2367	0,98	1,47	0,95	1,425		
bilirubine conjuguée	1,5	bio	2366	0,98	1,47	0,95	1,425		
albumine	1,5	bio	2333	0,98	1,47	0,95	1,425		
globulines	10,5	bio	2461-4-5	0,98	10,29	0,95	9,975		
protéines totales	1,5	bio	2542	0,98	1,47	0,95	1,425		

Ca	1,5	bio	2377	0,98	1,47	0,95	1,425		
Ca ionisé	3	bio	2378	0,98	2,94	0,95	2,85		
phosphore	1,5	bio	2526	0,98	1,47	0,95	1,425		
ac. urique	1,5	bio	2319	0,98	1,47	0,95	1,425		
cholestérol	1,5	bio	2388	0,98	1,47	0,95	1,425		
triglycérides	1,5	bio	2576	0,98	1,47	0,95	1,425		
amylase	2	bio	2345	0,98	1,96	0,95	1,9		
lipase	3	bio	2475	0,98	2,94	0,95	2,85		
CCK	1,5	bio	2393	0,98	1,47	0,95	1,425		
LD (LCH)	14	bio	2472	0,98	13,72	0,95	13,3		
AST (GOT)	1,5	bio	2359	0,98	1,47	0,95	1,425		
ALT (GPT)	1,5	bio	2332	0,98	1,47	0,95	1,425		
phosph. alcaline	1,5	bio	2524	0,98	1,47	0,95	1,425		
GGT	1,5	bio	2440	0,98	1,47	0,95	1,425		
phosph. ac. prostatique	2,5	bio	2523	0,98	2,45	0,95	2,375		
glucose	1,5	bio	2443	0,98	1,47	0,95	1,425		
ammoniac	6	bio	2343	0,98	5,88	0,95	5,7		
trou anionique	3,5	bio	2510	0,98	3,43	0,95	3,325		
osmolarité	3,5	bio	2510	0,98	3,43	0,95	3,325		
CO2 total	1,5	bio	2399	0,98	1,47	0,95	1,425		
A/G	18	bio	2460	0,98	17,64	0,95	17,1		
CK-MB	5	bio	2395	0,98	4,9	0,95	4,75		
WIBC	5	héματο	1236	0,77	3,85	0,74	3,7		
magnésium	1,5	bio	2484	0,98	1,47	0,95	1,425		
aspartate	1,5	bio	2359	0,98	1,47	0,95	1,425		
alanine	1,5	bio	2332	0,98	1,47	0,95	1,425		
pH veineux	2,5	bio	2517	0,98	2,45	0,95	2,375		
bicarbonate	1,5	bio	2394	0,98	1,47	0,95	1,425		
Na	1,5	bio	2558	0,98	1,47	0,95	1,425		
K	1,5	bio	2533	0,98	1,47	0,95	1,425		
Cl	1,5	bio	2387	0,98	1,47	0,95	1,425		
pCO2 veineux	5,5	bio	2442	0,98	5,39	0,95	5,225		
pH artériel	2,5	bio	2517	0,98	2,45	0,95	2,375		
pCO2 artériel	5,5	bio	2442	0,98	5,39	0,95	5,225		
bicarbonate	1,5	bio	2394	0,98	1,47	0,95	1,425		
PO2	5,5	bio	2442	0,98	5,39	0,95	5,225		
saturation Hb)2	5	hémato	1256	0,77	3,85	0,74	3,7		
excès de bases	3,5	bio	2510	0,98	3,43	0,95	3,325		
t de saignement	13	hémato- coag	1185	0,77	10,01	0,74	9,62		
t de coagulation	17	hémato- coag	1177	0,77	13,09	0,74	12,58	51010	1,36
compte de plaquette	9	hémato	1258	0,77	6,93	0,74	6,66		
rétractilité du caillot	4	hémato- coag	1190	0,77	3,08	0,74	2,96		
test du Lacet	10	hémato- coag	1195	0,77	7,7	0,74	7,4		
Quick	4	hémato- coag	1190	0,77	3,08	0,74	2,96		
PTT	8	hémato- coag	1260	0,77	6,16	0,74	5,92		

frottis plaquettes	7,5	hémato	1235	0,77	5,775	0,74	5,55
ex. physique et chimique	2,5	bio	2584	0,98	2,45	0,95	2,375
ex.microscopique	2	bio	2583	0,98	1,96	0,95	1,9
ac. urique	1,5	bio	2319	0,98	1,47	0,95	1,425
calcium	1,5	bio	2377	0,98	1,47	0,95	1,425
chlorures	1,5	bio	2387	0,98	1,47	0,95	1,425
créatinine	1,5	bio	2405	0,98	1,47	0,95	1,425
phosphore	1,5	bio	2526	0,98	1,47	0,95	1,425
potassium	1,5	bio	2533	0,98	1,47	0,95	1,425
protéines	3	bio	2543	0,98	2,94	0,95	2,85
p. Bence-Jones	14	bio	2363	0,98	13,72	0,95	13,3
Na	1,5	bio	2558	0,98	1,47	0,95	1,425
clearance créatinine	1,5	bio	2405	0,98	1,47	0,95	1,425
clearance de 24 h.	1,5	bio	2387	0,98	1,47	0,95	1,425
Na 24 h. urines	1,5	bio	2558	0,98	1,47	0,95	1,425
K 24 h. urines	1,5	bio	2533	0,98	1,47	0,95	1,425
sang selles	3,5	bio	2553	0,98	3,43	0,95	3,325
test grossesse	3,5	bio	2448	0,98	3,43	0,95	3,325
cortisol urines	6	bio	2404	0,98	5,88	0,95	5,7
dépistage drogue urines	40	bio	2434	0,98	39,2	0,95	38
culture et AB	26	micro-bact	3724	1,51	39,26	1,06	27,56
cultures vaginales	12	micro-bact	3731	1,51	18,12	1,06	12,72
cultures urines	12	micro-bact	3733	1,51	18,12	1,06	12,72
culture expectorations	14	micro-bact	3735	1,51	21,14	1,06	14,84
hémocultures	19	micro-bact	3738	1,51	28,69	1,06	20,14
culture gorge	14	micro-bact	3735	1,51	21,14	1,06	14,84
cultures plaies	17	micro-bact	3728	1,51	25,67	1,06	18,02
recherche BK	20	micro-mycobact	3773	1,51	30,2	1,06	21,2
hyperglycémie provoquée	1,5	bio	2444	0,98	1,47	1,06	1,59
sérum 16 H	1,5	bio	2388	0,98	1,47	0,95	1,425
cholestérol	1,5	bio	2388	0,98	1,47	0,95	1,425
chol. HDL	3,5	bio	2389	0,98	3,43	0,95	3,325
chol. LDL	4,5	biop	2390	0,98	4,41	0,95	4,275
triglycérides	1,5	bio	2576	0,98	1,47	0,95	1,425
électrophorèse des protéines	7,5	bio	2423	0,98	7,35	0,95	7,125
fer sérique	2	bio	2432	0,98	1,96	0,95	1,9
fer cap. Comb	2,5	bio	2430	0,98	2,45	0,95	2,375
TIBC	5	hémato	1236	0,77	3,85	0,74	3,7
fer capillaire	2,5	bio	2430	0,98	2,45	0,95	2,375
transferrine saturée	5	bio	2573	0,98	4,9	0,95	4,75
t. prothrombine	8	hémato-coag	1260	0,77	6,16	0,74	5,92
t. céphaline	8	hémato-coag	1260	0,77	6,16	0,74	5,92



plaquette	9	hémato	1258	0,77	6,93	0,74	6,66		
t. saignement	13	hémato-coag	1185	0,77	10,01	0,74	9,62		
t. fibrinogène	7,5	hémato-coag	1169	0,77	5,775	0,74	5,55		
FSC	5	hémato	1236	0,77	3,85	0,74	3,7	50030	0,72
Hb	7	hémato	1241	0,77	5,39	0,74	5,18		
Hct	5	hémato	1236	0,77	3,85	0,74	3,7		
frottis sanguin	7,5	hémato	1235	0,77	5,775	0,74	5,55		
cell. LE	12	hémato	1216	0,77	9,24	0,74	8,88	50050	2,87
réticulocytes	5	hémato	1266	0,77	3,85	0,74	3,7		
v. sédimentation	2,5	hémato	1265	0,77	1,925	0,74	1,85		
cryoglobuline	5,5	hémato	1219	0,77	4,235	0,74	4,07	56130	9,96
thyroglobuline	6	bio	2304	0,98	5,88	0,95	5,7		
microsomial	6	bio	2302	0,98	5,88	0,95	5,7		
frottis sanguin	7,5	hémato	1235	0,77	5,775	0,74	5,55		
ferretine	7	bio	2014	0,98	6,86	0,95	6,65		
VDRL	9	micro-immuno	3701	1,51	13,59	1,06	9,54		
alpha-foeto-prot	9	bio	2338	0,98	8,82	0,95	8,55		
Hépatite C (élisa)	33	micro-immuno	3702	1,51	49,83	1,06	34,98		
anti LKM	12	hémato	1201	0,77	9,24	0,74	8,88		
anti mm lisses	12	hémato	1201	0,77	9,24	0,74	8,88		
hépatite B	33	micro-immuno	3702	1,51	49,83	1,06	34,98		
CEA	9	bio	2350	0,98	8,82				
anti nucléaires	12	hémato	1201	0,77	9,24	0,74	8,88		
HBc	33	micro-immuno	3702	1,51	49,83	1,06	34,98		
anti-mitochondries	12	hémato	1201	0,77	9,24	0,74	8,88		
Hb glycosilée	10	bio	1024	0,98	9,8	0,95	9,5		
frottis moelle	40	hémato	1254	0,77	30,8	0,74	29,6	10120	27
frottis vaginal	8	cytologie	4810	1,91	15,28	1,03	8,24	11085	1,75
anti HBs	33	micro-immuno	3702	1,51	49,83	1,06	34,98		
GH	7	bio	2454	0,98	6,86	0,95	6,65		
dosage IgA, G, M	10,5	bio	2461-4-5	0,98	10,29	0,95	9,975		
alpha-anti-trypsine	5,5	bio	2337	0,98	5,39	0,95	5,225		
fibrinogène	7,5	hémato-coag	1169	0,77	5,775	0,74	5,55		
d-dimer (XDP)	9	hémato-coag	1160	0,77	6,93	0,74	6,66		
céruloplasmine	6	bio	2385	0,98	5,88	0,95	5,7		
agglutinines froides	14	hémato-B.S.	1105	0,77	10,78	0,74	10,36		
carotène	5,5	bio	2383	0,98	5,39	0,95	5,225		
COOMBS	6	hémato-B.S.	1113	0,77	4,62	0,74	4,44		
C3-C4	5	hémato-B.S.	1112	0,77	3,85	0,74	3,7		

IgM anti HCV	33	micro-immuno	3702	1,51	49,83	1,06	34,98
HIV	7	micro-immuno	3715	1,51	10,57	1,06	7,42
PSA	7	bio	2351	0,98	6,86	0,95	6,65
anticoagulants	12	héματο	1201	0,77	9,24	0,74	8,88
FSH	6	bio	3437	0,98	5,88	0,95	5,7
LH	6	bio	2473	0,98	5,88	0,95	5,7
ALP	1,5	bio	2525	0,98	1,47	0,95	1,425
ALP HEP	19	bio	2525	0,98	18,62	0,95	18,05
ALP OSS	19	bio	2525	0,98	18,62	0,95	18,05
ALP INT	19	bio	2525	0,98	18,62	0,95	18,05
testostérone	7	bio	2563	0,98	6,86	0,95	6,65
ACTH	11	bio	2330	0,98	10,78	0,95	10,45
vit D 1-25	44	bio	2592	0,98	43,12	0,95	41,8
vit D 25-OH	24	bio	2593	0,98	23,52	0,95	22,8
insuline	7	bio	2467	0,98	6,86	0,95	6,65
pth	16	bio	2514	0,98	15,68	0,95	15,2
barbituriques	8	bio	2362	0,98	7,84	0,95	7,6
opiacés	8	bio	2508	0,98	7,84	0,95	7,6
phénothiazines	5	bio	2520	0,98	4,9	0,95	4,75
benzodiazépines	8	bio	2364	0,98	7,84	0,95	7,6
cocaine	8	bio	2401	0,98	7,84	0,95	7,6
morphine	7	bio	2498	0,98	6,86	0,95	6,65
amphétamines	8	bio	2344	0,98	7,84	0,95	7,6
théophylline	7	bio	2565	0,98	6,86	0,95	6,65

Source: laboratoire de biologie médicale: mesure de production, MSSS + manuel des médecins de laboratoire, RAMQ

**Prix unitaire des visites médicales faites par les omnipraticiens et les psychiatres non rémunérés à l'acte**

**VISITES FAITES PAR LES OMNIPRATICIENS**

année	max échelle (\$)	réel (\$)	unité de longue durée		par malade (\$)
			capacité	nombre	
1989	66867	66867	37,454546	5	357,06
1990	70297	70297	37,454546	5	375,37
1991	73812	73812	38,571429	5	382,73
1992	76026	76026	36,809524	5	413,08
1993	76786	76786	36,136364	5	424,98
1994	76786	76786	31,111111	5	493,62
1995	76786	76786	31,625	5	485,6
1996	76786	76172	32,428571	5	469,78
1997	76786	75711	31,75	5	476,92

Source: chef de département de médecine de LH

coût unitaire de la visite: moyenne des années 1995-1996, rapportée à un jour-présence: 1,3\$/jour-présence

**VISITES FAITES PAR LES PSYCHIATRES**

année	masse salariale	total équivalent temps plein	% équivalent temps plein en longue durée	attribution de la masse salariale à la longue durée	nombre de jours présence en longue durée	coût/jour-présence
1995-1996	2517686	13,45	11,15	280782	170499	1,65

Sources: données de la RAMQ et données fournies par le chef du département de psychiatrie

### Prix unitaires des interventions médico-chirurgicales

	code	honoraires	code	prix	total
		s	labo/MD	labo/MD2	
			2		
ablation plaque ortho	2299	105			105
arthrodèse MTP	2946	205			205
bartholinectomie	6189	90			90
biopsie sein	1173	180			180
cataracte	7261	355			355
cholangiographie	435	52			52
cholecystéctomie	5270	340			340
colonoscopie	703	55			55
cure d'hernie	5461	240			240
curetage utérus	6145	60			60
cystoscopie	320	40			40
dissection anilaire bilat	4240	260			260
étude urodynamique	793	30			30
exérèse kératose sein	1175	120			120
exérèse kyste	3195	78,8			78,8
exérèse lipome	706	51			51
exérèse naevus	6170	19,7			19,7
exérèse polype	6178	32,25			32,25
gastrosopie	691	50			50
hallux valgus	9596	205			205
herniographie	5477	19,7			19,7
mastectomie partielle	1229	150			150
onycectomie	1215	13,5			13,5
ostéotomie	9524	105			105
méthatarsienne					
polypectomie (par	5094	400			400
recto-sigmoïdoscopie)					
prothèse hanche	2333	550			550
rectopectie abdominale	5240	530			530
rectoscopie	636	32,25			32,25
rectosigmoïdoscopie	635	32,25			32,25
résection ant rectum	5240	530			530
RTU prostate	6247	328			328
sclérothérapie	5252	135			135
hémorroïdaires					
septoplastie nasale	3321	180			180
sismothérapie	8916	26,4	954	19,7	46,1
vagotomie,	5076	390			390
pyloroplastie					
parathyroïdectomie	6186	540			540
anesthésie générale, péridurale: t		10,75/unité de temps			10,75/unité de temps
anesthésiste					
		coût horaire bloc LH			coût horaire bloc LH
durée bloc opératoire		392,8			392,8

cytologie	11020	18 4809: 5 UT	9,55	<b>27,55</b>
cyto généco	11085	1,75 4810: 8 UT	15,28	<b>17,03</b>
pathologie	10132	24,8 4865: 5 Ut	9,55	<b>34,35</b>
bactériologie		3728: 17UT	25,67	<b>25,67</b>

Source: manuel des médecins spécialistes de la RAMQ + laboratoire de biologie médicale, mesure de production, MSSS

### Prix unitaires des traitements dentaires

Items	Code	Coûts
examen complet et de rappel	1130	43
examen d'urgence	1300	21
endodontie (traitement de canal)	33100	278
chirurgie extensive (kyste, osté., ging)	74408	141
dentisterie opératoire (obt., IRM, ..)	21212	66
périodontie	43412	64
exodontie (extraction)	71101	39
exodontie - anesthésie locale	71101 + 92110	50
exodontie - anesthésie régionale	71101 + 92120	63
soins préventifs (prophylaxie - fluor)	12400	17
prothèse amovible (empreinte/livraison)	51100	452
prothèse fixe, pont, couronne	27200	470
visite (aj. proth., cont., meul., vérif)	1200	21
regarnissage	56260	139
réparation des prothèses	55201	75
séance de prothèse	1200	21
anesthésie locale	92110	11
anesthésie régionale	92120	24
radiographie panoramique (panorex)	2600	43
radiographie occlusale	2131	16
radiographie inter-proximale	2142	19
radiographie périapicale	2111	13
chirurgie pré-prothétique	73171	72
consultation	5200	61
anesthésie générale	954	19,7

Source: Association des chirurgiens dentistes du Québec: nomenclature et tarifs des actes buccodentaires, 1997

### Prix unitaires des consultations externes

	code RAMQ	coût
s. cardio	9148	10,5
s. chir générale	9164	12
s.dermato	9187	13
s. endocrino	9164	14,75
s. gynécologie	9164	12
s. hémato	9148	10,5
s. médecine	9164	14,75
s. neurologie	9164	19,75
s. ophtalmo	9148	10,5
s opticien	9198	10,5
s. ORL	6194	12
s. ortho	9148	10,5
s. urologie	9164	12
c. cardio	9176	72
c chir générale	9170	30
c. dermatologie	9250	33
c. endocrinologie	9170	57,5
c. gynécologie	9170	27
c. hémato	9176	72
c. médecine	9170	55
c. neurologie	9170	59,95
c. ophtalmologie	9255	29
c opticien	9197	20
c. ORL	9176	36
c. ortho	9176	36
c. pneumologie	9170	65,75
c. urologie	9170	30

Source: manuel des médecins spécialistes de la RAMQ

A ces prix d'une consultation s'ajoute celui majoré du CA 6302 (consultations externes): pour LH: 41,95 \$ (AS-471)

### Prix unitaires des consultations internes

	code RAMQ	coût
s. anesthésie	9148	10,5
s. cardiologie	9148	10,5
s. chir générale	9148	10,5
s. clin. tumeurs	9189	10,5
s. dermato	9189	10,5
s. endocrinologie	9148	10,5
s. gynécologie	9148	10,5
s. hématologie	9148	10,5
s. médecine	9148	10,5
s. neurologie	9148	10,5
s. ophtalmologie	9148	10,5
s opticien	9198	10,5
s. ORL	9148	10,5
s. orthopédie	9148	10,5
s. physiatrie	9148	10,5
s. pneumologie	9148	10,5
s. urologie	9148	10,5
c. anesthésite	9160	40
c. cardiologie	9176	72
c chir générale	9176	36
c. dermatologie	9181	52
c. endocrinologie	9176	72
c. gynécologie	9176	36
c. hématologie	9176	72
c. médecine	9176	72
c. neurologie	9176	77,2
c. ophtalmologie	9176	36
c opticien	9197	20
c. ORL	9176	36
c. orthopédie	9176	36
c. physiatrie	9176	75
c. pneumologie	9176	78
c. urologie	9176	36

Source: manuel des médecins spécialistes de la RAMQ



### Prix unitaire de l'hébergement

Type d'hébergement	LH	CHSP	patient	établissement	notes (sources)
pavillon	36,94	41,71			comprend les per diem (CB-15). Avec un estimé de la valeur des coûts d'immobilisation, les valeurs sont évaluées à 38,05 et 39,9 \$
OSBL hébergement social	73		16,25		moyenne Le Murier et l'Echellon (CB-11)
CR			16,25	84,66	CA 6950, 7550 (as-471)
FG réadaptatif	129,39		16,37		moyenne des Cu des FG financés par LH (CB-11)
CHSLD			16,25	108,28	moyenne provinciale des CA 6950, 7550 (AS-471). Avec un estimé de la valeur des coûts d'immobilisation, les valeurs sont évaluées à 111,53 et 116,94 \$
Foyer de groupe	90,16	111,57	16,25		CA 6982 (AS-471); coûts patients:contribution quotidienne (services de réadaptation)
résidence d'accueil	31,96		16,25		coût LH comprend la moyenne de la prime lourdeur (services de réadaptation)
appartements supervisés	12,06		11,01		coût patient: loyer moyen versé (CB-11, services de réadaptation))
appartement satellite	43,48	32,88	11,01		coût patient: loyer moyen versé (CB-11, services de réadaptation)
maison de transition	98		16,18		coût patient: loyer moyen versé (CB-11, services de réadaptation)
domicile			10,68		(services de réadaptation)
maison de chambre	5,75		6,61		coût journalier des dépenses par patients de la part de LH; loyer moyen versé (services de réadaptation)
centre de jour	74,25	84,19			CA 6972 (AS-471)
autre			10,68		par défaut, coût du domicile

### Prix unitaire d'un jour-présence dans les unités de l'hôpital

UNITE	COUT 89	COUT 90	COUT 91	COUT 92	COUT 93	COUT 94	COUT 95	COUT 96
105								170,50
108	68,65	<b>68,61</b>	<b>68,61</b>	69,15	148,80	<b>144,91</b>	154,88	141,75
116	73,67	75,58						
120	72,53	75,58						
124	71,90	68,75	79,73	88,39	113,75	<b>113,54</b>	115,94	
126	72,89	69,48						
128	67,41	65,25						
203	58,71	61,11	67,61	86,43	95,13	<b>98,47</b>	102,90	100,50
204	<b>85,45</b>	85,45	94,88	15,53	<b>122,74</b>	<b>131,35</b>	139,95	135,25
207	<b>226,34</b>	226,34	253,69	149,95	150,30	<b>126,57</b>	102,85	107,90
208	59,16	64,15	<b>71,40</b>	76,13	146,24	<b>144,42</b>	142,43	158,80
216	67,94	73,70	81,90	82,84	98,78	<b>98,83</b>		
218	61,38	66,48	87,00	89,00	93,40			
220	51,77	57,96	65,46	75,10	101,51	<b>105,48</b>		
222	77,46	80,02	105,30	101,38	102,53	<b>78,93</b>		
224	72,44	76,19	78,39	94,63				
226	77,90	85,35	95,39	101,64	98,45	<b>114,11</b>	124,79	123,16
228	69,87	76,25	78,40	141,63	123,20	<b>128,48</b>	133,75	135,18
301	113,49	127,30	122,19	138,48	142,45	139,36	147,75	145,90
302	76,52	76,83	108,23	116,50	114,86	<b>115,64</b>	116,41	119,80
303	64,20	86,96	72,51	85,84	88,93	<b>92,11</b>	93,25	95,34
304	79,37	81,85	107,20	126,70	<b>133,29</b>	<b>135,59</b>	139,88	151,75
305	65,40	64,38	73,38	77,71	84,96	<b>91,20</b>	97,43	97,60
307	73,28	78,63	93,76	106,36	121,40	<b>107,63</b>	93,86	89,38
308	104,13	118,00	<b>124,51</b>	<b>124,51</b>	138,24	<b>145,40</b>	152,55	164,69
316	47,68	79,48	95,80	132,30	172,44			
318	63,62	69,35	205,75	88,61	100,00	<b>134,89</b>	169,78	
320	55,25	67,90						
324	63,61	66,41	100,88	115,36				
326	66,74	<b>84,38</b>	84,38	113,25				
328	71,60	64,95	92,83	112,88	153,75	<b>152,29</b>	149,28	151,65
401	159,77	164,89	187,76	196,78	189,61	176,53	177,64	196,38
402	<b>96,65</b>	<b>96,65</b>	96,65	109,40	118,88	<b>115,18</b>	111,48	118,53
403	77,40	71,13	75,91	100,99	99,40	<b>96,47</b>	93,54	95,90
404	79,42	84,10	94,78	99,60	<b>125,59</b>	<b>125,59</b>	151,56	164,35
405	64,66	69,83	72,95	84,30	96,78	<b>94,19</b>	91,60	82,65
406	64,43	65,68	<b>135,75</b>	141,46	155,89	<b>154,75</b>	153,60	155,16
407	86,88	93,35	105,29	109,33	106,43	<b>103,49</b>	100,54	96,89
408	78,60	82,25	94,23	<b>117,88</b>	141,51	<b>144,98</b>	148,44	158,26
426	66,25	68,94	<b>75,35</b>	81,75	88,48	<b>91,56</b>	94,64	104,13
428	55,90	63,85	94,80	108,64	131,55	<b>136,14</b>	140,73	135,55
503	57,24	71,30	88,34	94,88	88,93	<b>92,39</b>	95,85	98,18
504	76,68	83,40	96,15	116,60	<b>133,65</b>	<b>133,65</b>	150,70	160,21
505	63,77	69,30	85,55	86,94	<b>90,46</b>	<b>90,46</b>	93,98	100,86
506	66,90	64,23	<b>172,78</b>	281,33	274,56	266,48	289,43	313,88
507	65,49	73,48	81,55	104,85	112,93	<b>120,42</b>	132,73	142,11
508	78,78	83,83	<b>108,98</b>	<b>108,98</b>	134,13	<b>141,74</b>	154,66	160,51

En gras: extrapolations à partir des années précédente et suivante

**Prix unitaires des consultations effectuées en clinique externe, aux urgences et dans les CLSC**

CLINIQUE EXTERNE

	<b>coûts</b>	<b>source</b>	<b>notes</b>
psychiatre	75	manuel des spécialistes, code 8981	taux à l'acte
psychologue	152,15	CA 6720, AS-471 (LH)	entrevue
TS	1018,84	CA 6730, AS-471 (LH)	usager vu une fois par an
RN	41,95	CA 6302, AS-471 (LH)	visite
conseil d'orientation	1018,84	CA 6730, AS-471 (LH)	prise des données des TS
ergo	76,47	CA 6880, AS-471 (LH)	visite
omni	29,3	manuel des omni, code 0055	tarif horaire d'un MD en CLSC

**A ces coûts propres aux professionnels consultés, s'ajoutent ceux d'une visite en clinique externe: CA 6332 (AS-471, LH): 852,74 (usager compté une fois au cours de l'année)**

B) transformation du coût par usager en coût horaire

	<b>coûts</b>	<b>source</b>	<b>notes</b>
psychiatre	75	manuel des spécialistes, code 8981	taux à l'acte
psychologue	152,15	CA 6720, AS-471 (LH)	entrevue
TS	25,69	CA 6730, AS-471 (LH)	taux horaire
RN	41,95	CA 6302, AS-471 (LH)	visite
conseil d'orientation	25,69	CA 6730, AS-471 (LH)	prise des données des TS
ergo	76,47	CA 6880, AS-471 (LH)	visite
omni	29,3	manuel des omni, code 0055	tarif horaire d'un MD en CLSC

**A ces coûts propres aux professionnels consultés, s'ajoutent ceux d'une visite en clinique externe: CA 6332 (AS-471, LH): 30,35 \$/heure rémunérée**

URGENCES, CLSC

	<b>coûts</b>	<b>source</b>	<b>notes</b>
Consultation aux urgence	200,16	AS-471 LH	coût majoré du CA 6240 pour LH
Consultation aux urgence	92,11	AS-471 CHSP	coût majoré du CA 6240 pour les CHSP
Consultation en CLSC (médecins exclus)	78,06	AS-471 CLSC	coût majoré du CA 6570 pour les CLSC
Consultation médicale en CLSC	25,71	RAMQ, salaire horaire moyen versé	coût d'une demi-heure

## **ANNEXE 5**

**EXEMPLE D'UN PROGRAMME SPSS D'ATTRIBUTION DE COUTS A UN ITEM  
(CLINIQUES EXTERNES)**

\* clinext1.sps

\*

\*\*\*\*\*

\* Fichier système: CLINEXT1 dans: mes documents\

\* desins\spsswin\dr\données

\* petit programme pour

\* 1) transformer les dates string en dates date

\* 2) attribuer des coûts aux consultations en clinique externe

\*

\*

\*Version #1, 18 juin 1998

\*

\*\*\*\*\*

\* transformation des dates de string en date

STRING an2 (a4) mo2 jo2 (a2).

COMPUTE an2 = SUBSTR(date\_vis,1,4) .

COMPUTE mo2 = SUBSTR(date\_vis,5,2) .

COMPUTE jo2 = SUBSTR(date\_vis,7,2) .

EXECUTE .

recode an2 (convert) into an21.

recode mo2 (convert) into mo21.

recode jo2 (convert) into jo21.

compute datevis=date.dmy(jo21, mo21, an21).

format datevis (edate10).

EXECUTE .

SAVE OUTFILE ='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\CLEXT1.SAV'.

\* sélection des cas de l'étude

FILTER OFF.

USE ALL.

SELECT IF(VALUE(dossier) = 21843 or VALUE(dossier) = 58781 or VALUE(dossier) = 60093

or VALUE(dossier) = 237806 or VALUE(dossier) = 21729 or

VALUE(dossier) = 12383 or VALUE(dossier) = 13120 or VALUE(dossier) = 24544

or VALUE(dossier) = 36136 or VALUE(dossier) = 8593 or VALUE(dossier) = 5989

or VALUE(dossier) = 23894 or VALUE(dossier) = 8451 or VALUE(dossier) = 62475

or VALUE(dossier) = 192203 or VALUE(dossier) = 6840 or VALUE(dossier) = 6551

or VALUE(dossier) = 188591 or VALUE(dossier) = 42151 or VALUE(dossier) = 12058

or VALUE(dossier) = 56170 or VALUE(dossier) = 41025 or VALUE(dossier) = 253224

or VALUE(dossier) = 42335 or VALUE(dossier) = 70845 or VALUE(dossier) = 18001

or VALUE(dossier) = 14852 or VALUE(dossier) = 23803 or VALUE(dossier) = 291600

or VALUE(dossier) = 103690 or VALUE(dossier) = 148435

or VALUE(dossier) = 5856 or VALUE(dossier) = 17902 or VALUE(dossier) = 16514

or VALUE(dossier) = 60460 or VALUE(dossier) = 39777

or VALUE(dossier) = 73500 or VALUE(dossier) = 230896

or VALUE(dossier) = 19797 or VALUE(dossier) = 45018 or VALUE(dossier) = 5085

or VALUE(dossier) = 27410 or VALUE(dossier) = 32336 or VALUE(dossier) = 22891

or VALUE(dossier) = 69605 or VALUE(dossier) = 10387 or VALUE(dossier) = 59064

or VALUE(dossier) = 140817 or VALUE(dossier) = 19040 or VALUE(dossier) = 3598

or VALUE(dossier) = 16147 or VALUE(dossier) = 15502 or VALUE(dossier) = 347058

or VALUE(dossier) = 91800 or VALUE(dossier) = 58929 or VALUE(dossier) = 135079

or VALUE(dossier) = 43365 or VALUE(dossier) = 23972 or VALUE(dossier) = 12250

or VALUE(dossier) = 21210 or VALUE(dossier) = 118561 or VALUE(dossier) = 186944

or VALUE(dossier) = 137497 or VALUE(dossier) = 21921

or VALUE(dossier) = 17448 or VALUE(dossier) = 37928 or VALUE(dossier) = 34570

or VALUE(dossier) = 25038 or VALUE(dossier) = 13515 or VALUE(dossier) = 10805

or VALUE(dossier) = 19453 or VALUE(dossier) = 40522 or VALUE(dossier) = 9394

or VALUE(dossier) = 37042 or VALUE(dossier) = 24966

or VALUE(dossier) = 48273 or VALUE(dossier) = 30243 or VALUE(dossier) = 11642

```

or VALUE(dossier) = 40311 or VALUE(dossier) = 18854
or VALUE(dossier) = 119835 or VALUE(dossier) = 5214 or VALUE(dossier) = 120268
or VALUE(dossier) = 16174 or VALUE(dossier) = 18969 or VALUE(dossier) = 3323
or VALUE(dossier) = 327192 or VALUE(dossier) = 32941 or VALUE(dossier) = 4477
or VALUE(dossier) = 17273 or VALUE(dossier) = 13524 or VALUE(dossier) = 42142
or VALUE(dossier) = 7605 or VALUE(dossier) = 20175 or VALUE(dossier) = 61069
or VALUE(dossier) = 15731 or VALUE(dossier) = 41772 or VALUE(dossier) = 11826
or VALUE(dossier) = 33691 or VALUE(dossier) = 329047 or VALUE(dossier) = 14036
or VALUE(dossier) = 20799 or VALUE(dossier) = 21256 or VALUE(dossier) = 286679
or VALUE(dossier) = 10929 or VALUE(dossier) = 73422 or VALUE(dossier) = 208215
or VALUE(dossier) = 20753 or VALUE(dossier) = 24517 or VALUE(dossier) = 43067
or VALUE(dossier) = 19100 or VALUE(dossier) = 270512 or VALUE(dossier) = 237333
or VALUE(dossier) = 19077 or VALUE(dossier) = 19471 or VALUE(dossier) = 27561
or VALUE(dossier) = 70390 or VALUE(dossier) = 17842 or VALUE(dossier) = 146939
or VALUE(dossier) = 7123 or VALUE(dossier) = 21967 or VALUE(dossier) = 14325
or VALUE(dossier) = 326084 or VALUE(dossier) = 59995 or VALUE(dossier) = 50085
or VALUE(dossier) = 17695 or VALUE(dossier) = 17186 or VALUE(dossier) = 88339
or VALUE(dossier) = 14590 or VALUE(dossier) = 12741 or VALUE(dossier) = 340497
or VALUE(dossier) = 98961 or VALUE(dossier) = 15144 or VALUE(dossier) = 3052
or VALUE(dossier) = 115053 or VALUE(dossier) = 13079 or VALUE(dossier) = 9385
or VALUE(dossier) = 5681 or VALUE(dossier) = 6895 or VALUE(dossier) = 8424
or VALUE(dossier) = 11000 or VALUE(dossier) = 15240 or VALUE(dossier) = 17719
or VALUE(dossier) = 17737 or VALUE(dossier) = 18592 or VALUE(dossier) = 18978
or VALUE(dossier) = 19646 or VALUE(dossier) = 19884 or VALUE(dossier) = 19999
or VALUE(dossier) = 20735 or VALUE(dossier) = 22199 or VALUE(dossier) = 22951
or VALUE(dossier) = 24457 or VALUE(dossier) = 30569 or VALUE(dossier) = 31291
or VALUE(dossier) = 32529 or VALUE(dossier) = 35808 or VALUE(dossier) = 38403
or VALUE(dossier) = 40191 or VALUE(dossier) = 40628 or VALUE(dossier) = 50769
or VALUE(dossier) = 51639 or VALUE(dossier) = 57086 or VALUE(dossier) = 69343
or VALUE(dossier) = 4160 or VALUE(dossier) = 5585 or VALUE(dossier) = 6033
or VALUE(dossier) = 8768 or VALUE(dossier) = 9683 or VALUE(dossier) = 10709
or VALUE(dossier) = 12663 or VALUE(dossier) = 15520 or VALUE(dossier) = 20886
or VALUE(dossier) = 26224 or VALUE(dossier) = 27772 or VALUE(dossier) = 29094
or VALUE(dossier) = 34781 or VALUE(dossier) = 36214 or VALUE(dossier) = 50310
or VALUE(dossier) = 50310 or VALUE(dossier) = 63689 or VALUE(dossier) = 68015
or VALUE(dossier) = 105632 or VALUE(dossier) = 123029 or VALUE(dossier) = 128455
or VALUE(dossier) = 207267 or VALUE(dossier) = 219313 or VALUE(dossier) = 261447
or VALUE(dossier) = 263645 or VALUE(dossier) = 290095 or VALUE(dossier) = 324620
or VALUE(dossier) = 344040) .
EXECUTE .

```

\* sélection des données à partir du 1er avril 1989

```

FILTER OFF.
USE ALL.
SELECT IF(datevis GE DATE.DMY(01,04,89)).
EXECUTE .

```

\* sélection des visites effectuées avant la date de l'entrevue: couplage  
\* avec la banque DESC SORT, et adjonction de la variable "entrevue".

```

MATCH FILES /FILE=*
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Descsort.sav'
/RENAME (admiss age dang datesort diagn durrehos filter_$ gene groupe lieu89
lieu90 lieu91 lieu92 lieu93 lieu94 lieu95 lieu96 lieu97 lieu98 naiss nbhosp
nbrehosp numéro pairdos pairnum physiq sexe sitact traject = d0 d1 d2 d3 d4
d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24
d25 d26 d27 d28)
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28.
EXECUTE.

```

```

if (dossier=lag(dossier)) entrevue=lag(entrevue).
execute.

```

```
FILTER OFF.
USE ALL.
SELECT IF(datevis LE entrevue).
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE ='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\CLEXT2.SAV'.
```

```
* CALCUL DU COUT PAR VISITE
```

```
* attribution d'un coût non actualisé aux visites en fonction du professionnel consulté
```

```
RECODE
  code_pro
  (2=105.35) (3=182.5) (5=72.3) (8=106.82) (40=59.65) (4=56.04) INTO
  coutvis .
VARIABLE LABELS coutvis 'coût de la visite non actualisé'.
EXECUTE .
```

```
* agrégation par année (coût non actualisé)
```

```
AGGREGATE
  /OUTFILE=*
  /BREAK=dossier an21
  /coutclex "coût agrégé non actualisé d'une visite en clinique externe" =
  SUM(coutvis).
```

```
* actualisation des coûts
```

```
* coûts an 1 (1989)
```

```
COMPUTE cclext1 = 1 * coutclex .
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1989) .
RECODE
  cclext1 (1 thru Highest=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
* coûts an 2 (1910)
```

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclext2 = 0.9524 * coutclex .
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1990) .
RECODE
  cclext2 (1 thru Highest=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
* coûts an 3 (1991)
```

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclext3 = 0.907 * coutclex .
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1991) .
RECODE
  cclext3 (1 thru Highest=0) .
```

```
END IF .  
EXECUTE .
```

```
* coûts an 4 (1992)
```

```
FILTER OFF.  
USE ALL.  
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclxt4 = 0.8638 * coutclex .  
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1992) .  
RECODE  
  cclxt4 (1 thru Highest=0) .  
END IF .  
EXECUTE .
```

```
* coûts an 5 (1993)
```

```
FILTER OFF.  
USE ALL.  
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclxt5 = 0.8227 * coutclex .  
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1993) .  
RECODE  
  cclxt5 (1 thru Highest=0) .  
END IF .  
EXECUTE .
```

```
* coûts an 6 (1994)
```

```
FILTER OFF.  
USE ALL.  
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclxt6 = 0.7835 * coutclex .  
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1994) .  
RECODE  
  cclxt6 (1 thru Highest=0) .  
END IF .  
EXECUTE .
```

```
* coûts an 7 (1995)
```

```
FILTER OFF.  
USE ALL.  
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclxt7 = 0.7462 * coutclex .  
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1995) .  
RECODE  
  cclxt7 (1 thru Highest=0) .  
END IF .  
EXECUTE .
```

```
* coûts an 8 (1996)
```

```
FILTER OFF.
```



```
USE ALL.
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclext8 = 0.7107 * coutclex .
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1996) .
RECODE
  cclext8 (1 thru Highest=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

\* coûts an 9 (1997)

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclext9 = 0.6768 * coutclex .
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1997) .
RECODE
  cclext9 (1 thru Highest=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

\* coûts an 10 (1998)

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE .
```

```
COMPUTE cclext10 = 0.6446 * coutclex .
EXECUTE .
```

```
DO IF (an21 NE 1998) .
RECODE
  cclext10 (1 thru Highest=0) .
END IF .
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE ='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\CLEXT3.SAV'.
```

\* agrégation sur dossier (pour obtention d'une ligne par cas)

```
AGGREGATE
  /OUTFILE=*
  /BREAK=dossier
  /cclext_1 = SUM(cclext1) /cclext_2 = SUM(cclext10) /cclext_3 = SUM(cclext2)
  /cclext_4 = SUM(cclext3) /cclext_5 = SUM(cclext4) /cclext_6 = SUM(cclext5)
  /cclext_7 = SUM(cclext6) /cclext_8 = SUM(cclext7) /cclext_9 = SUM(cclext8)
  /cclex_10 = SUM(cclext9).
```

\* calcul du coût total des visites en clinique externe

```
COMPUTE cclext = cclex_10 + cclext_1 + cclext_2 + cclext_3 + cclext_4 +
  cclext_5 + cclext_6 + cclext_7 + cclext_8 + cclext_9 .
EXECUTE .
```

\* description des coûts en clinique externe pour toute la population

```
DESCRIPTIVES
  VARIABLES=cclex_10 cclext cclext_1 cclext_2 cclext_3 cclext_4 cclext_5
  cclext_6 cclext_7 cclext_8 cclext_9
```

```
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
```

```
SAVE OUTFILE ='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\CLEXT4.SAV'.
```

## **ANNEXE 6**

**EXEMPLE D'UN PROGRAMME SPSS D'ATTRIBUTION DES COUTS TOTAUX  
(ACTUALISATION 5%, VALEURS DES IMMOBILISATIONS, VALEUR MINIMALE)**

\*\*\*\*\*

\*cou8imi.sps

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*

\* Fichier système: C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\RAD05.SAV'

\* ce fichier est complet: il contient tous les sujets de l'étude

\*

\* constitution d'un fichier de coûts total par fusion des fichiers

\*

\* taux d'actualisation: 5%

\*

\* valeurs des immobilisations: estimé minimal

\*

\* version #7, 30 septembre 1998

\*

\*\*\*\*\*

\* le programme permet de définir les coûts sur la base de l'arborescence suivante:

\* coût par année

\* deux perspectives: réseau (rs) et patient (pt)

\* des valeurs de base (b, bs), maximales (mx) et minimales (mn) d'après les analyses de sensibilité

\* une distinction entre différents types d'hébergement: hôpital, CHSLD, dans la communauté

\* 1) recherche du fichier radiologie contenant les coûts totaux

GET FILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\RAD05.SAV'.

\* 2) fusion avec la banque visites en cliniques externes

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

MATCH FILES /FILE=\*

/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Clext5.sav'

/BY dossier.

EXECUTE.

\* attribution d'un coût par année: services hospitaliers

RECODE

cclcx\_10 cclcx\_1 cclcx\_2 cclcx\_3 cclcx\_4 cclcx\_5 cclcx\_6  
cclcx\_7 cclcx\_8 cclcx\_9 cradi\_10 cradi\_1 cradi\_2 cradi\_3 cradi\_4  
cradi\_5 cradi\_6 cradi\_7 cradi\_8 cradi\_9 radio (MISSING=0) .

EXECUTE .

COMPUTE rsb1 = cradi\_1 + cclcx\_1 .

COMPUTE rsb2 = cradi\_2 + cclcx\_3 .

COMPUTE rsb3 = cradi\_3 + cclcx\_4 .

COMPUTE rsb4 = cradi\_4 + cclcx\_5 .

COMPUTE rsb5 = cradi\_5 + cclcx\_6 .

COMPUTE rsb6 = cradi\_6 + cclcx\_7 .

COMPUTE rsb7 = cradi\_7 + cclcx\_8 .

COMPUTE rsb8 = cradi\_8 + cclcx\_9 .

COMPUTE rsb9 = cradi\_9 + cclcx\_10 .

COMPUTE rsb10 = cradi\_10 + cclcx\_2 .

EXECUTE .

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 3) fusion avec banque consultation externe

MATCH FILES /FILE=\*

/RENAME (cclcx\_10 cclcx\_1 cclcx\_2 cclcx\_3 cclcx\_4 cclcx\_5 cclcx\_6

cclcx\_7 cclcx\_8 cclcx\_9 cradi\_10 cradi\_1 cradi\_2 cradi\_3 cradi\_4

cradi\_5 cradi\_6 cradi\_7 cradi\_8 cradi\_9 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9

```

d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Consext5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18
d19.
EXECUTE.

```

\* adjonction aux coûts annuels ceux des consultations en externe

```

RECODE
cclxt ccon1_1 ccon10_1 ccon2_1 ccon3_1 ccon4_1 ccon5_1 ccon6_1 ccon7_1
ccon8_1 ccon9_1 csuiv1_1 csuiv1_2 csuiv2_1 csuiv3_1 csuiv4_1 csuiv5_1
csuiv6_1 csuiv7_1 csuiv8_1 csuiv9_1 cvisext radio rsb1 rsb10 rsb2 rsb3 rsb4
rsb5 rsb6 rsb7 rsb8 rsb9 (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsb1 = rsb1 + ccon1_1 + csuiv1_1 .
COMPUTE rsb2 = rsb2 + ccon2_1 + csuiv2_1 .
COMPUTE rsb3 = rsb3 + ccon3_1 + csuiv3_1 .
COMPUTE rsb4 = rsb4 + ccon4_1 + csuiv4_1 .
COMPUTE rsb5 = rsb5 + ccon5_1 + csuiv5_1 .
COMPUTE rsb6 = rsb6 + ccon6_1 + csuiv6_1 .
COMPUTE rsb7 = rsb7 + ccon7_1 + csuiv7_1 .
COMPUTE rsb8 = rsb8 + ccon8_1 + csuiv8_1 .
COMPUTE rsb9 = rsb9 + ccon9_1 + csuiv9_1 .
COMPUTE rsb10 = rsb10 + ccon10_1 + csuiv1_2 .
EXECUTE .

```

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

```

\* 4) fusion avec banque consultations internes

```

MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (ccon10_1 ccon1_1 ccon2_1 ccon3_1 ccon4_1 ccon5_1 ccon6_1 ccon7_1
ccon8_1 ccon9_1 csuiv1_1 csuiv1_2 csuiv2_1 csuiv3_1 csuiv4_1 csuiv5_1
csuiv6_1 csuiv7_1 csuiv8_1 csuiv9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11
d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Consint5.sav'
/RENAME cvisext=cvisint
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18
d19.
EXECUTE.

```

\* adjonction aux coûts annuels ceux des consultations à l'interne

```

RECODE
cclxt ccon1_1 ccon10_1 ccon2_1 ccon3_1 ccon4_1 ccon5_1 ccon6_1 ccon7_1
ccon8_1 ccon9_1 csuiv1_1 csuiv1_2 csuiv2_1 csuiv3_1 csuiv4_1 csuiv5_1
csuiv6_1 csuiv7_1 csuiv8_1 csuiv9_1 cvisext cvisint radio rsb1 rsb10 rsb2
rsb3 rsb4 rsb5 rsb6 rsb7 rsb8 rsb9 (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsb1 = rsb1 + ccon1_1 + csuiv1_1 .
COMPUTE rsb2 = rsb2 + ccon2_1 + csuiv2_1 .
COMPUTE rsb3 = rsb3 + ccon3_1 + csuiv3_1 .
COMPUTE rsb4 = rsb4 + ccon4_1 + csuiv4_1 .
COMPUTE rsb5 = rsb5 + ccon5_1 + csuiv5_1 .
COMPUTE rsb6 = rsb6 + ccon6_1 + csuiv6_1 .
COMPUTE rsb7 = rsb7 + ccon7_1 + csuiv7_1 .
COMPUTE rsb8 = rsb8 + ccon8_1 + csuiv8_1 .
COMPUTE rsb9 = rsb9 + ccon9_1 + csuiv9_1 .
COMPUTE rsb10 = rsb10 + ccon10_1 + csuiv1_2 .
EXECUTE .

```

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

```

\* 5) adjonction des coûts annuels des prescriptions

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (ccon10_1 ccon1_1 ccon2_1 ccon3_1 ccon4_1 ccon5_1 ccon6_1 ccon7_1
ccon8_1 ccon9_1 csuiv1_1 csuiv1_2 csuiv2_1 csuiv3_1 csuiv4_1 csuiv5_1
csuiv6_1 csuiv7_1 csuiv8_1 csuiv9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11
d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19)
/FILE='C:\usagers\brodeur\reinharz\Medtot.sav'
/RENAME (c89act c90act c91act c92act cout89_1 cout90_1 cout91_1 cout92_1 =
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27)
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27.
EXECUTE.
```

```
RECODE
c93act c94act c95act c96act c97act c98act cclxt cmed89 cmed90 cmed91
cmed92 cmedtot cvisext cvisint radio rsb1 rsb10 rsb2 rsb3 rsb4 rsb5 rsb6
rsb7 rsb8 rsb9 (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsb1 = rsb1 + cmed89 .
COMPUTE rsb2 = rsb2 + cmed90 .
COMPUTE rsb3 = rsb3 + cmed91 .
COMPUTE rsb4 = rsb4 + cmed92 .
COMPUTE rsb5 = rsb5 + c93act .
COMPUTE rsb6 = rsb6 + c94act .
COMPUTE rsb7 = rsb7 + c95act .
COMPUTE rsb8 = rsb8 + c96act .
COMPUTE rsb9 = rsb9 + c97act .
COMPUTE rsb10 = rsb10 + c98act .
EXECUTE .
```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 6) fusion avec banque "soins dentaires"

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (c93act c94act c95act c96act c97act c98act cmed89 cmed90 cmed91
cmed92 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Dent4.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.
```

```
RECODE
cclxt cdent_10 cdentx_1 cdentx_2 cdentx_3 cdentx_4 cdentx_5 cdentx_6
cdentx_7 cdentx_8 cdentx_9 cmedtot cvisext cvisint dent radio rsb1 rsb10
rsb2 rsb3 rsb4 rsb5 rsb6 rsb7 rsb8 rsb9 (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsb1 = rsb1 + cdentx_1 .
COMPUTE rsb2 = rsb2 + cdentx_3 .
COMPUTE rsb3 = rsb3 + cdentx_4 .
COMPUTE rsb4 = rsb4 + cdentx_5 .
COMPUTE rsb5 = rsb5 + cdentx_6 .
COMPUTE rsb6 = rsb6 + cdentx_7 .
COMPUTE rsb7 = rsb7 + cdentx_8 .
COMPUTE rsb8 = rsb8 + cdentx_9 .
COMPUTE rsb9 = rsb9 + cdent_10 .
COMPUTE rsb10 = rsb10 + cdentx_2 .
EXECUTE .
```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 7) adjonction de la banque des examens de laboratoire

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (cdent_10 cdentx_1 cdentx_2 cdentx_3 cdentx_4 cdentx_5 cdentx_6
 cdentx_7 cdentx_8 cdentx_9 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Labo05.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.
```

```
RECODE
cclext clab10_1 clabx1_1 clabx2_1 clabx3_1 clabx4_1 clabx5_1 clabx6_1
 clabx7_1 clabx8_1 clabx9_1 cmedtot cvisext cvisint dent labo radio rsb1
 rsb10 rsb2 rsb3 rsb4 rsb5 rsb6 rsb7 rsb8 rsb9 (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsb1 = rsb1 + clabx1_1 .
COMPUTE rsb2 = rsb2 + clabx2_1 .
COMPUTE rsb3 = rsb3 + clabx3_1 .
COMPUTE rsb4 = rsb4 + clabx4_1 .
COMPUTE rsb5 = rsb5 + clabx5_1 .
COMPUTE rsb6 = rsb6 + clabx6_1 .
COMPUTE rsb7 = rsb7 + clabx7_1 .
COMPUTE rsb8 = rsb8 + clabx8_1 .
COMPUTE rsb9 = rsb9 + clabx9_1 .
COMPUTE rsb10 = rsb10 + clab10_1 .
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.
```

\* 8) adjonction de la banque des interventions médico-chirurgicales

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (clab10_1 clabx1_1 clabx2_1 clabx3_1 clabx4_1 clabx5_1 clabx6_1
 clabx7_1 clabx8_1 clabx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Interv05.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.
```

```
RECODE
cclext cintx1_1 cintx1_2 cintx2_1 cintx3_1 cintx4_1 cintx5_1 cintx6_1
 cintx7_1 cintx8_1 cintx9_1 cmedtot cvisext cvisint dent interv labo radio
 rsb1 rsb10 rsb2 rsb3 rsb4 rsb5 rsb6 rsb7 rsb8 rsb9 (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsb1 = rsb1 + cintx1_1 .
COMPUTE rsb2 = rsb2 + cintx2_1 .
COMPUTE rsb3 = rsb3 + cintx3_1 .
COMPUTE rsb4 = rsb4 + cintx4_1 .
COMPUTE rsb5 = rsb5 + cintx5_1 .
COMPUTE rsb6 = rsb6 + cintx6_1 .
COMPUTE rsb7 = rsb7 + cintx7_1 .
COMPUTE rsb8 = rsb8 + cintx8_1 .
COMPUTE rsb9 = rsb9 + cintx9_1 .
COMPUTE rsb10 = rsb10 + cintx1_2 .
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.
```

\* 9) adjonction de la banque des urgences

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (cintx1_1 cintx1_2 cintx2_1 cintx3_1 cintx4_1 cintx5_1 cintx6_1
 cintx7_1 cintx8_1 cintx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Urgenc5.sav'
```

```

/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.

```

## RECODE

```

cclext cmedtot curgh_10 curghx_1 curghx_2 curghx_3 curghx_4 curghx_5
curghx_6 curghx_7 curghx_8 curghx_9 curgl_10 curglx_1 curglx_2 curglx_3
curglx_4 curglx_5 curglx_6 curglx_7 curglx_8 curglx_9 cvisext cvisint dent
interv labo radio rsb1 rsb10 rsb2 rsb3 rsb4 rsb5 rsb6 rsb7 rsb8 rsb9
urgenchp urgcnlh (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsbs1 = rsb1 + curglx_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsb2 + curglx_3 .
COMPUTE rsbs3 = rsb3 + curglx_4 .
COMPUTE rsbs4 = rsb4 + curglx_5 .
COMPUTE rsbs5 = rsb5 + curglx_6 .
COMPUTE rsbs6 = rsb6 + curglx_7 .
COMPUTE rsbs7 = rsb7 + curglx_8 .
COMPUTE rsbs8 = rsb8 + curglx_9 .
COMPUTE rsbs9 = rsb9 + curgl_10 .
COMPUTE rsbs10 = rsb10 + curglx_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsb1 + curglx_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsb2 + curglx_3 .
COMPUTE rsmx3 = rsb3 + curglx_4 .
COMPUTE rsmx4 = rsb4 + curglx_5 .
COMPUTE rsmx5 = rsb5 + curglx_6 .
COMPUTE rsmx6 = rsb6 + curglx_7 .
COMPUTE rsmx7 = rsb7 + curglx_8 .
COMPUTE rsmx8 = rsb8 + curglx_9 .
COMPUTE rsmx9 = rsb9 + curgl_10 .
COMPUTE rsmx10 = rsb10 + curglx_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsb1 + curghx_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsb2 + curghx_3 .
COMPUTE rsmn3 = rsb3 + curghx_4 .
COMPUTE rsmn4 = rsb4 + curghx_5 .
COMPUTE rsmn5 = rsb5 + curghx_6 .
COMPUTE rsmn6 = rsb6 + curghx_7 .
COMPUTE rsmn7 = rsb7 + curghx_8 .
COMPUTE rsmn8 = rsb8 + curghx_9 .
COMPUTE rsmn9 = rsb9 + curgh_10 .
COMPUTE rsmn10 = rsb10 + curghx_2 .
EXECUTE .

```

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

```

\* 10) adjonction de la banque ergothérapie

```

MATCH FILES /FILE=*

```

```

/RENAME (curgh_10 curghx_1 curghx_2 curghx_3 curghx_4 curghx_5 curghx_6
curghx_7 curghx_8 curghx_9 curgl_10 curglx_1 curglx_2 curglx_3 curglx_4
curglx_5 curglx_6 curglx_7 curglx_8 curglx_9 rsb1 rsb10 rsb2 rsb3 rsb4 rsb5
rsb6 rsb7 rsb8 rsb9 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15
d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Ergo5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29.
EXECUTE.

```

## RECODE

```

cclext cergmax cergmin cergo cmax1_1 cmax10_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1

```



```

cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1 cmax8_1 cmax9_1 cmedtot cmin1_1 cmin10_1 cmin2_1
cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1 cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout1_1 cout10_1
cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1 cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 cvisext
cvisint dent interv labo radio rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6
rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8
rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp
urgendlh (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + cout1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + cout2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + cout3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + cout4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + cout5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + cout6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + cout7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + cout8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + cout9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + cout10_1 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + cmax1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + cmax2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + cmax3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + cmax4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + cmax5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + cmax6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + cmax7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + cmax8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + cmax9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + cmax10_1 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + cmin1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + cmin2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + cmin3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + cmin4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + cmin5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + cmin6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + cmin7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + cmin8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + cmin9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + cmin10_1 .
EXECUTE .

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 11) adjonction de la banque physiothérapie

```

MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (cmax10_1 cmax1_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1
cmax8_1 cmax9_1 cmin10_1 cmin1_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1
cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout10_1 cout1_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1
cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12
d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Physio5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29.
EXECUTE.

```

RECODE

```

cclxt cergmax cergmin cergo cmax1_1 cmax10_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1
cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1 cmax8_1 cmax9_1 cmedtot cmin1_1 cmin10_1 cmin2_1
cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1 cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout1_1 cout10_1

```

```

cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1 cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 cphymax
cphymin cphysio cvisext cvisint dent interv labo radio rsbs1 rsbs10 rsbs2
rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4
rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6
rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + cout1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + cout2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + cout3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + cout4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + cout5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + cout6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + cout7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + cout8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + cout9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + cout10_1 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + cmax1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + cmax2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + cmax3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + cmax4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + cmax5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + cmax6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + cmax7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + cmax8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + cmax9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + cmax10_1 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + cmin1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + cmin2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + cmin3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + cmin4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + cmin5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + cmin6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + cmin7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + cmin8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + cmin9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + cmin10_1 .
EXECUTE .

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 12) adjonction de la banque services de réadaptation

```

MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (cmax10_1 cmax1_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1
cmax8_1 cmax9_1 cmin10_1 cmin1_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1
cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout10_1 cout1_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1
cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12
d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Readapt5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29.
EXECUTE.

```

RECODE

```

cclext cergmax cergmin cergo cmax1_1 cmax10_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1
cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1 cmax8_1 cmax9_1 cmedtot cmin1_1 cmin10_1 cmin2_1
cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1 cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout1_1 cout10_1
cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1 cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 cphymax
cphymin cphysio cread creamax creamin cvisext cvisint dent interv labo radio

```

```
rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10
rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3
rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + cout1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + cout2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + cout3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + cout4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + cout5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + cout6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + cout7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + cout8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + cout9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + cout10_1 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + cmax1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + cmax2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + cmax3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + cmax4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + cmax5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + cmax6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + cmax7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + cmax8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + cmax9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + cmax10_1 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + cmin1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + cmin2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + cmin3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + cmin4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + cmin5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + cmin6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + cmin7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + cmin8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + cmin9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + cmin10_1 .
EXECUTE .
```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 13) adjonction de la banque éducation physique

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (cmax10_1 cmax1_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1
cmax8_1 cmax9_1 cmin10_1 cmin1_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1
cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout10_1 cout1_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1
cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12
d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Edphys5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29.
EXECUTE.
```

RECODE

```
cclext cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo cmax1_1 cmax10_1
cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1 cmax8_1 cmax9_1 cmedtot
cmin1_1 cmin10_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1 cmin7_1 cmin8_1
cmin9_1 cout1_1 cout10_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1 cout6_1 cout7_1
cout8_1 cout9_1 cphymax cphymin cphysio cread creamax creamin cvisext
cvisint dent interv labo radio rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6
rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8
```

```
rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp
urgenclh (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + cout1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + cout2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + cout3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + cout4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + cout5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + cout6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + cout7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + cout8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + cout9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + cout10_1 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + cmax1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + cmax2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + cmax3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + cmax4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + cmax5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + cmax6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + cmax7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + cmax8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + cmax9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + cmax10_1 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + cmin1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + cmin2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + cmin3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + cmin4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + cmin5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + cmin6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + cmin7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + cmin8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + cmin9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + cmin10_1 .
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.
```

\* 14) adjonction de la banque travail social

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (cmax10_1 cmax1_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1
cmax8_1 cmax9_1 cmin10_1 cmin1_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1
cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout10_1 cout1_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1
cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12
d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Ts5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29.
EXECUTE.
```

```
RECODE
cclxt cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo cmax1_1 cmax10_1
cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1 cmax8_1 cmax9_1 cmedtot
cmin1_1 cmin10_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1 cmin7_1 cmin8_1
cmin9_1 cout1_1 cout10_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1 cout6_1 cout7_1
cout8_1 cout9_1 cphymax cphymmin cphysio cread creamax creamin cts ctsmax
ctsmn cvisext cvisint dent interv labo radio rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4
rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6
rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8
```

```
rsmx9 urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + cout1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + cout2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + cout3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + cout4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + cout5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + cout6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + cout7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + cout8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + cout9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + cout10_1 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + cmax1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + cmax2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + cmax3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + cmax4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + cmax5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + cmax6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + cmax7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + cmax8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + cmax9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + cmax10_1 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + cmin1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + cmin2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + cmin3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + cmin4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + cmin5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + cmin6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + cmin7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + cmin8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + cmin9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + cmin10_1 .
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.
```

\* 15) adjonction de la banque nutrition clinique

```
MATCH FILES /FILE=*
```

```
/RENAME (cmax10_1 cmax1_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1
cmax8_1 cmax9_1 cmin10_1 cmin1_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1
cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout10_1 cout1_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1
cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12
d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\nutr5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29.
EXECUTE.
```

```
RECODE
```

```
cclext cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo cmax1_1 cmax10_1
cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1 cmax8_1 cmax9_1 cmedtot
cmin1_1 cmin10_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1 cmin7_1 cmin8_1
cmin9_1 cnutr cnutrmax cnutrmin cout1_1 cout10_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1
cout5_1 cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 cphymax cphymin cphysio cread
creamax creamin cts ctsmax ctsmin cvisext cvisint dent interv labo radio
rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10
rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3
rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
```

EXECUTE .

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + cout1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + cout2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + cout3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + cout4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + cout5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + cout6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + cout7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + cout8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + cout9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + cout10_1 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + cmax1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + cmax2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + cmax3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + cmax4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + cmax5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + cmax6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + cmax7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + cmax8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + cmax9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + cmax10_1 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + cmin1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + cmin2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + cmin3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + cmin4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + cmin5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + cmin6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + cmin7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + cmin8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + cmin9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + cmin10_1 .
EXECUTE .

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 16) adjonction de la banque des autres professionnels

MATCH FILES /FILE=\*

```

/RENAME (cmax10_1 cmax1_1 cmax2_1 cmax3_1 cmax4_1 cmax5_1 cmax6_1 cmax7_1
cmax8_1 cmax9_1 cmin10_1 cmin1_1 cmin2_1 cmin3_1 cmin4_1 cmin5_1 cmin6_1
cmin7_1 cmin8_1 cmin9_1 cout10_1 cout1_1 cout2_1 cout3_1 cout4_1 cout5_1
cout6_1 cout7_1 cout8_1 cout9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12
d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Prof5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29.
EXECUTE.

```

RECODE

```

cclext cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo cinha_10 cinhal
cinhalma cinhalmi cinhax_1 cinhax_2 cinhax_3 cinhax_4 cinhax_5 cinhax_6
cinhax_7 cinhax_8 cinhax_9 cinma_10 cinmax_1 cinmax_2 cinmax_3 cinmax_4
cinmax_5 cinmax_6 cinmax_7 cinmax_8 cinmax_9 cinmi_10 cinmix_1 cinmix_2
cinmix_3 cinmix_4 cinmix_5 cinmix_6 cinmix_7 cinmix_8 cinmix_9 cmedtot cnutr
cnutmax cnutrmin cpedag cpedamin cpedm_10 cpedmx_1 cpedmx_2 cpedmx_3
cpedmx_4 cpedmx_5 cpedmx_6 cpedmx_7 cpedmx_8 cpedmx_9 cpedx1_1 cpedx1_2
cpedx2_1 cpedx3_1 cpedx4_1 cpedx5_1 cpedx6_1 cpedx7_1 cpedx8_1 cpedx9_1
cphymax cphymin cphysio cpodiatr cpodmax cpodmin cpodx1_1 cpodx1_2 cpodx2_1
cpodx3_1 cpodx4_1 cpodx5_1 cpodx6_1 cpodx7_1 cpodx8_1 cpodx9_1 cpoma_10

```

```

cpomax_1 cpomax_2 cpomax_3 cpomax_4 cpomax_5 cpomax_6 cpomax_7 cpomax_8
cpomax_9 cpomi_10 cpomix_1 cpomix_2 cpomix_3 cpomix_4 cpomix_5 cpomix_6
cpomix_7 cpomix_8 cpomix_9 cpsmx1_1 cpsmx1_2 cpsmx2_1 cpsmx3_1 cpsmx4_1
cpsmx5_1 cpsmx6_1 cpsmx7_1 cpsmx8_1 cpsmx9_1 cpsx1_1 cpsx10_1 cpsx2_1
cpsx3_1 cpsx4_1 cpsx5_1 cpsx6_1 cpsx7_1 cpsx8_1 cpsx9_1 cpsycho1 cpsyg_10
cpsyger cpsygy_1 cpsygy_2 cpsygy_3 cpsygy_4 cpsygy_5 cpsygy_6 cpsygy_7
cpsygy_8 cpsygy_9 cpsymin cread creamax creamin cts ctsmax ctsmin curgence
curgx1_1 curgx1_2 curgx2_1 curgx3_1 curgx4_1 curgx5_1 curgx6_1 curgx7_1
curgx8_1 curgx9_1 cvisext cvisint cvisp_10 cvispsy cvispx_1 cvispx_2
cvispx_3 cvispx_4 cvispx_5 cvispx_6 cvispx_7 cvispx_8 cvispx_9 dent interv
labo radio rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9
rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10
rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp urgenclh
(MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + cinhax_1 + cpedx1_1 + cpodx1_1 + cpsx1_1 + cpsygy_1 +
curgx1_1 + cvispx_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + cinhax_3 + cpedx2_1 + cpodx2_1 + cpsx2_1 + cpsygy_3 +
curgx2_1 + cvispx_3 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + cinhax_4 + cpedx3_1 + cpodx3_1 + cpsx3_1 + cpsygy_4 +
curgx3_1 + cvispx_4 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + cinhax_5 + cpedx4_1 + cpodx4_1 + cpsx4_1 + cpsygy_5 +
curgx4_1 + cvispx_5 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + cinhax_6 + cpedx5_1 + cpodx5_1 + cpsx5_1 + cpsygy_6 +
curgx5_1 + cvispx_6 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + cinhax_7 + cpedx6_1 + cpodx6_1 + cpsx6_1 + cpsygy_7 +
curgx6_1 + cvispx_7 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + cinhax_8 + cpedx7_1 + cpodx7_1 + cpsx7_1 + cpsygy_8 +
curgx7_1 + cvispx_8 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + cinhax_9 + cpedx8_1 + cpodx8_1 + cpsx8_1 + cpsygy_9 +
curgx8_1 + cvispx_9 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + cinha_10 + cpedx9_1 + cpodx9_1 + cpsx9_1 + cpsyg_10 +
curgx9_1 + cvisp_10 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + cinhax_2 + cpedx1_2 + cpodx1_2 + cpsx10_1 + cpsygy_2 +
curgx1_2 + cvispx_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + cinmax_1 + cpedx1_1 + cpomax_1 + cpsx1_1 + cpsygy_1 +
curgx1_1 + cvispx_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + cinmax_3 + cpedx2_1 + cpomax_3 + cpsx2_1 + cpsygy_3 +
curgx2_1 + cvispx_3 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + cinmax_4 + cpedx3_1 + cpomax_4 + cpsx3_1 + cpsygy_4 +
curgx3_1 + cvispx_4 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + cinmax_5 + cpedx4_1 + cpomax_5 + cpsx4_1 + cpsygy_5 +
curgx4_1 + cvispx_5 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + cinmax_6 + cpedx5_1 + cpomax_6 + cpsx5_1 + cpsygy_6 +
curgx5_1 + cvispx_6 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + cinmax_7 + cpedx6_1 + cpomax_7 + cpsx6_1 + cpsygy_7 +
curgx6_1 + cvispx_7 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + cinmax_8 + cpedx7_1 + cpomax_8 + cpsx7_1 + cpsygy_8 +
curgx7_1 + cvispx_8 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + cinmax_9 + cpedx8_1 + cpomax_9 + cpsx8_1 + cpsygy_9 +
curgx8_1 + cvispx_9 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + cinma_10 + cpedx9_1 + cpoma_10 + cpsx9_1 + cpsyg_10 +
curgx9_1 + cvisp_10 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + cinmax_2 + cpedx1_2 + cpomax_2 + cpsx10_1 + cpsygy_2 +
curgx1_2 + cvispx_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + cinmix_1 + cpedmx_1 + cpomix_1 + cpsmx1_1 + cpsygy_1 +
curgx1_1 + cvispx_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + cinmix_3 + cpedmx_3 + cpomix_3 + cpsmx2_1 + cpsygy_3 +
curgx2_1 + cvispx_3 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + cinmix_4 + cpedmx_4 + cpomix_4 + cpsmx3_1 + cpsygy_4 +
curgx3_1 + cvispx_4 .

```

```

COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + cinmix_5 + cpedmx_5 + cpomix_5 + cpsmx4_1 + cpsygz_5
+ curgx4_1 + cvispx_5 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + cinmix_6 + cpedmx_6 + cpomix_6 + cpsmx5_1 + cpsygz_6
+ curgx5_1 + cvispx_6 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + cinmix_7 + cpedmx_7 + cpomix_7 + cpsmx6_1 + cpsygz_7
+ curgx6_1 + cvispx_7 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + cinmix_8 + cpedmx_8 + cpomix_8 + cpsmx7_1 + cpsygz_8
+ curgx7_1 + cvispx_8 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + cinmix_9 + cpedmx_9 + cpomix_9 + cpsmx8_1 + cpsygz_9
+ curgx8_1 + cvispx_9 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + cinmi_10 + cpedm_10 + cpomi_10 + cpsmx9_1 + cpsygz_10
+ curgx9_1 + cvispx_10 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + cinmix_2 + cpedmx_2 + cpomix_2 + cpsmx1_2 + cpsygz_2
+ curgx1_2 + cvispx_2 .
EXECUTE .

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 17) hébergement

MATCH FILES /FILE=\*

```

/RENAME (cinha_10 cinhax_1 cinhax_2 cinhax_3 cinhax_4 cinhax_5 cinhax_6
cinhax_7 cinhax_8 cinhax_9 cinma_10 cinmax_1 cinmax_2 cinmax_3 cinmax_4
cinmax_5 cinmax_6 cinmax_7 cinmax_8 cinmax_9 cinmi_10 cinmix_1 cinmix_2
cinmix_3 cinmix_4 cinmix_5 cinmix_6 cinmix_7 cinmix_8 cinmix_9 cpedm_10
cpedmx_1 cpedmx_2 cpedmx_3 cpedmx_4 cpedmx_5 cpedmx_6 cpedmx_7 cpedmx_8
cpedmx_9 cpedx1_1 cpedx2_1 cpedx3_1 cpedx4_1 cpedx5_1 cpedx6_1
cpedx7_1 cpedx8_1 cpedx9_1 cpodx1_1 cpodx2_1 cpodx3_1 cpodx4_1
cpodx5_1 cpodx6_1 cpodx7_1 cpodx8_1 cpodx9_1 cpoma_10 cpomax_1 cpomax_2
cpomax_3 cpomax_4 cpomax_5 cpomax_6 cpomax_7 cpomax_8 cpomax_9 cpomi_10
cpomix_1 cpomix_2 cpomix_3 cpomix_4 cpomix_5 cpomix_6 cpomix_7 cpomix_8
cpomix_9 cpsmx1_1 cpsmx2_1 cpsmx3_1 cpsmx4_1 cpsmx5_1 cpsmx6_1
cpsmx7_1 cpsmx8_1 cpsmx9_1 cpsx10_1 cpsx1_1 cpsx2_1 cpsx3_1 cpsx4_1 cpsx5_1
cpsx6_1 cpsx7_1 cpsx8_1 cpsx9_1 cpsyg_10 cpsygz_1 cpsygz_2 cpsygz_3 cpsygz_4
cpsygz_5 cpsygz_6 cpsygz_7
cpsygz_8 cpsygz_9 curgx1_1 curgx2_1 curgx3_1 curgx4_1 curgx5_1
curgx6_1 curgx7_1 curgx8_1 curgx9_1 cvisp_10 cvispx_1 cvispx_2 cvispx_3
cvispx_4 cvispx_5 cvispx_6 cvispx_7 cvispx_8 cvispx_9 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6
d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26
d27 d28 d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37 d38 d39 d40 d41 d42 d43 d44 d45
d46 d47 d48 d49 d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57 d58 d59 d60 d61 d62 d63 d64
d65 d66 d67 d68 d69 d70 d71 d72 d73 d74 d75 d76 d77 d78 d79 d80 d81 d82 d83
d84 d85 d86 d87 d88 d89 d90 d91 d92 d93 d94 d95 d96 d97 d98 d99 d100 d101
d102 d103 d104 d105 d106 d107 d108 d109 d110 d111 d112 d113 d114 d115 d116
d117 d118 d119 d120 d121 d122 d123 d124 d125 d126 d127 d128 d129)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Re05imib.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37 d38
d39 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48
d49 d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57 d58 d59 d60 d61 d62 d63 d64 d65 d66 d67
d68 d69 d70 d71 d72 d73 d74 d75 d76 d77 d78 d79 d80 d81 d82 d83 d84 d85 d86
d87 d88 d89 d90 d91 d92 d93 d94 d95 d96 d97 d98 d99 d100 d101 d102 d103 d104
d105 d106 d107 d108 d109 d110 d111 d112 d113 d114 d115 d116 d117 d118 d119
d120 d121 d122 d123 d124 d125 d126 d127 d128 d129.
EXECUTE .

```

RECODE

```

cclext cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsdex_1 chsldimi
chsld_1 chsld_2 chsld_3 chsld_4 chsld_5 chsld_6 chsld_7 chsld_8
chsld_9 cinhal cinhalma cinhalmi cmedtot cnufr cnufrmax cnufrmin comimi
cpedag cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiater cpodmax cpodmin cpsychol
cpsyger cpsymin cread creamax creamin cres1_1 cres10_1 cres2_1 cres3_1
cres4_1 cres5_1 cres6_1 cres7_1 cres8_1 cres9_1 cresc1_1 cresc1_2 cresc2_1
cresc3_1 cresc4_1 cresc5_1 cresc6_1 cresc7_1 cresc8_1 cresc9_1 cresp_10
crespa_1 crespa_2 crespa_3 crespa_4 crespa_5 crespa_6 crespa_7 crespa_8

```



```

crespa_9 cresr_10 cresre_1 cresre_2 cresre_3 cresre_4 cresre_5 cresre_6
cresre_7 cresre_8 cresre_9 cts ctsmax ctsmin curgence cvisext cvisint
cvispsy dent hebimi interv labo patimi radio resimi hopimi rsbs1 rsbs10
rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3
rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5
rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 unlhx1_1 unlhx1_2 unlhx2_1 unlhx3_1 unlhx4_1
unlhx5_1 unlhx6_1 unlhx7_1 unlhx8_1 unlhx9_1 urgenchp urgencih (MISSING=0)

```

```
EXECUTE .
```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + unlhx1_1 + chslide_1 + cresc1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + unlhx2_1 + chslide_2 + cresc2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + unlhx3_1 + chslide_3 + cresc3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + unlhx4_1 + chslide_4 + cresc4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + unlhx5_1 + chslide_5 + cresc5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + unlhx6_1 + chslide_6 + cresc6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + unlhx7_1 + chslide_7 + cresc7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + unlhx8_1 + chslide_8 + cresc8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + unlhx9_1 + chslide_9 + cresc9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + unlhx1_2 + chslide_1 + cresc1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + unlhx1_1 + chslide_1 + cresc1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + unlhx2_1 + chslide_2 + cresc2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + unlhx3_1 + chslide_3 + cresc3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + unlhx4_1 + chslide_4 + cresc4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + unlhx5_1 + chslide_5 + cresc5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + unlhx6_1 + chslide_6 + cresc6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + unlhx7_1 + chslide_7 + cresc7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + unlhx8_1 + chslide_8 + cresc8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + unlhx9_1 + chslide_9 + cresc9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + unlhx1_2 + chslide_1 + cresc1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + unlhx1_1 + chslide_1 + cresc1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + unlhx2_1 + chslide_2 + cresc2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + unlhx3_1 + chslide_3 + cresc3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + unlhx4_1 + chslide_4 + cresc4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + unlhx5_1 + chslide_5 + cresc5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + unlhx6_1 + chslide_6 + cresc6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + unlhx7_1 + chslide_7 + cresc7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + unlhx8_1 + chslide_8 + cresc8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + unlhx9_1 + chslide_9 + cresc9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + unlhx1_2 + chslide_1 + cresc1_2 .
EXECUTE .

```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.
```

\* 18) soins dentaires à l'extérieur

```
MATCH FILES /FILE=*
```

```

/RENAME (chsdex_1 chslide_1 chslide_2 chslide_3 chslide_4 chslide_5 chslide_6
chslide_7 chslide_8 chslide_9 cres10_1 cres1_1 cres2_1 cres3_1 cres4_1 cres5_1
cres6_1 cres7_1 cres8_1 cres9_1 cresc1_1 cresc1_2 cresc2_1 cresc3_1 cresc4_1
cresc5_1 cresc6_1 cresc7_1 cresc8_1 cresc9_1 cresr_10 cresre_1 cresre_2
cresre_3 cresre_4 cresre_5 cresre_6 cresre_7 cresre_8 cresre_9 unlhx1_1
unlhx1_2 unlhx2_1 unlhx3_1 unlhx4_1 unlhx5_1 unlhx6_1 unlhx7_1 unlhx8_1
unlhx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18
d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37
d38 d39 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48 d49)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Denramq5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37 d38
d39 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48 d49.

```

EXECUTE.

RECODE

```
cclxct cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsldimi cinhal
cinhalma cinhalmi cmedtot cnutr cnutrmax cnutrmin comimi coutx1_1 coutx1_2
coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1 coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1
cpedag cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiatr cpodmax cpodmin cpsychol
cpsyger cpsymin cread creamax creamin cresp_10 cresp_1 cresp_2 cresp_3
cresp_4 cresp_5 cresp_6 cresp_7 cresp_8 cresp_9 cts ctsmax ctsmin
curgence cvisex1 cvisint cvispsy denramt dent hebimi hopimi interv labo
patimi radio resimi rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8
rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1
rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp urgench
(MISSING=0) .
```

EXECUTE .

```
COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 19) médicaments remboursés par la RAMQ

MATCH FILES /FILE=\*

```
/RENAME (coutx1_1 coutx1_2 coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1
coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Medramq5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.
```

RECODE

```

cclxt cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsldimi cinhal
cinhalma cinhalmi cmedtot cnutr cnutrmax cnutrmin comimi coutx1_1 coutx1_2
coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1 coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1
cpedag cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiatr cpodmax cpodmin cpsychol
cpsyger cpsymin cread creamax creamin cresp_10 cresp_1 cresp_2 cresp_3
cresp_4 cresp_5 cresp_6 cresp_7 cresp_8 cresp_9 cts ctsmax ctsmin
curgence cvisext cvisint cvispsy denramt dent hebimi hopimi interv labo
medramt patimi radio resimi rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5 rsbs6 rsbs7
rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7 rsmn8 rsmn9
rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9 urgenchp
urgench (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + coutx1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + coutx1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + coutx1_2 .
EXECUTE .

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 20) consultations auprès d'omnipraticiens rémunérés à l'acte

```

MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (coutx1_1 coutx1_2 coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1
coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Omniram5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.

```

RECODE

```

cclxt cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsldimi cinhal
cinhalma cinhalmi cmedtot cnutr cnutrmax cnutrmin comimi coutx1_1 coutx1_2
coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1 coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1
cpedag cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiatr cpodmax cpodmin cpsychol

```

```

cpsyger cpsymin cread creamax creamin cresp_10 cresp_1 cresp_2 cresp_3
cresp_4 cresp_5 cresp_6 cresp_7 cresp_8 cresp_9 cts ctsmax ctsmin
curgence cvisext cvisint cvispsy denramt dent hebimi hopimi interv labo
medramt omniramt patimi radio resimi rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5
rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7
rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9
urgenchp urgcnlh (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + coutx1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + coutx1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + coutx1_2 .
EXECUTE .

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 21) consultations auprès des psychiatres rémunérés à l'acte

```

MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (coutx1_1 coutx1_2 coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1
coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Psyramq5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE .

```

RECODE

```

cclect cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsldimi cinhal
cinhalma cinhalmi cmedtot cnutr cnutrmax cnutrmin comimi coutx1_1 coutx1_2
coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1 coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1
cpedag cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiatr cpodmax cpodmin cpsychol
cpsyger cpsymin cread creamax creamin cresp_10 cresp_1 cresp_2 cresp_3
cresp_4 cresp_5 cresp_6 cresp_7 cresp_8 cresp_9 cts ctsmax ctsmin
curgence cvisext cvisint cvispsy denramt dent hebimi hopimi interv labo

```

```
medramt omniramt patimi psyramt radio resimi rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4
rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6
rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8
rsmx9 urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.
```

\* 22) consultations auprès de spécialistes après la sortie

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (coutx1_1 coutx1_2 coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1
coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\Speramq5.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.
```

```
RECODE
```

```
cclext cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsldimi cinhal
cinhalma cinhalmi cmedtot cnutr cnutrmax cnutrmin comimi coutx1_1 coutx1_2
coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1 coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1
cpedag cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiatr cpodmax cpodmin cpsychol
cpsyger cpsymin cread creamax creamin cresp_10 cresp_1 cresp_2 cresp_3
cresp_4 cresp_5 cresp_6 cresp_7 cresp_8 cresp_9 cts ctsmax ctsmin
curgence cvisext cvisint cvispsy denramt dent hebimi hopimi interv labo
medramt omniramt patimi psyramt radio resimi rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4
rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6
rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8
rsmx9 speramqt urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
```

EXECUTE .

```
COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + coutx1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + coutx2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + coutx3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + coutx4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + coutx5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + coutx6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + coutx7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + coutx8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + coutx9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + coutx1_2 .
EXECUTE .
```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 23) consultations avec omnipraticiens non rémunérés à l'acte

```
MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (coutx1_1 coutx1_2 coutx2_1 coutx3_1 coutx4_1 coutx5_1 coutx6_1
coutx7_1 coutx8_1 coutx9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\omnisal6.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.
```

RECODE

```
cclxt cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsldimi cinhal
cinhalma cinhalmi cmedtot cnutr cnutrmax cnutrmin comimi comni cpedag
cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiater cpodmax cpodmin cpsychol cpsyger
cpsymin cread creamax creamin cresp_10 cresa_1 cresa_2 cresa_3 cresa_4
cresa_5 cresa_6 cresa_7 cresa_8 cresa_9 cts ctsmax ctsmin curgence
cvisext cvisint cvispsy denramt dent hebimi hopimi interv labo medramt
omniramt patimi psyramt radio resimi rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4 rsbs5
rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6 rsmn7
rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8 rsmx9
speramqt unlhx1_1 unlhx1_2 unlhx2_1 unlhx3_1 unlhx4_1 unlhx5_1 unlhx6_1
unlhx7_1 unlhx8_1 unlhx9_1 urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
EXECUTE .
```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + unlh1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + unlh2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + unlh3_1 .
COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + unlh4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + unlh5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + unlh6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + unlh7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + unlh8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + unlh9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + unlh1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + unlh1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + unlh2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + unlh3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + unlh4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + unlh5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + unlh6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + unlh7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + unlh8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + unlh9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + unlh1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + unlh1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + unlh2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + unlh3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + unlh4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + unlh5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + unlh6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + unlh7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + unlh8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + unlh9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + unlh1_2 .
EXECUTE .

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

\* 24) consultation avec psychiatres non rémunérés à l'acte

```

MATCH FILES /FILE=*
/RENAME (unlh1_1 unlh1_2 unlh2_1 unlh3_1 unlh4_1 unlh5_1 unlh6_1
unlh7_1 unlh8_1 unlh9_1 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\psysal6.sav'
/BY dossier
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9.
EXECUTE.

```

#### RECODE

```

cclext cedphmax cedphmin cedphy cergmax cergmin cergo chsldimi cinhal
cinhalma cinhalmi cmedtot cnutr cnutrmax cnutrmin comimi comni cpedag
cpedamin cphymax cphymin cphysio cpodiatr cpodmax cpodmin cpsy cpsychol
cpsyger cpsymin cread creamax creamin cresp_10 cresa_1 cresa_2 cresa_3
cresa_4 cresa_5 cresa_6 cresa_7 cresa_8 cresa_9 cts ctsmax ctsmin
curgence cvisext cvisint cvispsy denramt dent hebimi hopimi interv labo
medramt omniramt patimi psyramt radio resimi rsbs1 rsbs10 rsbs2 rsbs3 rsbs4
rsbs5 rsbs6 rsbs7 rsbs8 rsbs9 rsmn1 rsmn10 rsmn2 rsmn3 rsmn4 rsmn5 rsmn6
rsmn7 rsmn8 rsmn9 rsmx1 rsmx10 rsmx2 rsmx3 rsmx4 rsmx5 rsmx6 rsmx7 rsmx8
rsmx9 speramqt unlh1_1 unlh1_2 unlh2_1 unlh3_1 unlh4_1 unlh5_1
unlh6_1 unlh7_1 unlh8_1 unlh9_1 urgenchp urgenclh (MISSING=0) .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsbs1 = rsbs1 + unlh1_1 .
COMPUTE rsbs2 = rsbs2 + unlh2_1 .
COMPUTE rsbs3 = rsbs3 + unlh3_1 .

```

```

COMPUTE rsbs4 = rsbs4 + unlh4_1 .
COMPUTE rsbs5 = rsbs5 + unlh5_1 .
COMPUTE rsbs6 = rsbs6 + unlh6_1 .
COMPUTE rsbs7 = rsbs7 + unlh7_1 .
COMPUTE rsbs8 = rsbs8 + unlh8_1 .
COMPUTE rsbs9 = rsbs9 + unlh9_1 .
COMPUTE rsbs10 = rsbs10 + unlh1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmx1 = rsmx1 + unlh1_1 .
COMPUTE rsmx2 = rsmx2 + unlh2_1 .
COMPUTE rsmx3 = rsmx3 + unlh3_1 .
COMPUTE rsmx4 = rsmx4 + unlh4_1 .
COMPUTE rsmx5 = rsmx5 + unlh5_1 .
COMPUTE rsmx6 = rsmx6 + unlh6_1 .
COMPUTE rsmx7 = rsmx7 + unlh7_1 .
COMPUTE rsmx8 = rsmx8 + unlh8_1 .
COMPUTE rsmx9 = rsmx9 + unlh9_1 .
COMPUTE rsmx10 = rsmx10 + unlh1_2 .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE rsmn1 = rsmn1 + unlh1_1 .
COMPUTE rsmn2 = rsmn2 + unlh2_1 .
COMPUTE rsmn3 = rsmn3 + unlh3_1 .
COMPUTE rsmn4 = rsmn4 + unlh4_1 .
COMPUTE rsmn5 = rsmn5 + unlh5_1 .
COMPUTE rsmn6 = rsmn6 + unlh6_1 .
COMPUTE rsmn7 = rsmn7 + unlh7_1 .
COMPUTE rsmn8 = rsmn8 + unlh8_1 .
COMPUTE rsmn9 = rsmn9 + unlh9_1 .
COMPUTE rsmn10 = rsmn10 + unlh1_2 .
EXECUTE .

```

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\COUT1.SAV'.

```

```

* grands totaux

```

```

COMPUTE totrsbs = rsbs1 + rsbs2 + rsbs3 + rsbs4 + rsbs5 + rsbs6 + rsbs7 +
rsbs8 + rsbs9 + rsbs10 .
VARIABLE LABELS totrsbs 'coût total pour le réseau, valeurs de base' .

```

```

EXECUTE .
COMPUTE totrsmx = rsmx1 + rsmx2 + rsmx3 + rsmx4 + rsmx5 + rsmx6 + rsmx7 +
rsmx8 + rsmx9 + rsmx10 .
VARIABLE LABELS totrsmx 'total des coûts pour le réseau, valeurs maximales' .

```

```

EXECUTE .
COMPUTE totrsmn = rsmn1 + rsmn2 + rsmn3 + rsmn4 + rsmn5 + rsmn6 + rsmn7 +
rsmn8 + rsmn9 + rsmn10 .
VARIABLE LABELS totrsmn 'total des coûts pour le réseau, valeurs minimales' .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE totbs = totrsbs + cresp_1 + cresp_10 + cresp_2 + cresp_3 +
cresp_4 + cresp_5 + cresp_6 + cresp_7 + cresp_8 + cresp_9 .
VARIABLE LABELS totrsbs 'coût total, valeurs de base' .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE totmx = totrsmx + cresp_1 + cresp_10 + cresp_2 + cresp_3 +
cresp_4 + cresp_5 + cresp_6 + cresp_7 + cresp_8 + cresp_9 .
VARIABLE LABELS totrsbs 'coût total, valeurs maximales' .
EXECUTE .

```

```

COMPUTE totmn = totrsmn + cresp_1 + cresp_10 + cresp_2 + cresp_3 +
cresp_4 + cresp_5 + cresp_6 + cresp_7 + cresp_8 + cresp_9 .
VARIABLE LABELS totrsbs 'coût total, valeurs minimales' .
EXECUTE .

```



SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\CTOTMIN.SAV'.

## ANNEXE 7

### VARIABLES DE L'ETUDE

## CAHIER DE DOCUMENTATION SUR LES VARIABLES

### VARIABLES DEPENDANTES

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
ILSS <ul style="list-style-type: none"> <li>• activités domestique (actdom1)</li> <li>• alimentation (alim1)</li> <li>• gestion du budget (budg1)</li> <li>• hygiène (hyg1)</li> <li>• loisir (loisir1)</li> <li>• santé (santé1)</li> <li>• moyens de transports (transp1)</li> </ul>	Scores de 0 à 4, 0 étant le moins souhaitable	questionnaire ILSS rempli par intervenant
QOL-BECKER <ul style="list-style-type: none"> <li>• occupation (O)</li> <li>• bien-être psychologique (P)</li> <li>• symptômes psychiatriques (S)</li> <li>• santé physique (H)</li> <li>• relation sociale (R)</li> <li>• satisfaction argent (M)</li> <li>• activités quotidiennes (A)</li> <li>• QDV non pondéré (qol)</li> <li>• QDV pondéré (wqol)</li> </ul>	score en général de -3 à 3, -3 étant le moins souhaitable Le codage de la question 22, q1, 2 et 3, a été transformé sur une échelle de 1 à 10 pour la rendre concordant avec l'algorithme d'analyse de la dernière version du questionnaire	questionnaire Becker, version intervenant, rempli par intervenant

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
GNY <ul style="list-style-type: none"> <li>• niveau de soin (care10)</li> <li>• dépressif (dep)</li> <li>• délinquance (hab)</li> <li>• hostilité (hos)</li> <li>• hygiène (nea)</li> <li>• sens de l'orientation (ori)</li> <li>• niveau de soins physiques (plc)</li> <li>• symptômes psychotiques (psy)</li> <li>• niveau de soins psychiatrique (psych)</li> <li>• facteurs négatifs (psyneg)</li> <li>• facteurs positifs (psypos)</li> <li>• besoin de sécurité (secure)</li> <li>• initiative personnelle (sel)</li> <li>• sociabilité (soc)</li> <li>• niveau de soins médicaux (medlev)</li> <li>• soins infirm. requis (skilnu)</li> <li>• habilités de soins quotidiens (selfca)</li> <li>• habilités dans actes communautaires (comact)</li> <li>• indépendance (comind)</li> </ul>	étendue (valeur la plus souhaitable) <ul style="list-style-type: none"> <li>• care10: 1-10 (1)</li> <li>• dep: 1-5 (1)</li> <li>• hab: 1-5 (1)</li> <li>• hos: 1-5 (1)</li> <li>• nea: 1-5 (5)</li> <li>• ori: 1-5 (5)</li> <li>• plc: 1-4 (1)</li> <li>• psy: 1-5 (1)</li> <li>• psych: 1-3 (1= C, 2=réhadapt; 3=SI)</li> <li>• psyneg: 1-5 (1)</li> <li>• psypos: 1-5 (1)</li> <li>• secure: 1-3 (1)</li> <li>• sel: 1-5 (5)</li> <li>• soc: 1-5 (5)</li> <li>• medlev: 1-4 (1)</li> <li>• skilnu: 1-3 (1)</li> <li>• selfca: 1-6 (1)</li> <li>• comact: 1-5 (1)</li> <li>• comind: 1-2 (1)</li> </ul>	questionnaire GNY rempli par intervenants pour le temps 2 banque GNY des patients de l'hôpital de 1988 pour le temps 1
GNY: $t_2 - t_1$ les variables précédantes sont utilisées pour créer une nouvelle variable "différentielle"	score différentiel	questionnaire GNY rempli par intervenant, ainsi que banque GNY des patients hospitalisés en 1989.

## MESURE DES BESOINS

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
NFCAS	données brutes entrées	panel

## VARIABLES INDEPENDANTES

### 1) VARIABLES DEMOGRAPHIQUES

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• date de naissance (naiss)</li> <li>• âge &gt;&lt; 65 ans au cours de l'étude (âge)</li> <li>• sexe (sexe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• naiss: date</li> <li>• âge; 1 = &lt; 65 ans, 2 = &gt;</li> <li>• sexe: 1 = homme, 2 = femme</li> </ul>	dossiers patients retranscrits sur fiches

### 2) VARIABLES CARACTERISTIQUES CLINIQUES

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dangerosité (dang)</li> <li>• comportement gênant (gene)</li> </ul>	données prises de a banque NFCAS 0 = non; 1 = non actuellement mais risque; 2 = problème important	panel, fiches remplies
<ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostic (diag)</li> </ul>	dernier diagnostic inscrit au dossier,	fiches remplies

### 3) VARIABLES DE L'ENVIRONNEMENT RESIDENTIEL

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
hhpp <ul style="list-style-type: none"> <li>• score "résidentiel" (score1)</li> <li>• score "environnement" (score2)</li> </ul>	variables dichotomique: score = moyennes	questionnaire HHPP rempli par intervenant

## 4) VARIABLES TRAJECTOIRES

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• trajectoire (traject)</li> <li>• groupe</li> <li>• nombre total d'hospitalisation à LH en 89 (nbhosp)</li> <li>• date de dernière admission en 89 (admiss)</li> <li>• date de 1<sup>ère</sup> sortie depuis 89 (datesort)</li> <li>• nombre de réhospitalisations depuis 89 (nbrehosp)</li> <li>• durée des réhospitalisations depuis 89 (durrhosp)</li> <li>• date de l'entrevue (entrevue)</li> <li>• durée passée à l'extérieur (durext)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• traject: 1=toujours hospitalisé; 2=va et vient; 3=sorti et non rehospitalisé; 4=rehospitalisation au 401</li> <li>• durrhosp: en jours</li> <li>• groupe: 1=toujours hospitalisé; 2=sorti; 3=autre</li> <li>• durext: en jours</li> </ul>	dossiers informatisé de l'hôpital, information ajustée par l'information des fiches

## 5) VARIABLES UTILISATION DES SERVICES

**Coûts agrégés**

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
Coûts totaux	agrégation de tous les coûts des rubriques présentées ci-dessous	banques de coûts des différents items (voir ci-dessous)

## Coûts désagrégés

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
hébergement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• structure des coûts: moyen de l'hôpital; CHSP moyens provinciaux; <b>par unité de l'hôpital</b></li> <li>• coûts par année</li> <li>• coûts pour hôpital et pour patients</li> </ul>	dossiers informatisé de l'hôpital , ajusté par l'information des fiches
examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> <li>•radiologie</li> <li>•examens de laboratoire</li> </ul>	structure des coûts: l'hôpital ou CHSGS (pour radio)	dossiers, tels que rapportés pour les services consommées hors de l'hôpital , questionnaire remis aux intervenants
consultations médicales (internes)	structure des coûts: manuel des rémunération des MD de la RAMQ	dossiers informatisé de l'hôpital
consultations médicales (externes)	structure des coûts: manuel des rémunération des MD de la RAMQ	dossiers informatisé de l'hôpital

QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
consultation en clinique externe <ul style="list-style-type: none"> <li>• psychiatre</li> <li>• omni</li> <li>• RN</li> <li>• TS</li> </ul>	structure des coûts: manuel des rémunération des MD de la RAMQ; taux horaire des RN à LH	dossiers informatisé de l'hôpital
consultation cliniques privées		données de la RAMQ
visites dans l'hôpital par psychiatres	estimé pour les MD payés à salaire ou à vacation données de la RAMQ pour les médecins payés à l'acte	données sur séjours hospitaliers et estimé de la rémunération attribuable à la longue durée (données fournies par le chef du département et la RAMQ) données de la RAMQ
visites dans l'hôpital par omni	estimé pour les MD payés à salaire ou à vacation données de la RAMQ pour les médecins payés à l'acte	données fournies par le chef du département de médecine de LH données de la RAMQ
interventions médico-chir	structure des coûts: manuel des rémunération des actes médicaux de la RAMQ	dossiers
médicaments classes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• une classe pour les médicaments physiques</li> <li>• chacune des classes pour les médicaments psy</li> <li>• 4 classes distinctes pour les:risperidone, olanzapine, clozapine, (fluoxétine et prozac)</li> </ul>		banque informatisée de l'hôpital pour consommation; banque RAMQ pour coûts estimé pour la période non couverte par la banque informatisée à partir des dossiers la banque RAMQ pour les consommations en ambulatoire
paramédical <ul style="list-style-type: none"> <li>• service social</li> <li>• ergothérapie</li> <li>• physiothérapie</li> <li>• nutrition</li> <li>• éducation</li> <li>• podiatre</li> <li>• éducation physique</li> </ul>		les dossiers des différents services concernés pour les coûts, rapport AS-471
autres <ul style="list-style-type: none"> <li>• bases de plein air</li> </ul>		dossiers coût: CB-11



QUESTIONNAIRE/ VARIABLES	CARACTERISTIQUES	SOURCE
urgences	structure des coûts: CA 6240 de LH (AS-471)	banque informatisée de l'hôpital
CLSC	structure des coûts: CA 6570 + taux horaire moyen d'un médecin de CLSC	questionnaire remis aux intervenants
dentistes		banque informatisée de l'hôpital données de la RAMQ pour soins à l'extérieur

## **ANNEXE 8**

**PROGRAMMES SPSS D'ATTRIBUTION DES SCORES AUX CONSEQUENCES (GNY,  
HHP, ILSS, QUALITE DE VIE)**

\*\*\*\*\*

\* gm05.SPS \*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*

\* GRILLE NEW YORK

\*

\* FICHER SYSTEM: GNY01.SAV

\* se trouvant dans fichier DR temporaire

\* programme d'analyse des données

\* algorithmes produisant les

\* variables :

\*

\* NEA 'HYGIENE PERSONNEL'/

\* SOC 'SOCIABILITE'/

\* ORI 'SENS de L ORIENTATION'/

\* SEL 'INITIATIVE PERSONNELLE'/

\* dEP 'dEPRESSIF'/

\* PSY 'SYMPTOMES PSYCHOTIQUES'/

\* HOS 'HOSTILITE'/

\* HAB 'dELINQUANCE'/

\* PSYPOS 'SOMME des FACTEURS POSITIFS'/

\* PSYNEG 'SOMME des FACTEURS NEGATIFS'/

\* PSYSUM 'ECHELLE PSYCHIATRIQUE ENTIERE'/

\* dANGER 'COMPOR. dANGEREUX de L INDIVIDU'/

\* MANAGE 'ORGANIS. PSYCHIAT. RECENTE SPECIALE'/

\* PSYSYM 'SYMPTOMES PSYCHOTIQUES SEVERES'/

\* depres 'HAUT POINTAGE de dEPRESSION'/

\* psyris 'HAUT RISQUE de SOINS INTENSIFS'/

\* SECURE 'BESOIN de SECURITE'/

\* BEHAVE 'COMPORTEMENT ANTISOCIAL'/

\* PSYCH 'NIVEAU de SOINS PSYCHIATRIQUES'

\* CARE10 'NIVEAU de SOIN CALCULE A PARTIR dU QUEST'

\*

\* version #2, 15 août 1997

\*

\*\*\*\*\*

VARIABLE LABELS D1 'VUE'

/D2 'OUIE'

/D3 'LANGUE'

/D4 'PAROLE'

/D5 'COMMUNIQUER PENSEE ET BESOINS'

/D6 'COMPREHENSION'

/D7\_1 'MALADIE CARDIAQUE'

/D7\_2 'HYPERTENSION'

/D7\_3 'ARTERIOSCLEROSE'

/D7\_4 'AUTRE CARDIAQUE'

/D7\_5 'TROUBLES RESPIRATOIRES'

/D7\_6 'TROUBLES DIGESTIFS'

/D7\_7 'OBESITE'

/D7\_8 'TROUBLE DE REIN'

/D7\_9 'AUTRE GENITO-URINAIRE'

/D7\_11 'ARTHRITE'

/D7\_12 'AUTRE MUSCULAIRE ET OSSEUX'

/D7\_13 'DIABETE'

/D7\_14 'AUTRE TROUBLE METABOLIQUE'

/D7\_15 'MALADIE DE OEIL'

/D7\_16 'TROUBLE DERMATOLOGIQUE'

/D7\_17 'CANCER'

/D7\_18 'PARALYSIE'

/D7\_19 'MALADIE DE PARKINSON'

/D7\_20 'TROUBLE EPILEPTIQUE'

/D7\_21 'AUTRE NEURO-MUSCULAIRE'

/D7\_22 'AUTRE'

/D8\_1 'SYMPTOMES PYRAMIDAUX'  
/D8\_2 'DYSKINESIE TARDIVE'  
/D8\_3 'AUTRES NEUROLOGIQUES'  
/D8\_4 'PREDISPOSITION ALLERGIE'  
/D8\_5 'AUTRES EFFETS SECONDAIRES'  
/D9\_1 'BAIGNER ALIMENTER HABILLER'  
/D9\_2 'PARTICIPER ACTIVITES REGULIERES'  
/D10 'NIVEAU GENERALE DE SANTE PHYSIQUE'  
/D11\_1 'INSULINE'  
/D11\_2 'AUTRE MEDICATION NON-PSYCHIATRIQUE'  
/D11\_3 'INHALOTHERAPIE'  
/D11\_4 'PERFUSION'  
/D11\_5 'SUCCION'  
/D11\_6 'PANSEMENT ASEPTIQUE'  
/D11\_7 'IRRIGATION DE LESION'  
/D11\_8 'SONDE URETALE'  
/D11\_9 'DRAINAGE POUR COLOSTOMIE'  
/D11\_10 'SIGNES VITAUX QUOTIDIENS'  
/D11\_11 'SOINS DE PLAIES DE LIT'  
/D11\_12 'PHYSIOTHERAPIE'  
/D11\_13 'AUTRE'  
/D13 'NIVEAU INTELLIGENCE APPARENT'  
/D14 'TENUE NEGLIGEE'  
/D15 'EST PATIENT'  
/D16 'PLEURE'  
/D17 'INTERESSE ACTIVITES AUTOUR DE LUI'  
/D18 'DEMEURE ASSIS'  
/D19 'SE FACHE, CONTRARIE FACILEMENT'  
/D20 'ENTENDS DES CHOSES QUI EXISTENT PAS'  
/D21 'MAINTIENT DES VETEMENTS PROPRES'  
/D22 'CHERCHE A FRATERNISER AVEC LES AUTRES'  
/D23 'FACILEMENT BOULVERSES'  
/D24 'REFUSE DE FAIRE LES CHOSES SIMPLES'  
/D25 'IRRITABLE ET GROGNON'  
/D26 'A DE LA DIFFICULTE A SE SOUVENIR'  
/D27 'REFUSE DE PARLER'  
/D28 'RIT ET SOURIT A DES BLAGUES'  
/D29 'MALPROPRE LORSQU IL MANGE'  
/D30 'ENGAGE LA CONVERSATION AVEC LES AUTRES'  
/D31 'DIT SE SENTIR DEPRIME'  
/D32 'PARLE DES CHOSES QUI L INTERESSENT'  
/D33 'VOIT DES CHOSES QUI N EXISTENT PAS'  
/D34 'IL FAUT LUI RAPPELER QUOI FAIRE'  
/D35 'DORT,A MOINS D ETRE DIRIGE VERS ACT.'  
/D36 'DIT QU IL NE VAUT RIEN'  
/D37 'LUI DIRE DE SUIVRE LES REGLEMENTS'  
/D38 'DIFFICULTE A COMPLETER DES TACHES'  
/D39 'SE PARLE, MARMONNE'  
/D40 'DIT SE SENTIR INUTILE'  
/D41 'GLOUSSE ET RIT SANS RAISON'  
/D42 'SORT FACILEMENT DE SES GONDS'  
/D43 'SE GARDE PROPRE'  
/D44 'S ORIENTE SANS AIDE'  
/D45 'EST INSUPPORTABLE'  
/D46 'A DES IDEES ET PROPOS ETRANGES'  
/D47 'S APPROPRIE LES CHOSES'  
/D48 'DEVIENT CONFUS'  
/D49 'CONSCIENT DE SON ENVIRONNEMENT'  
/D50 'NE TIENT PAS EN PLACE'  
/D51 'NEGLIGENT LORSQU IL FUME'  
/D52 'REPOND A SON NOM'  
/D53 'PINCE,POUSSE,TOUCHE OU TAPE'  
/D54 'S ENTEND AVEC LES AUTRES'  
/D55 'S EXHIBE EN PUBLIC'  
/D56 'INJURIE LES AUTRES'  
/D57 'PRESENTE DES COMPORT. BIZARRES'

/D58 'DEFEQUE ET URINE DE FACON ANTISOCIALE'  
 /D59 'PARLE DE SE TUER, SOUHAITE LA MORT'  
 /D60 'SEMBLE PRENDRE PLAISIR A CE QU IL FAIT'  
 /D61 'ACCUMULE LES OBJETS HETEROCLITES'  
 /D62 'PERTURBATEUR'  
 /D63 'CONNAIT LE NOM DU PERSONNEL'  
 /D64 'A TENTE DE SE SUICIDER'  
 /D65 'S EST INFLIGE UNE BLESSURE VOLONTAIRE'  
 /D66 'ASSAUT PHYSIQUE SUR QUELQU UN'  
 /D67 'ASSAUT SECUEL SUR QUELQU UN'  
 /D68 'A TENTE DE TUER QUELQU UN'  
 /D69 'A MIS LE FEU'  
 /D70 'BRIS D AMEUBLEMENT OU DE BIENS'  
 /D71 'VIOLENT OU DANGEREUX'  
 /D72\_1 'RECUS D UNRGENCE UNE MEDICATION'  
 /D72\_2 'ETE MISE SOUS GILET'  
 /D72\_3 'FAIT L OBJET D UNE SURVEILLANCE'  
 /D73 'PERSONNE CONSIDEREE DANGEREUSE'  
 /D74 'PERSONNE AUTORISEE A QUITTER SON UNITE'  
 /D75 'PROBLEME D ABUS D ALCOOL'  
 /D76 'PROBLEME D ABUS DE DROGUE'  
 /D77 'PROBLEMES MENTAUX EMPECHENT DE PARTICIPE'  
 /D78 'ENONCE QUI S APPLIQUE LE MIEUX AU BENEF\_'  
 /D79 'MOBILITE'  
 /D80 'BAIN - DOUCHE'  
 /D81 'SOINS PERSONNELS'  
 /D82 'HABILLEMENT'  
 /D83 'ALIMENTATION'  
 /D84 'UTILISATION DE LA TOILETTE'  
 /D85 'INCONTINENCE URINAIRE'  
 /D86 'INCONTINENCE DES SELLES'  
 /D87 'ACTIVITE DE TRAVAIL'  
 /D88 'POTENTIEL DE TRAVAIL'  
 /D89 'ENONCE QUI DECRIT LE MIEUX LE BENEFICIAI'  
 /D90\_1 'BENEFICIAIRE PREND SA MEDICATION'  
 /D90\_2 'BENEFICIAIRE RESPECTE SES RENDEZ-VOUS'  
 /D90\_3 'BENEFICIAIRE UTILISE RESS\_ FINANCIERES'  
 /D90\_4 'BENEFICIAIRE A UN EMPLOI REMUNERATEUR'  
 /D90\_5 'BENEFICIAIRE FAIT TACHES NECESSAIRES'  
 /D91 'TYPE DE RESIDENCE'.

\*\*\*\*\*algo.ny.

\* CALCUL DU TAUX PSYCH ET PLC.

\* CALCUL DU MEDLEVEL.

\* NOTE VALEURS MANQUANTES SONT REMPLACEES PAR LES VALEURS MODALES.

MISSING VALUES d1 TO d3,d6 (0).

Missing Values

d1 to d3,d6 (9).

Missing Values

d4,d5,d7\_1 TO d10(0).

COUNT MEdYES = d7\_1 TO d7\_22(2).

COMPUTE MEdWT = (22+MEdYES)/22.

COMPUTE dT9\_1 = d9\_1.

COMPUTE dT9\_2 = d9\_2.

COMPUTE dT10 = d10.

RECOdE dT9\_1 dT9\_2(0=1)/dT10(0=3).

COMPUTE medSCO = MEdWT\*((dT10+((dT9\_1+dT9\_2)/2))/2).

COMPUTE medlev = RNd(medSCO).

RECOdE medlev (5 THRU HI=4).

VARIABLE LABELS

medSCO 'POINTAGE MEDICAL PONdERE'/

medlev 'NIVEAU dE SOINS MEDICAUX'.

VALUE LABELS

medlev 1'TRES PEU-AUCUN' 2'FAIBLE' 3'MOdERE' 4'ELEVE'.

```

* CALCUL dU NOMBRE INFIRMIERE.
* MODAL SCORE POUR d11 A d113 SONT CALCULEES dANS CE QUI SUIT.
MISSING VALUES
d11_1 TO d11_13(0).
COUNT  SNESELF=d11_1 TO d11_12(2).
RECOdE  SNESELF (1 THRU 3=1)(4 THRU HI=2).
COUNT  SNOTHE=d11_1 TO d11_2(3).
RECOdE  SNOTHE (1 THRU HI=2).
COMPUTE skilnu=SNESELF+SNOTHE+1.
RECOdE  skilnu (3 THRU HI=3).
VARIABLE LABELS
  SNESELF 'NOMBRE dE PROC. dONT AdMINIS. SEUL/'
  snothe 'NOMBRE dE PROCedURES AVEC AUTRES AdM/'
  skilnu 'SOINS INFIRMIERS REQUIS'.
VALUE LABELS
  skilnu 1'AUCUN' 2'AdM SEUL' 3'BES INFIRMIER'.
* CALCUL dE SELF CARE
CETTE VARIABLE PERMET dE dONNER LA PERFORMANCE dU PATIENT PAR
SA MOBILITE, PAR SA CAPACITE A EFFECTUER SA TOILETTE, VALEURS
VONT dE INdEPENDANT A BESOIN TOTAL.
MISSING VALUES
d79 d87 d88 d80 TO d86 (0).
compute dt79=d79.
compute dt80=d80.
compute dt81=d81.
compute dt82=d82.
compute dt83=d83.
compute dt84=d84.
compute dt85=d85.
compute dt86=d86.
* VARIABLES SONT RECOdES dANS UN CHAMP dE 6
VARIABLES MODALES SONT ENTREES SI dONNEES MANQUANTES.
RECOdE  dT79(7,8=6)(0=1)/
        dT83(4=5)(5,7=6)(0=1)/
        dT84(2=3)(3=4)(4=5)(5=6)(6,7=5)(0=1)/
        dT80 dT82 (0=2)/dT81(0=3)/dT85(0=1)(7=5)/
        dT86(0=1).
* LA VARIABLE INCONT PERMET dE SUR-EVALUER
SELF CARE SI LE PATIENT EST INCONTINENT.
COUNT  INCONT=d85(2 THRU 6) d86(2,3,4) d86(4).
COMPUTE SC=RNd((dT79+dT80+dT81+dT82+dT83+dT84)/6).
COMPUTE selfca=SC+INCONT.
RECOdE  selfca(6 THRU HI=6).
VARIABLE LABELS
  selfca 'HABILITE dANS SOINS QUOTIdIENS'.
VALUE LABELS
  selfca 1'AUTONOME' 2'FAIBLE SUPERVISION' 3'SUPER. MODEREE'
        4'SUP ELEVE MODERE' 5'SUP MOd AIdE MAJ' 6'SOINS TOTAUX'.
* CALCUL dE COMPINd CETTE VARIABLE EST UTILISEE POUR REdEFINIR PLC SI LE PATIENT
N'EST PAS INdEPENDANT dANS dES ACTIVITES COMMUNAUTAIRES.
* LES VALEURS MODALES SONT UTILISEES POUR REMPLACER LES VALEURS
MANQUANTES.
MISSING VALUES
d89,d90_1 TO d91 (0).
compute dt9001=d90_1.
compute dt9002=d90_2.
compute dt9003=d90_3.
compute dt9004=d90_4.
compute dt9005=d90_5.
RECOdE  dT9001 TO dT9003(0=4)/
        dT9004 dT9005(0=5).
COMPUTE d90AT = dT9001.
COMPUTE d90BT = dT9002.
COMPUTE d90CT = dT9003.
COMPUTE d90dT = dT9004.
COMPUTE d90ET = dT9005.

```

```

COMPUTE COMACT = RNd((dT9001+dT9002+dT9003+dT9004+dT9005)/5).
COUNT COMINd = d1 d2(5) d4(5,6) d90_1(4,5) d90_2 d90_3 d90_5
(5) COMACT(4,5).
RECOde COMINd (1 THRU HI=2)(0=1).
VARIABLE LABELS
  COMACT 'HABILITE dANS LES ACT. COMMUNAUT.'
  COMINd 'INdEPENDANCE'.
VALUE LABELS
  COMACT 1'FONCT INd' 2'FONCT ELEVE' 3'FONCT MOdERE' 4'FONCT FAIBLE'
  5'FONCT TRES FAIBLE'/
  COMINd 1'INdEPENDANT' 2'SUPERVISION'.
* CALCUL dU PLC.
COMPUTE PLC=100*selfca+10*medlev+skilnu.
RECOde PLC (111,112,121,122,131,211,221=1)(212,222,231,311,312,321=2)
(113,123,132,133,141,142,213,223,232,241,242,313,322,323,331,
332,341,411,412,421,422,431,441,511=3)(143,233,243,333,342,343,
413,423,432,433,442,443=4).
IF (selfca GE 5 AND PLC NE 3) PLC=4.
IF (PLC EQ 1 AND COMINd EQ 2) PLC=2.
VARIABLE LABELS
  PLC 'NIVEAU dE SOINS PHYSIQUES'.
VALUE LABELS
  PLC 1'INdEPENDANT' 2'SUPERVISE' 3'SOINS INTERMITTANT'
  4'INFIRM SPECIALISE'.
* CALCUL dE PSYCH.
COMPUTE dt5=d5.
COMPUTE dt6=d6.
MISSING VALUES d13,d14 TO d78 (0).
compute dt14=d14.
compute dt15=d15.
compute dt16=d16.
compute dt17=d17.
compute dt18=d18.
compute dt19=d19.
compute dt20=d20.
compute dt21=d21.
compute dt22=d22.
compute dt23=d23.
compute dt24=d24.
compute dt25=d25.
compute dt26=d26.
compute dt27=d27.
compute dt28=d28.
compute dt29=d29.
compute dt30=d30.
compute dt31=d31.
compute dt32=d32.
compute dt33=d33.
compute dt34=d34.
compute dt35=d35.
compute dt36=d36.
compute dt37=d37.
compute dt38=d38.
compute dt39=d39.
compute dt40=d40.
compute dt41=d41.
compute dt42=d42.
compute dt43=d43.
compute dt44=d44.
compute dt45=d45.
compute dt46=d46.
compute dt47=d47.
compute dt48=d48.
compute dt49=d49.
compute dt50=d50.
compute dt51=d51.

```

```

compute dt52=d52.
compute dt53=d53.
compute dt54=d54.
compute dt55=d55.
compute dt56=d56.
compute dt57=d57.
compute dt58=d58.
compute dt59=d59.
compute dt60=d60.
compute dt61=d61.
compute dt62=d62.
compute dt63=d63.
COMPUTE dT77=d77.
* EN PREMIER, LES VALEURS MODALES SONT INSEREES POUR LES VALEURS
MANQUANTES.
RECOdE dT5(0,9=2)/
    dT6 dT14 dT15 dT17 dT19 dT20 dT23 TO dT25 dT29 dT30
    dT35 dT38
    dT39 dT41 dT42 dT46 dT48 dT50 dT57 dT77 (0=2).
RECOdE dT16 dT27 dT31 dT32 dT33 dT36 dT40 dT45 dT47 dT51
    dT53 dT55 dT56
    dT58 dT59 dT61 dT62(0=1).
RECOdE dT18 dT21 dT26 dT28 dT34 dT37 dT43 dT54 dT60 dT63
    (0=3).
RECOdE dT44 dT49(0=4)/
    dT52(0=5).
* CHANGEMENTS DE VARIABLES.
RECOdE dT5 dT6 dT14 dT18 dT26 dT27 dT29 dT34 dT35 dT37
    dT38 dT48 dT54
    dT77 (1=5)(2=4)(4=2)(5=1).
* UNE PREMIERE ECHELLE EST CALCULEE.
COUNT dCOUNT = d64 TO d71(2).
COUNT MCOUNT = d72_1 TO d72_3(1).
VARIABLE LABELS
    dCOUNT 'COMPTEUR dES MANIF. dANGEREUSES'/
    MCOUNT 'NBRE ITEMS POUR CONTROLER COMPORTEMENT'.
COMPUTE NEA = RNd((dT14+dT21+dT29+dT43)/4).
COMPUTE ORI = RNd((dT5+dT6+dT26+dT27+dT44+dT48+dT49+dT52+
    dT63+dT77)/10).
COMPUTE SEL = RNd((dT18+dT34+dT35+dT37+dT38)/5).
COMPUTE SOC = RNd((dT17+dT22+dT28+dT30+dT32+dT60)/6).
COMPUTE dEP = RNd((dT31+dT36+dT40+dT59)/4).
COMPUTE HAB = RNd((dT45+dT47+dT50+dT51+dT62)/5).
COMPUTE HOS = RNd((dT15+dT19+dT23+dT24+dT25+dT42+dT53+dT54+
    dT56+dT62)/10).
COMPUTE PSY = RNd((dT20+dT33+dT39+dT41+dT46+dT57)/6).
COMPUTE PSYPOS = RNd((NEA+SOC+SEL+ORI)/4).
COMPUTE PSYNEG = RNd((HAB+PSY+dEP+HOS)/4).
COMPUTE PSYSUM = (PSYPOS+5)-PSYNEG.
* FACTEURS DE RISQUES PSYCHIATRIQUES SONT CALCULES
ICI VALEURS MODALES POUR d64 A d73 SONT NON, d74 OUI
ET SONT ASSUMEEES dANS CES CALCULS.
COUNT dANGER = HOS(4,5) d64 TO d71(2) d64 TO d71(2) d68(3).
COUNT MANAGE = d72_1 TO d73(1) d72_1 TO d73(1) d74(2).
COUNT PSYSYM = PSY(3,4,5).
COUNT depres = dEP(3,4,5).
COMPUTE psyris = dANGER + MANAGE + PSYSYM + depres.
COMPUTE SECURE = psyris.
RECOdE SECURE (0,1=1)(2,3=2)(4 THRU HI=3).
* BEHAVE INdIQUE QUE LA FACON dONT SE COMPORTE INdIVIDU
EST INAdMISSIBLE POUR LA SOCIETE.
COUNT BEHAVE = dT47,dT51,dT55,dT58,dT61(3,4,5) d68(3).
* INTERVALLES PRINCIPALES SONT CALCULEES.
COMPUTE PSYCH=0.
IF (psyris GE 2) PSYCH=3.
IF ((PSYCH EQ 0) AND (PSYSUM LE 6 OR BEHAVE GE 1)) PSYCH=2.

```



```

IF (PSYCH EQ 0) PSYCH=1.
VARIABLE LABELS
  NEA 'HYGIENE PERSONNEL'/
  SOC 'SOCIABILITE'/
  ORI 'SENS de L ORIENTATION'/
  SEL 'INITIATIVE PERSONNELLE'/
  dEP 'dEPRESSIF'/
  PSY 'SYMPTOMES PSYCHOTIQUES'/
  HOS 'HOSTILITE'/
  HAB 'dELINQUANCE'/
  PSYPOS 'SOMME dES FACTEURS POSITIFS'/
  PSYNEG 'SOMME dES FACTEURS NEGATIFS'/
  PSYSUM 'ECHELLE PSYCHIATRIQUE ENTIERE'/
  dANGER 'COMPORT. dANGEREUX de L INdIVIdU'/
  MANAGE 'ORGANIS. PSYCHIAT. RECENTE SPECIALE'/
  PSYSYM 'SYMPTOMES PSYCHOTIQUES SEVERES'/
  depres 'HAUT POINTAGE de dEPRESSION'/
  psyris 'HAUT RISQUE de SOINS INTENSIFS'/
  SECURE 'BESOIN de SECURITE'/
  BEHAVE 'COMPORTEMENT ANTISOCIAL'/
  PSYCH 'NIVEAU de SOINS PSYCHIATRIQUES'.
VALUE LABELS
  NEA TO PSYNEG 1'TRES FAIBLE' 2'FAIBLE' 3'MOdERE' 4'ELEVE'
    5'TRES ELEVE'/
  PSYCH 1'COMMUNAUTE' 2'REHABILITATION' 3'INTENSIF'/
  behave1. care1.10 categori comact1. comind1. d1.1 d1.10 d1.11.1 d1.11.10
  d1.11.11 d1.11.12 d1.11.13 d1.11.2 d1.11.3 d1.11.4 d1.11.5 d1.11.6 d1.11.7
  d1.11.8 d1.11.9 d1.1113n d1.13 d1.14 d1.15 d1.16 d1.17 d1.18 d1.19 d1.2
  d1.20 d1.21 d1.22 d1.23 d1.24 d1.25 d1.26 d1.27 d1.28 d1.29 d1.3 d1.30 d1.31
  d1.32 d1.33 d1.34 d1.35 d1.36 d1.37 d1.38 d1.39 d1.4 d1.40 d1.41 d1.42 d1.43
  d1.44 d1.45 d1.46 d1.47 d1.48 d1.49 d1.5 d1.50 d1.51 d1.52 d1.53 d1.54 d1.55
  d1.56 d1.57 d1.58 d1.59 d1.6 d1.60 d1.61 d1.62 d1.63 d1.64 d1.65 d1.66 d1.67
  d1.68 d1.69 d1.7.1 d1.7.10 d1.7.11 d1.7.12 d1.7.13 d1.7.14 d1.7.15 d1.7.16
  d1.7.17 d1.7.18 d1.7.19 d1.7.2 d1.7.20 d1.7.21 d1.7.22 d1.7.22n d1.7.3
  d1.7.4 d1.7.5 d1.7.6 d1.7.7 d1.7.8 d1.7.9 d1.70 d1.71 d1.72.1 d1.72.2
  d1.72.3 d1.73 d1.74 d1.75 d1.76 d1.77 d1.78 d1.79 d1.8.1 d1.8.2 d1.8.3
  d1.8.4 d1.8.5 d1.8.5n d1.80 d1.81 d1.82 d1.83 d1.84 d1.85 d1.86 d1.87 d1.88
  d1.89 d1.9.1 d1.9.2 d1.90.1 d1.90.2 d1.90.3 d1.90.4 d1.90.5 d1.90at d1.90bt
  d1.90ct d1.90dt d1.90et d1.91 d1.anger d1.count d1.ep d1.epres d1.t10 d1.t14
  d1.t15 d1.t16 d1.t17 d1.t18 d1.t19 d1.t20 d1.t21 d1.t22 d1.t23 d1.t24 d1.t25
  d1.t26 d1.t27 d1.t28 d1.t29 d1.t30 d1.t31 d1.t32 d1.t33 d1.t34 d1.t35 d1.t36
  d1.t37 d1.t38 d1.t39 d1.t40 d1.t41 d1.t42 d1.t43 d1.t44 d1.t45 d1.t46 d1.t47
  d1.t48 d1.t49 d1.t5 d1.t50 d1.t51 d1.t52 d1.t53 d1.t54 d1.t55 d1.t56 d1.t57
  d1.t58 d1.t59 d1.t6 d1.t60 d1.t61 d1.t62 d1.t63 d1.t77 d1.t79 d1.t80 d1.t81
  d1.t82 d1.t83 d1.t84 d1.t85 d1.t86 d1.t9.1 d1.t9.2 d1.t9001 d1.t9002
  d1.t9003 d1.t9004 d1.t9005 d100 d100bis groupe hab1. hos1. incont1. m1.count
  m5.m6 manage1. med1.lev med1.sco med1.wt med1.yes nea1. ori1. plc1. psy1.
  psych1. psyneq1. psypos1. psyris1. psysum1. psysym1. sc1. secure1. sel1.
  selfca1. skilnu1. snothe1. snsself1. soc1. SECURE 1'AUCUN BESOIN' 2'FAIBLE BESOIN' 3'BESOIN ELEVE'.
* MAINTENANT CARE10, LE NIVEAU GENERAL de SOIN EST CALCULE.
COMPUTE CARE10 = 10 * PLC + PSYCH.
RECOde CARE10 ((1=1)(21=2)(31=3)(41=4)(12,22=5)(32=6)(42=7)(13,23=8)
  (33=9)(43=10)(ELSE=0)).
VARIABLE LABELS
  CARE10 'NIVEAU de SOIN CALCULE A PARTIR dU QUEST'.
VALUE LABELS
  CARE10 1'V-AUT' 2'RES-COMM' 3'SRS-COMM' 4'SIS-COMM' 5'SUR-REA'
    6'SRS-REA' 7'SIS-REA' 8'SUR-INT' 9'SRS-INT' 10'SIS-INT'.
FREQUENCIES VARIABLES = SECURE,PSYCH,CARE10/
  STATISTICS = ALL.

```

```

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\GNY01.SAV'.

```

```
*****
* hpp5r.sps *
*****
```

```
*****
*
* Fichier système: HHPP(numéro).SAV
* programme d'attribution des scores au fichier
* hospitals and Hostels Practice Profile
*
* version avec recodage des items 56; 58-64: inversion des scores
*
* version #7, 9 octobre 1998*
*****
```

```
* pour chacune des deux dimensions, une moyenne est effectuée qui
* ne tient compte que des items auxquels il a aura été répondu
```

```
* sort pour permettre le couplage avec la banque descsort.sav
```

```
SORT CASES BY
dossier (A) .
```

```
RECODE
hp56 hp58 hp59 hp60 hp61 hp62 hp63 hp64 (1=2) (2=1) .
EXECUTE .
```

```
COUNT
Hval = hpps1.1 hpps1.10 hpps1.11 hpps1.12 hpps1.13 hpps1.14 hpps1.15
hpps1.16 hpps1.17 hpps1.18 hpps1.19 hpps1.2 hpps1.20 hpps1.21 hpps1.22
hpps1.23 hpps1.24 hpps1.25 hpps1.26 hpps1.27 hpps1.28 hpps1.29 hpps1.3
hpps1.30 hpps1.31 hpps1.32 hpps1.33 hpps1.34 hpps1.35 hpps1.36 hpps1.37
hpps1.38 hpps1.39 hpps1.4 hpps1.40 hpps1.41 hpps1.42 hpps1.43 hpps1.44
hpps1.45 hpps1.46 hpps1.47 hpps1.48 hpps1.49 hpps1.5 hpps1.50 hpps1.51
hpps1.52 hpps1.53 hpps1.54 hpps1.55 hpps1.56 hpps1.57 hpps1.58 hpps1.59
hpps1.6 hpps1.60 hpps1.61 hpps1.62 hpps1.63 hpps1.64 hpps1.7 hpps1.8 hpps1.9
(1 thru 2) .
EXECUTE .
```

```
compute SCORE1 = (sum (hpps1.1 to hpps1.64))/Hval.
```

```
* détermination des moyennes pour la dimension
* environnement
```

```
COUNT
Hval2 = hpps1.65 hpps1.66 hpps1.67 hpps1.68 hpps1.69 hpps1.70 hpps1.71
hpps1.72 hpps1.73 (1 thru 5) .
EXECUTE .
```

```
compute SCORE2 = (sum (hpps1.65 to hpps1.73))/Hval2.
```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\HHPP01.SAV'.
```

\* ilss5b.SPS

\*\*\*\*\*

\*

\* FICHER SYSTEME: ILSS(numéro).SAV

\* programme d'attribution des scores à

\* l'ILSS: l'Independent Living Skills Survey

\*

\* version #2b, 22 octobre 1998

\*

\* Version avec ablation de la variable ils1.117

\* Recodage en sens inverse de certains items

\*

\*

\*\*\*\*\*

\* Construction de l'indice alimentation

\* 1) sommation des scores de chaque item

\* 2) division du score par le nombre d'item

\* auquel il aura été répondu

RECODE

ils1.43 ils1.51 ils1.47 ils1.49 ils1.11 ils1.17 ils1.115 ils1.89 (0=4)

(1=3) (2=2) (3=1) (4=0) .

EXECUTE .

COUNT

ALval = ils1.1 ils1.3 ils1.5 ils1.7 ils1.9 ils1.11 ils1.13 ils1.15 ils1.17

(0 thru 4) .

EXECUTE .

COMPUTE ALIM1 = (SUM(ils1.1,ils1.3, ils1.5,ils1.7,ils1.9,ils1.11,ils1.13  
,ils1.15,ils1.17))/ ALval .

EXECUTE .

\* Construction de l'indice hygiène personnelle

\* Même procédure que pour l'indice alimentation

COUNT

HYGval = ils1.19 ils1.21 ils1.23 ils1.25 ils1.27 ils1.29 ils1.31 ils1.33

ils1.35 ils1.37 ils1.39 ils1.41 ils1.43 ils1.45 ils1.47 ils1.49 ils1.51 (0

thru 4) .

EXECUTE .

COMPUTE HYG1 = (SUM(ils1.19,ils1.21,ils1.23,ils1.25,ils1.27,ils1.29,ils1.31  
,ils1.33,ils1.35,ils1.37,ils1.39,ils1.41,ils1.43,ils1.45,ils1.47,ils1.49

,ils1.51))/HYGval .

EXECUTE .

\* Construction de l'indice activités domestiques

\* Même procédure que pour l'indice alimentation

COUNT

ACTDOval = ils1.53 ils1.55 ils1.57 ils1.59 ils1.61 ils1.63 ils1.65 ils1.67

ils1.69 ils1.71 ils1.73 ils1.75 ils1.77 ils1.79 ils1.81 ils1.83 ils1.85

ils1.87 ils1.89 (0 thru 4) .

EXECUTE .

COMPUTE ACTDOM1 = (SUM(ils1.53,ils1.55,ils1.57,ils1.59,ils1.61,ils1.63,ils1.65  
,ils1.67,ils1.69,ils1.71,ils1.73,ils1.75,ils1.77,ils1.79,ils1.81,ils1.83

,ils1.85,ils1.87,ils1.89))/ACTDOval .

EXECUTE .

- \* Construction de l'indice santé
- \* Même procédure que pour l'indice alimentation

```
COUNT
  SANTEval = ils1.91 ils1.93 ils1.95 ils1.97 (0 thru 4) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE SANTE1 = (SUM(ils1.91,ils1.93,ils1.95,ils1.97))/SANTEval.
EXECUTE .
```

- \* Construction de l'indice gestion du budget
- \* Même procédure que pour l'indice alimentation

```
COUNT
  BUDGval = ils1.99 ils1.101 ils1.103 ils1.105 ils1.107 ils1.109 ils1.111
  ils1.113 ils1.115 (0 thru 4) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE BUDG1 = (SUM(ils1.99,ils1.101,ils1.103,ils1.105,ils1.107,ils1.109
,ils1.111,ils1.113,ils1.115))/ BUDGval .
EXECUTE .
```

- \* Construction de l'indice moyens de transports
- \* Même procédure que pour l'indice alimentation

```
COUNT
  TRANSval = ils1.119 ils1.121 ils1.123 ils1.125 ils1.127 ils1.129
  ils1.131 ils1.133 (0 thru 4) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE TRANSP1 = (SUM(ils1.119,ils1.121,ils1.123,ils1.125,ils1.127
,ils1.129,ils1.131,ils1.133))/TRANSval .
EXECUTE .
```

- \* Construction de l'indice loisirs
- \* Même procédure que pour l'indice alimentation

```
COUNT
  LOISlval = ils1.135 ils1.137 ils1.139 ils1.141 ils1.143 ils1.145 ils1.147
  ils1.149 ils1.151 ils1.153 ils1.155 ils1.157 ils1.159 (0 thru 4) .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE LOISIR1 = (SUM(ils1.135,ils1.137,ils1.139,ils1.141,ils1.143,ils1.145
,ils1.147,ils1.149,ils1.151,ils1.153,ils1.155,ils1.157,ils1.159))/ LOISlval.
EXECUTE .
```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\ILSS01.SAV'.
```

\* qol5.SPS

```
*****
*
* FICHER SYSTEM: QOL(numero).SAV
* programme d'attribution des scores aux dimensions du questionnaire
* QDV de Becker, version "intervenants"
*
```

```
*****
** Construction de l'indice d'occupation
** en 3 étapes:
** (1) Identification des valeurs manquantes
**   parmi les items O1 et O2; il n'y a
**   pas de valeur manquante prévue dans le
**   livre de code du fichier "Provider"
**   produit par SPSS, j'applique la
**   convention sur laquelle nous nous étions
**   entendues pour le fichier "Client" c.à.d.
**   à moins d'indications contraires dans le
**   livre de code, les valeurs manquantes sont
**   codées 99
** (2) Dénombrement des items valides
** (3) Somme des items O1 et O2 divisée par le
**     nombre d'items valides; si le sujet a moins
**     de 2 items valides, il reçoit un score manquant
**     pour l'indice d'occupation
```

missing value O1, O2 (99).

count ovalid = O1,O2 (-3 thru 3).

if (ovalid eq 2) O = (sum (O1, O2))/2.

execute.

```
** Construction de l'indice de bien-être psychologique
** en 1 étape:
** (1) L'indice de bien-être psychologique est
**     égal à P1; si le sujet a une valeur manquante
**     pour P1, il reçoit un score manquant
**     pour l'indice de bien-être psychologique
```

compute P = p1.

execute.

```
** Construction de l'indice de symptômes psychiatriques
** en 7 étapes:
** (1) Recodification des items S3 à S26
** (2) Identification des valeurs manquantes parmi
**     les items S3 à S26
** (3) Dénombrement des items valides parmi les
**     items S3 à S26
** (4) Somme des items S3 à S26 divisée par le
**     nombre d'items valides; si le sujet a moins
**     de 19 items valides, il reçoit un score manquant
**     pour l'indice BPRS
** (5) Identification des valeurs manquantes parmi
**     les items S1 et S2
** (6) Dénombrement des items valides parmi les items
**     S1 et S2 et l'indice BPRS
```

\*\* (7) Somme des items S1, S2 et de l'indice BPRS  
 \*\* divisée par 3; si le sujet a une valeur  
 \*\* manquante aux items S1, S2 ou à l'indice BPRS,  
 \*\* il reçoit un score manquant à l'indice de  
 \*\* symptômes psychiatriques

recode S3 to S26 (1=0) (2=-0.5) (3=-1) (4=-1.5) (5=-2) (6=-2.5) (7=-3).

missing value S3 to S26 (99).

count BPRSval = S3 to S26 (-3 thru 3).

if (BPRSval ge 19) BPRS = (sum (S3 to S26))/BPRSval.

missing value S1, S2 (99).

count svalid = S1, S2, BPRS (-3 thru 3).

if (svalid eq 3) S = (sum (S1, S2, BPRS))/3.

execute.

\*\* Construction de l'indice de santé physique  
 \*\* en 4 étapes:  
 \*\* (1) Recodification de l'item H2  
 \*\* (2) Identification des valeurs manquantes  
 \*\* parmi les items H1, H2 et H3  
 \*\* (3) Dénombrement des items valides  
 \*\* (4) Somme des items H1, H2 et H3 divisée par le  
 \*\* nombre d'items valides; si le sujet a moins  
 \*\* de 3 items valides, il reçoit un score manquant  
 \*\* pour l'indice de santé physique

recode H2 (0=3) (1=-3).

missing value H1, H2, H3 (99).

count hvalid = H1, H2, H3 (-3 thru 3).

if (hvalid eq 3) H = (sum (H1, H2, H3))/3.

execute.

\*\* Construction de l'indice de relation sociale  
 \*\* en 3 étapes:  
 \*\* (1) Identification des valeurs manquantes  
 \*\* parmi les items R1 à R4  
 \*\* (2) Dénombrement des items valides  
 \*\* (3) Somme des items R1 à R4 divisée par le  
 \*\* nombre d'items valides; si le sujet a moins  
 \*\* de 3 items valides, il reçoit un score manquant  
 \*\* pour l'indice de relation sociale

missing value R1, R2, R3, R4 (8, 99).

count rvalid = R1, R2, R3, R4 (-3 thru 3).

if (rvalid ge 3) R = (sum (R1, R2, R3, R4))/rvalid.

execute.

\*\* Construction de l'indice de satisfaction  
 \*\* par rapport à l'argent en 3 étapes:

```

** (1) Identification des valeurs manquantes
**   parmi les items M1 et M2
** (2) Dénombrement des items valides
** (3) Somme des items M1 et M2 divisée par le
**     nombre d'items valides; si le sujet a moins
**     de 2 items valides, il reçoit un score manquant
**     pour l'indice de satisfaction par rapport
**     à l'argent

```

missing value M1, M2 (99).

count mvalid = M1, M2 (-3 thru 3).

if (mvalid eq 2) M = (sum (M1, M2))/2.

execute.

```

** Construction de l'indice des activités
** quotidiennes en 3 étapes:
** (1) Identification des valeurs manquantes
**   parmi les items A1 à A11
** (2) Dénombrement des items valides
** (3) Somme des items A1 à A11 divisée par le
**     nombre d'items valides; si le sujet a moins
**     de 8 items valides, il reçoit un score manquant
**     pour l'indice des activités quotidiennes

```

missing value A1 to A11 (9, 99).

count avalid = A1 to A11 (-3 thru 3).

if (avalid ge 8) A = (sum (A1 to A11))/avalid.

execute.

```

** Construction de l'indice non-pondéré de
** la qualité de vie en 2 étapes:
** (1) Identification des valeurs manquantes
**   parmi les indices O, P, S, H, R, M et A
** (2) Somme des indices O, P, S, H, R, M et A
**     divisée par 7; si le sujet a un indice
**     ayant une valeur manquante, il reçoit
**     un score manquant pour l'indice non-pondéré
**     de la qualité de vie

```

count quolmis = O, P, S, H, R, M, A (sysmis).

if (quolmis eq 0) qol = (sum (O, P, S, H, R, M, A))/7.

execute.

```

** Construction de l'indice pondéré de
** la qualité de vie en 3 étapes:
** (1) Identification des valeurs manquantes
**   parmi les items DW1 à DW7
** (2) Dénombrement des valeurs manquantes
** (3) Somme pondérée par DW1 à DW7 des indices
**     O, P, S, H, R, M et A divisée par 7;
**     si le sujet a un indice ou un item
**     ayant une valeur manquante, il reçoit
**     un score manquant pour l'indice pondéré
**     de la qualité de vie

```

missing value DW1 to DW7 (99).

count dvalid = DW1 to DW7 (1 thru 5).

if (quolmis eq 0 and dvalid eq 7) wqol = ((O \* DW1) + (P \* DW2) +  
(H \* DW3) + (R \* DW4) + (M \* DW5) + (A \* DW6) + (S \* DW7)) / (sum (DW1 to DW7)).

execute.

\*\* Uniscale

Recode Q4 (1=-3) (2=-2.4) (3=-1.8) (4=-1.2) (5=-0.6) (6=0.6) (7=1.2) (8=1.8)  
(9=2.4) (10=3).

execute.

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\QOL01.SAV'.



## ANNEXE 9

EXEMPLE DE PROGRAMMES SPSS DE COMPARABILITE DES GROUPES (GNY AU  
TEMPS 1)

\* gnycomt1.sps

\*\*\*\*\*

\*

\* fichier syntaxe GNYT1.SAV dans fichier: mes documents\dr\temporaire

\*

\* programme d analyse de la comparabilite des deux groupes au temps 1

\* selon les dimensions de la gny.

\*

\* Version #4, 6 octobre 1998

\*

\*\*\*\*\*

\* deux populations seront analysées: globalement (comparaison des groupes) et

\* les paires (comparaison des paires)

\* la première étape consiste à sélection les cas de l'étude, et donc à

\* éliminer les cas non retenus. Pour se faire, une fusion est réalisée avec

\* le fichier descort.sav

\* 1) analyse globale des deux groupes

GET FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\gnyt1\_2.sav'.

SORT CASES BY

dossier (A) .

SAVE OUTFILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\gnyt1\_2.sav'.

GET FILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\DESCSORT.SAV'.

SORT CASES BY

dossier (A) .

MATCH FILES /FILE=\*

/RENAME (filter\_\$ lieu89 lieu90 lieu91 lieu92 lieu93 lieu94 lieu95 lieu96

lieu97 = d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9)

/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\gnyt1\_2.sav'

/RENAME (a1 a2 a3 a4 behave.1 c1 c2 c3 c4 c5 c6 d1 d10 d11\_1 d11\_10 d11\_11  
d11\_12 d11\_13 d11\_2 d11\_3 d11\_4 d11\_5 d11\_6 d11\_7 d11\_8 d11\_9 d13 d14 d15  
d16 d17 d18 d19 d2 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d3 d30 d31 d32  
d33 d34 d35 d36 d37 d38 d39 d4 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48 d49 d5  
d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57 d58 d59 d6 d60 d61 d62 d63 d64 d65 d66 d67  
d68 d69 d70 d71 d72\_1 d72\_2 d72\_3 d73 d74 d75 d76 d77 d78 d79 d7\_1 d7\_11  
d7\_12 d7\_13 d7\_14 d7\_15 d7\_16 d7\_17 d7\_18 d7\_19 d7\_2 d7\_20 d7\_21 d7\_22 d7\_3  
d7\_4 d7\_5 d7\_6 d7\_7 d7\_8 d7\_9 d80 d81 d82 d83 d84 d85 d86 d87 d88 d89 d8\_1  
d8\_2 d8\_3 d8\_4 d8\_5 d90\_1 d90\_2 d90\_3 d90\_4 d90\_5 d90at d90bt d90ct d90dt  
d90et d91 d9\_1 d9\_2 danger.1 date dcount depres.1 diag1 diag2 dt10 dt14 dt15  
dt16 dt17 dt18 dt19 dt20 dt21 dt22 dt23 dt24 dt25 dt26 dt27 dt28  
dt29 dt30 dt31 dt32 dt33 dt34 dt35 dt36 dt37 dt38 dt39 dt40 dt41 dt42 dt43  
dt44 dt45 dt46 dt47 dt48 dt49 dt5 dt50 dt51 dt52 dt53 dt54 dt55 dt56 dt57  
dt58 dt59 dt6 dt60 dt61 dt62 dt63 dt77 dt79 dt80 dt81 dt82 dt83 dt84 dt85  
dt86 dt9001 dt9002 dt9003 dt9004 dt9005 dt9\_1 dt9\_2 etabl incont manage  
mcount medscs medwt medyes prg psyris psysum psysym sc sexe snothe snsself =  
d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28  
d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37 d38 d39 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47  
d48 d49 d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57 d58 d59 d60 d61 d62 d63 d64 d65 d66  
d67 d68 d69 d70 d71 d72 d73 d74 d75 d76 d77 d78 d79 d80 d81 d82 d83 d84 d85  
d86 d87 d88 d89 d90 d91 d92 d93 d94 d95 d96 d97 d98 d99 d100 d101 d102 d103  
d104 d105 d106 d107 d108 d109 d110 d111 d112 d113 d114 d115 d116 d117 d118  
d119 d120 d121 d122 d123 d124 d125 d126 d127 d128 d129 d130 d131 d132 d133  
d134 d135 d136 d137 d138 d139 d140 d141 d142 d143 d144 d145 d146 d147 d148  
d149 d150 d151 d152  
d153 d154 d155 d156 d157 d158 d159 d160 d161 d162 d163 d164 d165 d166 d167

d168 d169 d170 d171 d172 d173 d174 d175 d176 d177 d178 d179 d180 d181 d182  
 d183 d184 d185 d186 d187 d188 d189 d190 d191 d192 d193 d194 d195 d196 d197  
 d198 d199 d200 d201 d202 d203 d204 d205 d206 d207 d208 d209 d210 d211 d212  
 d213 d214 d215 d216 d217 d218 d219 d220 d221 d222 d223 d224 d225 d226 d227  
 d228 d229 d230 d231 d232 d233 d234 d235 d236 d237 d238 d239 d240 d241 d242  
 d243 d244 d245 d246 d247 d248)

/BY dossier

/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19  
 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37 d38  
 d39 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48 d49 d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57  
 d58 d59 d60 d61 d62 d63 d64 d65 d66 d67 d68 d69 d70 d71 d72 d73 d74 d75 d76  
 d77 d78 d79 d80 d81 d82 d83 d84 d85 d86 d87 d88 d89 d90 d91 d92 d93 d94 d95  
 d96 d97 d98 d99 d100 d101 d102 d103 d104 d105 d106 d107 d108 d109 d110 d111  
 d112 d113 d114 d115 d116 d117 d118 d119 d120

d121 d122 d123 d124 d125 d126 d127 d128 d129 d130 d131 d132 d133 d134 d135  
 d136 d137 d138 d139 d140 d141 d142 d143 d144 d145 d146 d147 d148 d149 d150  
 d151 d152 d153 d154 d155 d156 d157 d158 d159 d160 d161 d162 d163 d164 d165  
 d166 d167 d168 d169 d170 d171 d172 d173 d174 d175 d176 d177 d178 d179 d180  
 d181 d182 d183 d184 d185 d186 d187 d188 d189 d190 d191 d192 d193 d194 d195  
 d196 d197 d198 d199 d200 d201 d202 d203 d204 d205 d206 d207 d208 d209 d210  
 d211 d212 d213 d214 d215 d216 d217 d218 d219 d220 d221 d222 d223 d224 d225  
 d226 d227 d228 d229 d230 d231 d232 d233 d234 d235 d236 d237 d238 d239 d240  
 d241 d242 d243 d244 d245 d246 d247 d248.

EXECUTE.

\* ablation des cas non sélectionnés dans l'étude

FILTER OFF.

USE ALL.

SELECT IF(VALUE(dossier) = 21843 or VALUE(dossier) = 58781 or VALUE(dossier) = 60093  
 or VALUE(dossier) = 237806 or VALUE(dossier) = 21729 or  
 VALUE(dossier) = 12383 or VALUE(dossier) = 13120 or VALUE(dossier) = 24544  
 or VALUE(dossier) = 36136 or VALUE(dossier) = 8593 or VALUE(dossier) = 5989  
 or VALUE(dossier) = 23894 or VALUE(dossier) = 8451 or VALUE(dossier) = 62475  
 or VALUE(dossier) = 192203 or VALUE(dossier) = 6840 or VALUE(dossier) = 6551  
 or VALUE(dossier) = 188591 or VALUE(dossier) = 42151 or VALUE(dossier) = 12058  
 or VALUE(dossier) = 56170 or VALUE(dossier) = 41025 or VALUE(dossier) = 253224  
 or VALUE(dossier) = 42335 or VALUE(dossier) = 70845 or VALUE(dossier) = 18001  
 or VALUE(dossier) = 14852 or VALUE(dossier) = 23803 or VALUE(dossier) = 291600  
 or VALUE(dossier) = 103690 or VALUE(dossier) = 148435  
 or VALUE(dossier) = 5856 or VALUE(dossier) = 17902 or VALUE(dossier) = 16514  
 or VALUE(dossier) = 60460 or VALUE(dossier) = 39777  
 or VALUE(dossier) = 73500 or VALUE(dossier) = 230896  
 or VALUE(dossier) = 19797 or VALUE(dossier) = 45018 or VALUE(dossier) = 5085  
 or VALUE(dossier) = 27410 or VALUE(dossier) = 32336 or VALUE(dossier) = 22891  
 or VALUE(dossier) = 69605 or VALUE(dossier) = 10387 or VALUE(dossier) = 59064  
 or VALUE(dossier) = 140817 or VALUE(dossier) = 19040 or VALUE(dossier) = 3598  
 or VALUE(dossier) = 16147 or VALUE(dossier) = 15502 or VALUE(dossier) = 347058  
 or VALUE(dossier) = 91800 or VALUE(dossier) = 58929 or VALUE(dossier) = 135079  
 or VALUE(dossier) = 43365 or VALUE(dossier) = 23972 or VALUE(dossier) = 12250  
 or VALUE(dossier) = 21210 or VALUE(dossier) = 118561 or VALUE(dossier) = 186944  
 or VALUE(dossier) = 137497 or VALUE(dossier) = 21921  
 or VALUE(dossier) = 17448 or VALUE(dossier) = 37928 or VALUE(dossier) = 34570  
 or VALUE(dossier) = 25038 or VALUE(dossier) = 13515 or VALUE(dossier) = 10805  
 or VALUE(dossier) = 19453 or VALUE(dossier) = 40522 or VALUE(dossier) = 9394  
 or VALUE(dossier) = 37042 or VALUE(dossier) = 24966  
 or VALUE(dossier) = 48273 or VALUE(dossier) = 30243 or VALUE(dossier) = 11642  
 or VALUE(dossier) = 40311 or VALUE(dossier) = 18854  
 or VALUE(dossier) = 119835 or VALUE(dossier) = 5214 or VALUE(dossier) = 120268  
 or VALUE(dossier) = 16174 or VALUE(dossier) = 18969 or VALUE(dossier) = 3323  
 or VALUE(dossier) = 327192 or VALUE(dossier) = 32941 or VALUE(dossier) = 4477  
 or VALUE(dossier) = 17273 or VALUE(dossier) = 13524 or VALUE(dossier) = 42142  
 or VALUE(dossier) = 7605 or VALUE(dossier) = 20175 or VALUE(dossier) = 61069  
 or VALUE(dossier) = 15731 or VALUE(dossier) = 41772 or VALUE(dossier) = 11826  
 or VALUE(dossier) = 33691 or VALUE(dossier) = 329047 or VALUE(dossier) = 14036

```

or VALUE(dossier) = 20799 or VALUE(dossier) = 21256 or VALUE(dossier) = 286679
or VALUE(dossier) = 10929 or VALUE(dossier) = 73422 or VALUE(dossier) = 208215
or VALUE(dossier) = 20753 or VALUE(dossier) = 24517 or VALUE(dossier) = 43067
or VALUE(dossier) = 19100 or VALUE(dossier) = 270512 or VALUE(dossier) = 237333
or VALUE(dossier) = 19077 or VALUE(dossier) = 19471 or VALUE(dossier) = 27561
or VALUE(dossier) = 70390 or VALUE(dossier) = 17842 or VALUE(dossier) = 146939
or VALUE(dossier) = 7123 or VALUE(dossier) = 21967 or VALUE(dossier) = 14325
or VALUE(dossier) = 326084 or VALUE(dossier) = 59995 or VALUE(dossier) = 50085
or VALUE(dossier) = 17695 or VALUE(dossier) = 17186 or VALUE(dossier) = 88339
or VALUE(dossier) = 14590 or VALUE(dossier) = 12741 or VALUE(dossier) = 340497
or VALUE(dossier) = 98961 or VALUE(dossier) = 15144 or VALUE(dossier) = 3052
or VALUE(dossier) = 115053 or VALUE(dossier) = 13079 or VALUE(dossier) = 9385
or VALUE(dossier) = 5681 or VALUE(dossier) = 6895 or VALUE(dossier) = 8424
or VALUE(dossier) = 11000 or VALUE(dossier) = 15240 or VALUE(dossier) = 17719
or VALUE(dossier) = 17737 or VALUE(dossier) = 18592 or VALUE(dossier) = 18978
or VALUE(dossier) = 19646 or VALUE(dossier) = 19884 or VALUE(dossier) = 19999
or VALUE(dossier) = 20735 or VALUE(dossier) = 22199 or VALUE(dossier) = 22951
or VALUE(dossier) = 24457 or VALUE(dossier) = 30569 or VALUE(dossier) = 31291
or VALUE(dossier) = 32529 or VALUE(dossier) = 35808 or VALUE(dossier) = 38403
or VALUE(dossier) = 40191 or VALUE(dossier) = 40628 or VALUE(dossier) = 50769
or VALUE(dossier) = 51639 or VALUE(dossier) = 57086 or VALUE(dossier) = 69343
or VALUE(dossier) = 4160 or VALUE(dossier) = 5585 or VALUE(dossier) = 6033
or VALUE(dossier) = 8768 or VALUE(dossier) = 9683 or VALUE(dossier) = 10709
or VALUE(dossier) = 12663 or VALUE(dossier) = 15520 or VALUE(dossier) = 20886
or VALUE(dossier) = 26224 or VALUE(dossier) = 27772 or VALUE(dossier) = 29094
or VALUE(dossier) = 34781 or VALUE(dossier) = 36214 or VALUE(dossier) = 50310
or VALUE(dossier) = 50310 or VALUE(dossier) = 63689 or VALUE(dossier) = 68015
or VALUE(dossier) = 105632 or VALUE(dossier) = 123029 or VALUE(dossier) = 128455
or VALUE(dossier) = 207267 or VALUE(dossier) = 219313 or VALUE(dossier) = 261447
or VALUE(dossier) = 263645 or VALUE(dossier) = 290095 or VALUE(dossier) = 324620
or VALUE(dossier) = 344040) .
EXECUTE .

```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\GNYCOM1.SAV'.
```

\* analyse de variance

```

USE ALL.
COMPUTE filter_$=(groupe =1 OR groupe=2).
VARIABLE LABEL filter_$ 'groupe =1 OR groupe=2 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .

```

ONEWAY

```

care10.1 dep.1 hab.1 hos.1 ori.1 plc.1 psy.1 nea.1 medlev.1 skilnu.1 comact.1 comind.1
psych.1 psyneq.1 psypos.1 secure.1 sel.1 selfca.1 soc.1 BY groupe
/MISSING ANALYSIS .

```

\* analyse non paramétrique

NPAR TESTS

```

/M-W= care10.1 dep.1 hab.1 hos.1 ori.1 plc.1 psy.1 nea.1 medlev.1 skilnu.1 comact.1 comind.1
psych.1 psyneq.1 psypos.1 secure.1 sel.1 selfca.1 soc.1 BY groupe(1
2)
/MISSING ANALYSIS.

```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\GNYCOM2.SAV'.
```

\* 2) analyses sur les paires constituées

\* préparation d'une nouvelle banque

\* pour éviter des doubles comptages, sélection des cas "hospitalisés", le  
\* numéro de dossier de la paire y étant indiqué pour chaque cas

```

FILTER OFF.
USE ALL.
SELECT IF(groupe = 1).
EXECUTE .

```

```
SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\GNYCOM3.SAV'.
```

```

* fusion avec fichier GNYT1.SAV sur la variable PAIRDOS (numéro de dossier de la
* paire). Les noms des différentes dimensions de la GNY sont rebaptisés en substituant
* le .1 par p

```

```

SORT CASES BY
  pairdos (A) .

```

```
MATCH FILES /FILE=*
```

```
/RENAME (filter_$ = d0) pairdos=toto
```

```
/FILE='C:\Mes documents\dr\temporaire\gnyt1_2.sav'
```

```

/RENAME (a1 a2 a3 a4 behave.1 c1 c2 c3 c4 c5 c6 d1 d10 d11_1 d11_10 d11_11
d11_12 d11_13 d11_2 d11_3 d11_4 d11_5 d11_6 d11_7 d11_8 d11_9 d13 d14 d15
d16 d17 d18 d19 d2 d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d3 d30 d31 d32
d33 d34 d35 d36 d37 d38 d39 d4 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48 d49 d5
d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57 d58 d59 d6 d60 d61 d62 d63 d64 d65 d66 d67
d68 d69 d70 d71 d72_1 d72_2 d72_3 d73 d74 d75 d76 d77 d78 d79 d7_1 d7_11
d7_12 d7_13 d7_14 d7_15 d7_16 d7_17 d7_18 d7_19 d7_2 d7_20 d7_21 d7_22 d7_3
d7_4 d7_5 d7_6 d7_7 d7_8 d7_9 d80 d81 d82 d83 d84 d85 d86 d87 d88 d89 d8_1
d8_2 d8_3 d8_4 d8_5 d90_1 d90_2 d90_3 d90_4 d90_5 d90at d90bt d90ct d90dt
d90et d91 d9_1 d9_2 danger.1 date dcount depres.1 diag1 diag2 dt10 dt14 dt15
dt16 dt17 dt18 dt19 dt20 dt21 dt22 dt23 dt24 dt25 dt26 dt27 dt28 dt29 dt30
dt31 dt32 dt33 dt34 dt35 dt36 dt37 dt38 dt39 dt40 dt41 dt42 dt43
dt44 dt45 dt46 dt47 dt48 dt49 dt5 dt50 dt51 dt52 dt53 dt54 dt55 dt56 dt57
dt58 dt59 dt6 dt60 dt61 dt62 dt63 dt77 dt79 dt80 dt81 dt82 dt83 dt84 dt85
dt86 dt9001 dt9002 dt9003 dt9004 dt9005 dt9_1 dt9_2 etabl incont manage
mcount medsko medwt medyes prg psyris psysum psysym sc sexe snothe snsself =
d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19 d20 d21
d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37 d38 d39 d40
d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48 d49 d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57 d58 d59
d60 d61 d62 d63 d64 d65 d66 d67 d68 d69 d70 d71 d72 d73 d74 d75 d76 d77 d78
d79 d80 d81 d82 d83 d84 d85 d86 d87 d88 d89 d90 d91 d92 d93 d94 d95 d96 d97
d98 d99 d100 d101 d102 d103 d104 d105 d106 d107 d108 d109 d110 d111 d112
d113 d114 d115 d116 d117 d118 d119 d120 d121 d122 d123 d124 d125 d126 d127
d128 d129 d130 d131 d132 d133 d134 d135 d136 d137 d138 d139 d140 d141 d142
d143 d144 d145 d146 d147 d148 d149 d150 d151 d152 d153 d154 d155 d156 d157
d158 d159 d160 d161 d162
d163 d164 d165 d166 d167 d168 d169 d170 d171 d172 d173 d174 d175 d176 d177
d178 d179 d180 d181 d182 d183 d184 d185 d186 d187 d188 d189 d190 d191 d192
d193 d194 d195 d196 d197 d198 d199 d200 d201 d202 d203 d204 d205 d206 d207
d208 d209 d210 d211 d212 d213 d214 d215 d216 d217 d218 d219 d220 d221 d222
d223 d224 d225 d226 d227 d228 d229 d230 d231 d232 d233 d234 d235 d236 d237
d238 d239) care10.1=care10p comact.1=comactp comind.1=comindp dep.1=depp
hab.1=habp hos.1=hosp medlev.1=medlevp nea.1=neap ori.1=orip plc.1=plcp
psy.1=psyp psych.1=psychp psyneq.1=psyneqp psypos.1=psyposp secure.1=securep
sel.1=selp selfca.1=selfcap skilnu.1=skilnup soc.1=socp dossier=toto
/BY toto
/DROP= d0 d1 d2 d3 d4 d5 d6 d7 d8 d9 d10 d11 d12 d13 d14 d15 d16 d17 d18 d19
d20 d21 d22 d23 d24 d25 d26 d27 d28 d29 d30 d31 d32 d33 d34 d35 d36 d37 d38
d39 d40 d41 d42 d43 d44 d45 d46 d47 d48 d49 d50 d51 d52 d53 d54 d55 d56 d57
d58 d59 d60 d61 d62 d63 d64 d65 d66 d67 d68 d69 d70 d71 d72 d73 d74 d75 d76
d77 d78 d79 d80
d81 d82 d83 d84 d85 d86 d87 d88 d89 d90 d91 d92 d93 d94 d95 d96 d97 d98 d99
d100 d101 d102 d103 d104 d105 d106 d107 d108 d109 d110 d111 d112 d113 d114
d115 d116 d117 d118 d119 d120 d121 d122 d123 d124 d125 d126 d127 d128 d129
d130 d131 d132 d133 d134 d135 d136 d137 d138 d139 d140 d141 d142 d143 d144
d145 d146 d147 d148 d149 d150 d151 d152 d153 d154 d155 d156 d157 d158 d159
d160 d161 d162 d163 d164 d165 d166 d167 d168 d169 d170 d171 d172 d173 d174

```

d175 d176 d177 d178 d179 d180 d181 d182 d183 d184 d185 d186 d187 d188 d189  
d190 d191 d192 d193 d194 d195 d196 d197 d198 d199 d200 d201 d202 d203 d204  
d205 d206 d207 d208 d209 d210 d211 d212 d213 d214 d215 d216 d217 d218 d219  
d220 d221 d222 d223 d224 d225 d226 d227 d228 d229 d230 d231 d232 d233 d234  
d235 d236 d237 d238 d239.

EXECUTE.

\* ablation des cas non répertoriés dans banque desc (sur variable groupe)

RECODE

groupe (MISSING=9) .

EXECUTE .

FILTER OFF.

USE ALL.

SELECT IF(NOT(groupe =9)).

EXECUTE .

SAVE OUTFILE='C:\MES DOCUMENTS\DR\TEMPORAIRE\GNYCOM4.SAV'.

\* tests non paramétriques sur paires

NPAR TEST

/WILCOXON=care10.1 comact.1 comind.1 dep.1 hab.1 hos.1 medlev.1 nea.1 ori.1

plc.1 psy.1 psych.1 psyneq.1 psypos.1 secure.1 sel.1 selfca.1 skilnu.1 soc.1

WITH care10p comactp comindp depp habp hosp medlevp neap orip plc ppsyp

psychp psyneqp psyposp securep selp selfcap skilnup socp (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

## ANNEXE 10

EXEMPLES DE PROGRAMMES SPSS D'ANALYSE DE REGRESSION MULTIVARIEE  
(REGRESSION LOGISTIQUE SUR SITACT ET REGRESSION LINEAIRE SUR "BIEN-  
ETRE PSYCHOLOGIQUE")

\*\*\*\*\*

\* regsitac4

\*\*\*\*\*

\* dossier système: BANQ3M2.SAV dans: Mes documents\desins\spsswin\dr\données

\*\*\*\*\*

\*

\*

\* régression logistique avec pour VD: sitact

\*

\*

\* 4ème version, le 4 novembre 1998

\*

\*\*\*\*\*

get file='C:\Mes documents\desins\spsswin\dr\données.spss\banq3m2.sav'.

RECODE

  cbsa5imi (0=SYSMIS) .

EXECUTE .

\* catégorisation des coûts totaux (qui seront traités comme variable continue)

RECODE

  cbsa5imi (0 thru 50000=1) (50001 thru 100000=2) (100001 thru 150000=3)  
  (150001 thru 200000=4) (200001 thru 250000=5) (250001 thru 300000=6)  
  (300001 thru 350000=7) (350001 thru 400000=8) (400001 thru 450000=9)  
  (450001 thru 500000=10) .

EXECUTE .

\* régression logistique, méthode stepwise (backward)

LOGISTIC REGRESSION VAR=sitact

  /METHOD=BSTEP(LR) age89 comact.1 comactd comind.1 comindd  
  dangaff dep.1 diag durhosp genaff hab.1 hos.1 medlev.1 nbhosp nea.1 ori.1  
  plc.1 plcd psy.1 psyneq.1 psypos.1 selfca.1 selfcad sexe soc.1 socd cbsa5imi  
  /CONTRAST (comact.1)=Indicator /CONTRAST  
  (comind.1)=Indicator /CONTRAST (dangaff)=Indicator /CONTRAST  
  (dep.1)=Indicator /CONTRAST (diag)=Indicator /CONTRAST (hab.1)=Indicator  
  /CONTRAST (hos.1)=Indicator /CONTRAST (medlev.1)=Indicator /CONTRAST  
  (nea.1)=Indicator /CONTRAST (ori.1)=Indicator /CONTRAST (plc.1)=Indicator  
  /CONTRAST (psy.1)=Indicator /CONTRAST (psyneq.1)=Indicator /CONTRAST  
  (psypos.1)=Indicator /CONTRAST (selfca.1)=Indicator /CONTRAST  
  (sexe)=Indicator /CONTRAST (soc.1)=Indicator /CONTRAST (genaff)=Indicator  
  /SAVE ZRESID  
  /PRINT=CORR CI(95)  
  /CRITERIA PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .

\* méthode enter avec variables retenues

LOGISTIC REGRESSION VAR=sitact

  /METHOD=ENTER comact.1 comactd comind.1 dangaff dep.1 diag genaff medlev.1  
  ori.1 psyneq.1 cbsa5imi  
  /CONTRAST (comact.1)=Indicator /CONTRAST (comind.1)=Indicator /CONTRAST  
  (dangaff)=Indicator /CONTRAST (dep.1)=Indicator /CONTRAST (diag)=Indicator  
  /CONTRAST (genaff)=Indicator /CONTRAST (medlev.1)=Indicator /CONTRAST  
  (ori.1)=Indicator /CONTRAST (psyneq.1)=Indicator  
  /SAVE ZRESID  
  /PRINT=CORR CI(95)  
  /CRITERIA PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .



## ANNEXE 11

MATRICES DE CORRELATION ENTRE LES VARIABLES INDEPENDANTES DES  
REGRESSION MULTIPLES

**A) VARIABLES INDEPENDANTES DES  
REGRESSIONS LOGISTIQUES**

-- Correlation Coefficients --

	AGE89	CBSA5IMI	COMACT.1	COMIND.1	DANGAFF	DANGPOT
AGE89	1.0000 (.191) P=.	-.0859 (.191) P=.237	-.0377 (.190) P=.606	-.0030 (.190) P=.968	-.1213 (.191) P=.095	-.1160 (.191) P=.110
CBSA5IMI		1.0000 (.191) P=.	.0050 (.190) P=.945	.0300 (.190) P=.681	.1437 (.191) P=.047	.1166 (.191) P=.108
COMACT.1			1.0000 (.190) P=.606	.8084 (.190) P=.000	.1336 (.190) P=.066	-.0173 (.190) P=.813
COMIND.1				1.0000 (.190) P=.968	.1267 (.190) P=.082	-.0282 (.191) P=.699
DANGAFF					1.0000 (.191) P=.095	-.1025 (.191) P=.158
DANGPOT						1.0000 (.191) P=.110
DEF.1						
DIAG						
DURHOSP						
GENAFF						
HAB.1						

-- Correlation Coefficients --

	AGE89	CBSA5IMI	COMACT.1	COMIND.1	DANGAFF	DANGPO
HOS.1						
MEDLEV.1						
NBHOSP						
NEA.1						
ORI.1						
PLC.1						
PSY.1						
PSYCH.1						
PSYNEG.1						
PSYPOS.1						
SECURE.1						

-- Correlation Coefficients --

	AGE89	CBSA5IMI	COMACT.1	COMIND.1	DANGAFF	DANGPO
SELPCA.1						
SEXE						
SOC.1						
COMACTD						
COMINDD						
PLCD						
SELFCAD						
SOC.D						

- - Correlation Coefficients - -							- - Correlation Coefficients - -						
	DEP.1	DIAG	DURHOSP	GENAFF	HAB.1	HOS.1		DEP.1	DIAG	DURHOSP	GENAFF	HAB.1	HOS.1
AGE89	.0217 ( .190) P= .766	.0548 ( .191) P= .452	.3151 ( .191) P= .000	-.0270 ( .191) P= .711	-.0899 ( .190) P= .218	-.1075 ( .190) P= .140	SELFCA.1	.1487 ( .190) P= .041	.0323 ( .190) P= .658	.0911 ( .190) P= .211	.0642 ( .190) P= .379	.2717 ( .190) P= .000	.298 ( .190) P= .00
CBSASIMI	.0055 ( .190) P= .940	.0130 ( .191) P= .858	.0195 ( .191) P= .789	.1664 ( .191) P= .021	.0102 ( .190) P= .889	.1007 ( .190) P= .167	SEXE	-.0343 ( .190) P= .639	.0480 ( .191) P= .510	.1288 ( .191) P= .076	.1032 ( .191) P= .155	.0467 ( .190) P= .522	-.000 ( .190) P= .99
COMACT.1	.0380 ( .190) P= .602	-.0682 ( .190) P= .350	-.1616 ( .190) P= .026	-.1103 ( .190) P= .130	.1565 ( .190) P= .031	.2082 ( .190) P= .004	SOC.1	-.0932 ( .190) P= .201	.0076 ( .190) P= .917	-.0415 ( .190) P= .569	.1161 ( .190) P= .111	-.0440 ( .190) P= .547	-.120 ( .190) P= .09
COMIND.1	.0134 ( .190) P= .855	-.0604 ( .190) P= .408	-.1565 ( .190) P= .031	-.0656 ( .190) P= .369	.1612 ( .190) P= .026	.2393 ( .190) P= .001	COMACTD	-.0765 ( .141) P= .367	.0116 ( .141) P= .892	.1761 ( .141) P= .037	.1230 ( .141) P= .146	-.0718 ( .141) P= .397	-.124 ( .141) P= .14
DANGAFF	-.0460 ( .190) P= .528	-.0257 ( .191) P= .724	-.1074 ( .191) P= .139	.0870 ( .191) P= .231	.1659 ( .190) P= .022	-.1192 ( .190) P= .101	COMINDD	-.0761 ( .162) P= .336	.0707 ( .162) P= .371	.2260 ( .162) P= .004	.1354 ( .162) P= .086	-.0231 ( .162) P= .771	-.099 ( .162) P= .20
DANGPOT	-.0180 ( .190) P= .806	-.0383 ( .191) P= .599	.0092 ( .191) P= .900	-.0300 ( .191) P= .680	-.0388 ( .190) P= .595	-.0354 ( .190) P= .628	PLCD	-.2044 ( .138) P= .016	-.0952 ( .138) P= .267	.1679 ( .138) P= .049	.0030 ( .138) P= .972	-.0224 ( .138) P= .794	-.170 ( .138) P= .04
DEP.1	1.0000 ( .190) P= .	.0072 ( .190) P= .921	-.1242 ( .190) P= .088	-.0357 ( .190) P= .625	.1815 ( .190) P= .012	.3661 ( .190) P= .000	SELFCAD	-.1518 ( .144) P= .069	-.2315 ( .144) P= .005	.1667 ( .144) P= .046	-.0788 ( .144) P= .348	-.0455 ( .144) P= .588	-.167 ( .144) P= .04
DIAG	.0072 ( .190) P= .921	1.0000 ( .191) P= .	.1153 ( .191) P= .112	.0605 ( .191) P= .406	.0472 ( .190) P= .518	-.0559 ( .190) P= .444	SOCD	.0932 ( .140) P= .273	-.2376 ( .140) P= .005	-.1099 ( .140) P= .196	-.1058 ( .140) P= .214	.1010 ( .140) P= .235	.104 ( .140) P= .21
DURHOSP	-.1242 ( .190) P= .088	.1153 ( .191) P= .112	1.0000 ( .191) P= .	.0932 ( .191) P= .200	-.0122 ( .190) P= .867	.0121 ( .190) P= .868	- - Correlation Coefficients - -						
GENAFF	-.0357 ( .190) P= .625	.0605 ( .191) P= .406	-.0932 ( .191) P= .200	1.0000 ( .191) P= .	.0821 ( .190) P= .260	.0210 ( .190) P= .773	MEDLEV.1	.1929 ( .189) P= .008	-.0979 ( .191) P= .178	.0354 ( .190) P= .628	-.1250 ( .189) P= .087	.1577 ( .189) P= .030	-.022 ( .190) P= .76
HAB.1	.1815 ( .190) P= .012	.0472 ( .190) P= .518	-.0122 ( .190) P= .867	.0821 ( .190) P= .260	1.0000 ( .190) P= .	.4472 ( .190) P= .000	CBSASIMI	.0176 ( .189) P= .810	.0563 ( .191) P= .439	.0401 ( .190) P= .583	.0087 ( .189) P= .905	-.0071 ( .189) P= .923	-.108 ( .190) P= .13
- - Correlation Coefficients - -							COMACT.1	.1056 ( .189) P= .148	.0798 ( .190) P= .274	-.2013 ( .190) P= .005	-.2017 ( .189) P= .005	.4792 ( .189) P= .000	.089 ( .190) P= .22
HOS.1	.3661 ( .190) P= .000	-.0559 ( .190) P= .444	.0121 ( .190) P= .868	.0210 ( .190) P= .773	.4472 ( .190) P= .000	1.000 ( .190) P= .	COMIND.1	.0851 ( .189) P= .244	.1224 ( .190) P= .093	-.1781 ( .190) P= .014	-.1784 ( .189) P= .014	.5323 ( .189) P= .000	.130 ( .190) P= .07
MEDLEV.1	.1073 ( .189) P= .142	-.1302 ( .189) P= .074	.2101 ( .189) P= .004	.0053 ( .189) P= .943	.0025 ( .189) P= .973	.166 ( .189) P= .02	DANGAFF	.0405 ( .189) P= .580	-.0048 ( .191) P= .947	-.0290 ( .190) P= .692	-.1120 ( .189) P= .125	.1156 ( .189) P= .113	.009 ( .190) P= .89
NBHOSP	.1330 ( .190) P= .067	-.0562 ( .191) P= .440	-.4397 ( .191) P= .000	-.0943 ( .190) P= .194	-.0339 ( .190) P= .643	.072 ( .190) P= .32	DANGPOT	-.0897 ( .189) P= .219	-.0471 ( .190) P= .517	-.0785 ( .190) P= .282	.0652 ( .189) P= .372	-.0450 ( .189) P= .539	-.131 ( .190) P= .07
NEA.1	-.1024 ( .190) P= .160	-.0145 ( .190) P= .843	-.0907 ( .190) P= .213	-.0450 ( .190) P= .537	-.3997 ( .190) P= .000	-.193 ( .190) P= .00	DEP.1	.1073 ( .189) P= .142	.1330 ( .190) P= .067	-.1024 ( .190) P= .160	.1648 ( .189) P= .023	.1316 ( .189) P= .071	.165 ( .190) P= .02
ORI.1	.1648 ( .189) P= .023	.0333 ( .189) P= .649	-.0787 ( .189) P= .282	-.0359 ( .189) P= .623	-.1674 ( .189) P= .021	-.050 ( .189) P= .49	DIAG	-.1302 ( .189) P= .074	-.0562 ( .191) P= .440	-.0145 ( .190) P= .843	.0333 ( .189) P= .649	-.0833 ( .189) P= .254	.200 ( .190) P= .00
PLC.1	.1316 ( .189) P= .071	-.0833 ( .189) P= .254	.0748 ( .189) P= .306	.0480 ( .189) P= .512	.2244 ( .189) P= .002	.272 ( .189) P= .00	DURHOSP	.2101 ( .189) P= .004	-.4397 ( .191) P= .000	-.0907 ( .190) P= .213	-.0787 ( .189) P= .282	.0748 ( .189) P= .306	.008 ( .190) P= .90
PSY.1	.1652 ( .190) P= .023	.2004 ( .190) P= .006	.0085 ( .190) P= .907	-.0101 ( .190) P= .890	.3316 ( .190) P= .000	.303 ( .190) P= .00	GENAFF	.0053 ( .189) P= .943	-.0943 ( .191) P= .194	-.0450 ( .190) P= .537	-.0359 ( .189) P= .623	.0480 ( .189) P= .512	-.010 ( .190) P= .89
PSYCH.1	.2343 ( .190) P= .001	.0180 ( .190) P= .806	-.0741 ( .190) P= .310	-.0270 ( .190) P= .712	.4945 ( .190) P= .000	.455 ( .190) P= .00	HAB.1	.0025 ( .189) P= .973	-.0339 ( .190) P= .643	-.3997 ( .190) P= .000	-.1674 ( .189) P= .021	.2244 ( .189) P= .002	.331 ( .190) P= .00
PSYNEG.1	.4630 ( .190) P= .000	.0399 ( .190) P= .585	.0028 ( .190) P= .969	.0622 ( .190) P= .394	.6128 ( .190) P= .000	.720 ( .190) P= .00							
PSYPOS.1	-.0331 ( .189) P= .651	-.1155 ( .189) P= .114	-.0927 ( .189) P= .205	.0382 ( .189) P= .602	-.2580 ( .189) P= .000	-.166 ( .189) P= .02							
SECURE.1	.2340 ( .190) P= .001	-.0141 ( .190) P= .847	-.1560 ( .190) P= .032	-.0408 ( .190) P= .576	.3865 ( .190) P= .000	.390 ( .190) P= .00							

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	MEDLEV.1	NBHOSP	NEA.1	ORI.1	PLC.1	PSY.1		PSYCH.1	PSYNEG.1	PSYPOS.1	SECURE.1	SELFCA.1	SEXE
HOS.1	.1660 (.189) P=.022	.0726 (.190) P=.320	-.1932 (.190) P=.008	-.0506 (.189) P=.490	.2726 (.189) P=.000	.303 (.190) P=.00	AGE89	-.0589 (.190) P=.419	-.0760 (.190) P=.297	-.0802 (.189) P=.273	-.0888 (.190) P=.223	.1471 (.190) P=.043	.096 (.191) P=.18
MEDLEV.1	1.0000 (.189) P=.	-.1389 (.185) P=.057	-.1728 (.189) P=.017	-.1119 (.188) P=.126	.5239 (.189) P=.000	.008 (.189) P=.91	CBSASTMI	.0486 (.190) P=.506	.0256 (.190) P=.723	.0786 (.189) P=.262	.0751 (.190) P=.303	.0074 (.190) P=.920	.035 (.191) P=.62
NBHOSP	-.1389 (.189) P=.057	1.0000 (.191) P=.	.1701 (.190) P=.019	.1552 (.189) P=.033	-.0468 (.189) P=.523	-.094 (.190) P=.19	COMACT.1	.1311 (.190) P=.071	.1676 (.190) P=.021	-.2943 (.189) P=.000	.0435 (.190) P=.551	.3620 (.190) P=.000	.031 (.190) P=.67
NEA.1	-.1728 (.189) P=.017	.1701 (.190) P=.019	1.0000 (.189) P=.	.2335 (.189) P=.001	-.3998 (.189) P=.000	-.150 (.190) P=.03	COMIND.1	.1727 (.190) P=.017	.2199 (.190) P=.002	-.2757 (.189) P=.000	.0927 (.190) P=.204	.2957 (.190) P=.000	.028 (.190) P=.69
ORI.1	-.1119 (.188) P=.126	.1552 (.189) P=.033	.2335 (.189) P=.001	1.0000 (.188) P=.	-.3602 (.188) P=.000	-.163 (.189) P=.02	DANGAFF	.0947 (.190) P=.194	.0647 (.190) P=.375	-.0846 (.189) P=.247	.0712 (.190) P=.329	.0809 (.190) P=.267	-.033 (.191) P=.64
PLC.1	.5239 (.189) P=.000	-.0468 (.189) P=.523	-.3998 (.189) P=.000	-.3602 (.188) P=.000	1.0000 (.189) P=.	.073 (.189) P=.31	DANGFOT	-.0070 (.190) P=.924	-.0844 (.190) P=.247	.0140 (.189) P=.848	-.0061 (.190) P=.934	-.0565 (.190) P=.438	-.021 (.191) P=.76
PSY.1	.0080 (.189) P=.913	-.0946 (.190) P=.194	-.1509 (.190) P=.038	-.1639 (.189) P=.024	.0737 (.189) P=.314	1.000 (.190) P=.	DEF.1	.2343 (.190) P=.001	.4630 (.190) P=.000	-.0331 (.189) P=.651	.2340 (.190) P=.001	.1487 (.190) P=.041	-.034 (.190) P=.63
PSYCH.1	.1333 (.189) P=.067	-.0167 (.190) P=.819	-.2976 (.190) P=.000	-.3539 (.189) P=.000	.2993 (.189) P=.000	.403 (.190) P=.00	DIAG	.0180 (.190) P=.806	.0399 (.190) P=.585	-.1155 (.189) P=.114	-.0141 (.190) P=.847	.0323 (.190) P=.658	.048 (.191) P=.51
PSYNEG.1	.1428 (.189) P=.050	.0252 (.190) P=.730	-.2295 (.190) P=.001	-.0698 (.189) P=.340	.2675 (.189) P=.000	.604 (.190) P=.00	DURHOSP	-.0741 (.190) P=.310	.0028 (.190) P=.969	-.0927 (.189) P=.205	-.1560 (.190) P=.032	.0911 (.190) P=.211	.128 (.191) P=.07
PSYPOS.1	-.1834 (.188) P=.012	.2228 (.189) P=.002	.5764 (.189) P=.000	.6563 (.188) P=.000	-.4625 (.188) P=.000	-.283 (.189) P=.00	GENAFF	-.0270 (.190) P=.712	.0622 (.190) P=.394	.0382 (.189) P=.602	-.0408 (.190) P=.576	.0642 (.190) P=.379	.103 (.191) P=.15
SECURE.1	.0701 (.189) P=.338	.0810 (.190) P=.267	-.1414 (.190) P=.052	-.1891 (.189) P=.009	.1988 (.189) P=.006	.326 (.190) P=.00	HAB.1	.4945 (.190) P=.000	.6128 (.190) P=.000	-.2580 (.189) P=.000	.3865 (.190) P=.000	.2717 (.190) P=.000	.046 (.190) P=.52
-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	MEDLEV.1	NBHOSP	NEA.1	ORI.1	PLC.1	PSY.1		PSYCH.1	PSYNEG.1	PSYPOS.1	SECURE.1	SELFCA.1	SEXE
SELFCA.1	.3233 (.189) P=.000	-.1855 (.190) P=.010	-.4551 (.190) P=.000	-.4543 (.189) P=.000	.6584 (.189) P=.000	.1573 (.190) P=.030	HOS.1	.4558 (.190) P=.000	.7206 (.190) P=.000	-.1669 (.189) P=.022	.3901 (.190) P=.000	.2989 (.190) P=.000	-.000 (.190) P=.99
SEXE	-.0076 (.189) P=.917	-.0573 (.191) P=.431	-.0572 (.190) P=.433	-.1061 (.189) P=.146	.0913 (.188) P=.212	.0047 (.190) P=.948	MEDLEV.1	.1333 (.189) P=.067	.1428 (.189) P=.050	-.1834 (.188) P=.012	.0701 (.189) P=.338	.3233 (.189) P=.000	-.007 (.189) P=.91
SOC.1	-.1457 (.189) P=.045	.1747 (.190) P=.016	.1719 (.190) P=.018	.3775 (.189) P=.000	-.2766 (.189) P=.000	-.1732 (.190) P=.017	NBHOSP	-.0167 (.190) P=.819	.0252 (.190) P=.730	.2228 (.189) P=.002	.0810 (.190) P=.267	-.1855 (.190) P=.010	-.057 (.191) P=.43
COMACTD	-.0808 (.141) P=.341	-.0245 (.141) P=.773	.0595 (.141) P=.483	-.0058 (.140) P=.945	-.1109 (.141) P=.190	-.1267 (.141) P=.134	NEA.1	-.2976 (.190) P=.000	-.2295 (.190) P=.001	.5764 (.189) P=.000	-.1414 (.190) P=.052	-.4551 (.190) P=.000	-.057 (.190) P=.43
COMINDD	-.0250 (.161) P=.753	-.1097 (.162) P=.165	.0883 (.162) P=.264	.0331 (.161) P=.677	-.2220 (.161) P=.005	-.1673 (.162) P=.033	ORI.1	-.3539 (.189) P=.000	-.0698 (.189) P=.340	.6563 (.189) P=.000	-.1891 (.189) P=.009	-.4543 (.189) P=.000	-.106 (.189) P=.14
PLCD	-.1470 (.138) P=.085	-.1336 (.138) P=.118	-.0064 (.138) P=.940	-.0668 (.137) P=.438	-.3338 (.138) P=.000	-.1097 (.138) P=.200	PLC.1	.2993 (.189) P=.000	.2675 (.189) P=.000	-.4625 (.188) P=.000	.1988 (.189) P=.006	.6584 (.189) P=.000	.091 (.189) P=.21
SELFCA1	.0507 (.144) P=.546	-.0607 (.144) P=.470	.0204 (.144) P=.808	-.0465 (.143) P=.582	-.1559 (.144) P=.062	-.1444 (.144) P=.084	PSY.1	.4032 (.190) P=.000	.6046 (.190) P=.000	-.2836 (.189) P=.000	.3269 (.190) P=.000	.1573 (.190) P=.030	.004 (.190) P=.94
SOC1	.0630 (.140) P=.459	-.0884 (.140) P=.299	-.0965 (.140) P=.257	-.1594 (.139) P=.061	-.0076 (.140) P=.929	.0702 (.140) P=.410	PSYCH.1	1.0000 (.190) P=.	.5897 (.190) P=.000	-.4292 (.189) P=.000	.8281 (.190) P=.000	.4013 (.190) P=.000	.011 (.190) P=.87
							PSYNEG.1	.5897 (.190) P=.000	1.0000 (.190) P=.	-.2333 (.189) P=.001	.4894 (.190) P=.000	.2680 (.190) P=.000	.020 (.190) P=.78
							PSYPOS.1	-.4292 (.189) P=.000	-.2333 (.189) P=.001	1.0000 (.189) P=.	-.1533 (.189) P=.035	-.6225 (.189) P=.000	-.072 (.189) P=.32
							SECURE.1	.8281 (.190) P=.000	.4894 (.190) P=.000	-.1533 (.189) P=.035	1.0000 (.190) P=.	.2359 (.190) P=.001	-.045 (.190) P=.53

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	PSYCH.1	PSYNEG.1	PSYPOS.1	SECURE.1	SELFCAD.1	SEXE	SOC.1	COMACTD	COMINDD	PLCD	SELFCAD	SOCAD	
SELFCAD.1	.4013 ( 190) P=.000	.2680 ( 190) P=.000	-.6225 ( 189) P=.000	.2359 ( 190) P=.001	1.0000 ( 190) P=.	.045 ( 190) P=.53	HOS.1 -.1207 ( 190) P=.097	-.1249 ( 141) P=.140	-.0997 ( 162) P=.207	-.1707 ( 138) P=.045	-.1673 ( 144) P=.045	.104 ( 140) P=.21	
SEXE	.0113 ( 190) P=.878	.0200 ( 190) P=.784	-.0724 ( 189) P=.322	-.0451 ( 190) P=.537	.0456 ( 190) P=.532	1.000 ( 191) P=.	MEDLEV.1 -.1457 ( 189) P=.045	-.0808 ( 141) P=.341	-.0250 ( 161) P=.753	-.1470 ( 138) P=.085	.0507 ( 144) P=.546	.063 ( 140) P=.45	
SOC.1	-.2117 ( 190) P=.003	-.1915 ( 190) P=.008	.5419 ( 189) P=.000	-.0710 ( 190) P=.330	-.3951 ( 190) P=.000	-.066 ( 190) P=.36	NBHOSP .1747 ( 190) P=.016	-.0245 ( 141) P=.773	-.1097 ( 162) P=.165	-.1336 ( 138) P=.118	-.0607 ( 144) P=.470	-.088 ( 140) P=.29	
COMACTD	-.1362 ( 141) P=.107	-.1120 ( 141) P=.186	.1391 ( 140) P=.101	-.0707 ( 162) P=.405	-.1859 ( 141) P=.027	.011 ( 141) P=.89	NEA.1 .1719 ( 190) P=.018	.0595 ( 141) P=.483	.0883 ( 138) P=.264	-.0064 ( 137) P=.940	.0204 ( 144) P=.808	-.096 ( 140) P=.25	
COMINDD	-.0495 ( 162) P=.532	-.0895 ( 162) P=.257	.1161 ( 161) P=.143	-.0481 ( 162) P=.543	-.1114 ( 162) P=.158	.018 ( 162) P=.81	ORI.1 .3775 ( 189) P=.000	-.0058 ( 140) P=.945	.0331 ( 161) P=.677	-.0668 ( 137) P=.438	-.0465 ( 143) P=.582	-.159 ( 139) P=.06	
PLCD	-.0699 ( 138) P=.415	-.0975 ( 138) P=.255	-.0511 ( 137) P=.553	-.1253 ( 138) P=.143	-.0510 ( 138) P=.552	.086 ( 138) P=.31	PLC.1 -.2766 ( 189) P=.000	-.1109 ( 141) P=.190	-.2220 ( 161) P=.005	-.3338 ( 138) P=.000	-.1559 ( 144) P=.062	-.007 ( 140) P=.92	
SELFCAD	-.1398 ( 144) P=.095	-.1393 ( 144) P=.096	.0583 ( 143) P=.489	-.1615 ( 144) P=.053	-.2576 ( 144) P=.002	.097 ( 144) P=.24	PSY.1 -.1732 ( 190) P=.017	-.1267 ( 141) P=.134	-.1673 ( 162) P=.033	-.1097 ( 138) P=.200	-.1444 ( 144) P=.084	.070 ( 140) P=.41	
SOCAD	.0700 ( 140) P=.411	.1329 ( 140) P=.117	-.2072 ( 139) P=.014	-.0058 ( 140) P=.945	.1161 ( 140) P=.172	.073 ( 140) P=.38	PSYCH.1 -.2117 ( 190) P=.003	-.1362 ( 141) P=.107	-.0495 ( 162) P=.532	-.0699 ( 138) P=.415	-.1398 ( 144) P=.095	.070 ( 140) P=.41	
-- Correlation Coefficients --													
	SOC.1	COMACTD	COMINDD	PLCD	SELFCAD	SOCAD		SOC.1	COMACTD	COMINDD	PLCD	SELFCAD	SOCAD
AGE89	-.1996 ( 190) P=.006	.1820 ( 141) P=.031	.1065 ( 162) P=.177	.1772 ( 138) P=.038	.2984 ( 144) P=.000	-.159 ( 140) P=.06	PSYPOS.1 .5419 ( 189) P=.000	.1391 ( 140) P=.101	.1161 ( 162) P=.143	-.0511 ( 137) P=.553	.0583 ( 144) P=.489	-.207 ( 139) P=.01	
CBSA5IMI	.1177 ( 190) P=.106	-.1821 ( 141) P=.031	-.0484 ( 162) P=.540	-.1792 ( 138) P=.035	-.0890 ( 144) P=.289	-.123 ( 140) P=.14	SECURE.1 -.0710 ( 190) P=.330	-.0707 ( 141) P=.405	-.0481 ( 162) P=.543	-.1253 ( 138) P=.143	-.1615 ( 144) P=.053	-.005 ( 140) P=.94	
COMACT.1	-.3025 ( 190) P=.000	-.4322 ( 141) P=.000	-.4236 ( 162) P=.000	-.2059 ( 138) P=.015	-.0409 ( 144) P=.626	.208 ( 140) P=.01	-- Correlation Coefficients --						
COMIND.1	-.2200 ( 190) P=.002	-.3353 ( 141) P=.000	-.5240 ( 162) P=.000	-.2490 ( 138) P=.003	-.0955 ( 144) P=.255	.058 ( 140) P=.49	SELFCAD.1 -.3951 ( 190) P=.000	-.1859 ( 141) P=.027	-.1114 ( 162) P=.158	-.0510 ( 138) P=.552	-.2576 ( 144) P=.002	.116 ( 140) P=.17	
DANGAFF	.0078 ( 190) P=.915	-.0804 ( 141) P=.343	-.1173 ( 162) P=.137	-.0777 ( 138) P=.365	.0177 ( 144) P=.833	-.064 ( 140) P=.45	SEXE -.0665 ( 190) P=.362	.0117 ( 141) P=.891	.0181 ( 162) P=.819	.0860 ( 138) P=.316	.0973 ( 144) P=.246	.073 ( 140) P=.38	
DANGPOT	.0089 ( 190) P=.903	.0800 ( 141) P=.346	.1068 ( 162) P=.176	.0177 ( 138) P=.837	-.0097 ( 144) P=.908	.064 ( 140) P=.44	SOC.1 1.0000 ( 190) P=.	.1390 ( 141) P=.100	.0285 ( 162) P=.719	.0038 ( 138) P=.965	.0368 ( 144) P=.662	-.486 ( 140) P=.00	
DEF.1	-.0932 ( 190) P=.201	-.0765 ( 141) P=.367	-.0761 ( 162) P=.336	-.2044 ( 138) P=.016	-.1518 ( 144) P=.069	.093 ( 140) P=.27	COMACTD .1390 ( 141) P=.100	1.0000 ( 141) P=.	.6635 ( 161) P=.000	.4678 ( 131) P=.000	.3346 ( 136) P=.000	-.223 ( 132) P=.01	
DIAG	.0076 ( 190) P=.917	.0116 ( 141) P=.892	.0707 ( 162) P=.371	-.0952 ( 138) P=.267	-.2315 ( 144) P=.005	-.237 ( 140) P=.00	COMINDD .0285 ( 162) P=.719	.6635 ( 141) P=.000	1.0000 ( 162) P=.	.5012 ( 138) P=.000	.2268 ( 144) P=.006	-.082 ( 140) P=.33	
DURHOSP	-.0415 ( 190) P=.569	-.1761 ( 141) P=.037	.2260 ( 162) P=.004	.1679 ( 138) P=.049	-.1667 ( 144) P=.046	-.109 ( 140) P=.19	PLCD .0038 ( 138) P=.965	.4678 ( 131) P=.000	.5012 ( 138) P=.000	1.0000 ( 138) P=.	.6520 ( 138) P=.000	.007 ( 130) P=.93	
GENAFF	.1161 ( 190) P=.111	.1230 ( 141) P=.146	.1354 ( 162) P=.086	.0030 ( 138) P=.972	-.0788 ( 144) P=.348	-.105 ( 140) P=.21	SELFCAD .0368 ( 144) P=.662	.3346 ( 136) P=.000	.2268 ( 144) P=.006	.6520 ( 138) P=.000	1.0000 ( 144) P=.	-.064 ( 134) P=.46	
HAB.1	-.0440 ( 190) P=.547	-.0718 ( 141) P=.397	-.0231 ( 162) P=.771	-.0224 ( 138) P=.794	-.0455 ( 144) P=.588	.101 ( 140) P=.23	SOCAD -.4865 ( 140) P=.000	-.2238 ( 132) P=.010	-.0823 ( 140) P=.334	.0071 ( 130) P=.936	-.0642 ( 134) P=.461	1.000 ( 140) P=.	

**B) VARIABLES INDEPENDANTES DES  
REGRESSIONS LINEAIRES**

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
A	AGE89	COMACT21	COMACT22	COMACT23	COMIN		A	AGE89	COMACT21	COMACT22	COMACT23	COMIN	
						DIAG	-.0634 ( 154) P=.435	.0548 ( 191) P=.452	.0350 ( 148) P=.673	-.0793 ( 148) P=.338	.0428 ( 148) P=.606	.065 ( 190) P=.36	
A	1.0000 ( 154) P=.	-.2326 ( 154) P=.004	.4599 ( 145) P=.000	.3353 ( 145) P=.000	-.5765 ( 145) P=.000	-.524 ( 154) P=.00	DUREXT	.0517 ( 154) P=.524	.0232 ( 191) P=.750	.1246 ( 148) P=.131	-.0104 ( 148) P=.901	-.0724 ( 148) P=.382	-.072 ( 190) P=.31
AGE89	-.2326 ( 154) P=.004	1.0000 ( 148) P=.	-.1323 ( 148) P=.109	-.0040 ( 148) P=.962	.0893 ( 148) P=.281	.132 ( 190) P=.06	DURHOSP	-.1570 ( 154) P=.052	.3151 ( 191) P=.000	-.1166 ( 148) P=.158	.0319 ( 148) P=.700	.0494 ( 148) P=.551	.114 ( 190) P=.11
COMACT21	.4599 ( 145) P=.000	-.1323 ( 148) P=.109	1.0000 ( 148) P=.	-.0970 ( 148) P=.241	-.5699 ( 148) P=.000	-.478 ( 148) P=.00	GENAFF	-.1094 ( 154) P=.177	-.0270 ( 191) P=.711	-.0290 ( 148) P=.727	-.0432 ( 148) P=.602	.0545 ( 148) P=.511	.117 ( 190) P=.10
COMACT22	.3353 ( 145) P=.000	-.0040 ( 148) P=.962	-.0970 ( 148) P=.241	1.0000 ( 148) P=.	-.7626 ( 148) P=.000	-.722 ( 148) P=.00	GENPOT	.0428 ( 154) P=.598	-.0706 ( 191) P=.332	-.0387 ( 148) P=.640	-.0518 ( 148) P=.532	.0679 ( 148) P=.412	-.029 ( 190) P=.68
COMACT23	-.5765 ( 145) P=.000	.0893 ( 148) P=.281	-.5699 ( 148) P=.000	-.7626 ( 148) P=.000	1.0000 ( 148) P=.	.908 ( 148) P=.00	H	.2228 ( 145) P=.007	-.3999 ( 147) P=.000	.0267 ( 138) P=.756	.0893 ( 138) P=.298	-.0914 ( 138) P=.296	-.115 ( 147) P=.16
COMIND	-.5242 ( 154) P=.000	.1329 ( 190) P=.068	-.4789 ( 148) P=.000	-.7228 ( 148) P=.000	.9081 ( 148) P=.000	1.000 ( 190) P=.	HAB21	.3390 ( 135) P=.000	.0897 ( 138) P=.295	.0617 ( 131) P=.484	.0399 ( 131) P=.651	-.0734 ( 131) P=.405	-.056 ( 138) P=.51
DANGAFF	-.2116 ( 154) P=.008	-.1213 ( 191) P=.095	-.1125 ( 148) P=.173	.0282 ( 148) P=.734	.0498 ( 148) P=.547	.026 ( 190) P=.71	HAB22	-.1711 ( 135) P=.047	-.1532 ( 138) P=.073	-.0074 ( 131) P=.933	.0291 ( 131) P=.741	-.0188 ( 131) P=.832	.025 ( 138) P=.76
DANGPOT	.0336 ( 154) P=.679	-.1160 ( 191) P=.110	-.0725 ( 148) P=.381	-.0125 ( 148) P=.880	.0575 ( 148) P=.488	.071 ( 190) P=.32	HAB23	-.2667 ( 135) P=.002	.1017 ( 138) P=.235	-.0902 ( 131) P=.306	-.1148 ( 131) P=.192	.1532 ( 131) P=.081	.049 ( 138) P=.56
DEP21	-.1295 ( 148) P=.117	.0360 ( 152) P=.660	-.1005 ( 142) P=.234	-.1465 ( 142) P=.082	.1854 ( 142) P=.027	.202 ( 152) P=.01	HOS21	.1731 ( 147) P=.036	-.0487 ( 150) P=.554	.2173 ( 142) P=.009	-.0314 ( 142) P=.711	-.1105 ( 142) P=.190	-.149 ( 150) P=.06
DEP22	.1627 ( 148) P=.048	-.0668 ( 152) P=.413	.0776 ( 142) P=.359	.1654 ( 142) P=.049	-.1873 ( 142) P=.026	-.248 ( 152) P=.00	HOS22	.1325 ( 147) P=.110	.0736 ( 150) P=.371	-.0858 ( 142) P=.310	.1200 ( 142) P=.155	-.0467 ( 142) P=.581	.020 ( 150) P=.80
DEP23	-.0405 ( 148) P=.625	.0492 ( 152) P=.547	.0521 ( 142) P=.538	-.0110 ( 142) P=.896	-.0228 ( 142) P=.788	.053 ( 152) P=.51	-- Correlation Coefficients --						
							A	AGE89	COMACT21	COMACT22	COMACT23	COMIN	
							HOS23	-.2932 ( 147) P=.000	-.0436 ( 150) P=.597	-.0817 ( 142) P=.334	-.1102 ( 142) P=.192	.1440 ( 142) P=.087	.100 ( 150) P=.22
							LOISIR1	.6056 ( 146) P=.000	-.2021 ( 147) P=.014	.3191 ( 138) P=.000	.1886 ( 138) P=.027	-.3660 ( 138) P=.000	-.310 ( 147) P=.00
							MEDLEV21	.2013 ( 147) P=.014	-.1334 ( 151) P=.102	.0936 ( 142) P=.268	.0316 ( 142) P=.709	-.0877 ( 142) P=.299	-.029 ( 151) P=.71
							MEDLEV22	.0963 ( 147) P=.246	-.0979 ( 151) P=.232	-.0432 ( 142) P=.610	.1245 ( 142) P=.140	-.0732 ( 142) P=.387	-.114 ( 151) P=.16
							MEDLEV23	-.0355 ( 147) P=.669	-.0254 ( 151) P=.757	.0771 ( 142) P=.362	-.0592 ( 142) P=.484	-.0026 ( 142) P=.975	.052 ( 151) P=.52
							MEDLEV24	-.2634 ( 147) P=.001	.2860 ( 151) P=.000	-.1082 ( 142) P=.200	-.1401 ( 142) P=.096	.1861 ( 142) P=.027	.131 ( 151) P=.10
							NBHOSP	.1133 ( 154) P=.162	-.0979 ( 191) P=.178	.0212 ( 148) P=.798	.1459 ( 148) P=.077	-.1343 ( 148) P=.104	-.028 ( 190) P=.69
							NEA21	-.2499 ( 147) P=.002	.0548 ( 151) P=.504	-.0804 ( 141) P=.343	-.1041 ( 141) P=.219	.1383 ( 141) P=.102	.130 ( 151) P=.10
							NEA22	-.3448 ( 147) P=.000	.0795 ( 151) P=.332	-.1648 ( 141) P=.051	-.0609 ( 141) P=.473	.1589 ( 141) P=.060	.162 ( 151) P=.04
							NEA23	.4597 ( 147) P=.000	-.1043 ( 151) P=.202	.1985 ( 141) P=.018	.1155 ( 141) P=.173	-.2258 ( 141) P=.007	-.223 ( 151) P=.00
							O	.4870 ( 100) P=.000	-.3780 ( 100) P=.000	.3030 ( 94) P=.003	.1521 ( 94) P=.143	-.3359 ( 94) P=.001	-.331 ( 100) P=.00

-- Correlation Coefficients --

	A	AGE89	COMACT21	COMACT22	COMACT23	COMIN
ORI21	-.2643 ( 136) P=.002	.1244 ( 139) P=.145	-.0693 ( 131) P=.432	-.0985 ( 131) P=.263	.1269 ( 131) P=.149	.121 ( 139) P=.15
ORI22	-.4047 ( 136) P=.000	.2581 ( 139) P=.002	-.1253 ( 131) P=.154	-.1782 ( 131) P=.042	.2296 ( 131) P=.008	.176 ( 139) P=.03
ORI23	.5098 ( 136) P=.000	-.3006 ( 139) P=.000	.1512 ( 131) P=.085	.2150 ( 131) P=.014	-.2771 ( 131) P=.001	-.225 ( 139) P=.00
PLC21	.5007 ( 143) P=.000	-.0570 ( 146) P=.494	.4561 ( 138) P=.000	.6436 ( 138) P=.000	-.8293 ( 138) P=.000	-.907 ( 146) P=.00
PLC22	-.0633 ( 143) P=.453	-.2397 ( 146) P=.004	-.1282 ( 138) P=.134	-.2931 ( 138) P=.000	.3250 ( 138) P=.000	.461 ( 146) P=.00
PLC23	-.1353 ( 143) P=.107	.0874 ( 146) P=.294	-.1410 ( 138) P=.099	-.0701 ( 138) P=.414	.1509 ( 138) P=.077	.104 ( 146) P=.20
PLC24	-.2996 ( 143) P=.000	.3214 ( 146) P=.000	-.1083 ( 138) P=.206	-.1403 ( 138) P=.101	.1866 ( 138) P=.028	.178 ( 146) P=.03
PSY21	.1931 ( 135) P=.025	.0459 ( 137) P=.595	.1044 ( 127) P=.243	-.1711 ( 127) P=.054	.0727 ( 127) P=.417	.020 ( 137) P=.81
PSY22	-.0559 ( 135) P=.520	.0210 ( 137) P=.808	-.0372 ( 127) P=.678	.1622 ( 127) P=.068	-.1093 ( 127) P=.221	-.110 ( 137) P=.19
PSY23	-.1473 ( 135) P=.088	-.0769 ( 137) P=.372	-.0685 ( 127) P=.444	-.0113 ( 127) P=.900	.0542 ( 127) P=.545	.114 ( 137) P=.18
PSYNEG21	.2137 ( 117) P=.021	-.0742 ( 118) P=.425	.1677 ( 111) P=.079	-.1707 ( 111) P=.073	.0368 ( 111) P=.701	.051 ( 118) P=.58

-- Correlation Coefficients --

	A	AGE89	COMACT21	COMACT22	COMACT23	COMIN
PSYNEG22	.0088 ( 117) P=.925	.0271 ( 118) P=.771	-.0863 ( 111) P=.368	.2267 ( 111) P=.017	-.1351 ( 111) P=.157	-.147 ( 118) P=.11
PSYNEG23	-.2890 ( 117) P=.002	.0547 ( 118) P=.556	-.0860 ( 111) P=.369	-.1208 ( 111) P=.207	.1555 ( 111) P=.103	.157 ( 118) P=.08
PSYPOS21	-.3563 ( 122) P=.000	.0861 ( 125) P=.340	-.0715 ( 119) P=.440	-.0949 ( 119) P=.304	.1257 ( 119) P=.173	.118 ( 125) P=.18
PSYPOS22	-.4888 ( 122) P=.000	.0398 ( 125) P=.659	-.1363 ( 119) P=.140	-.2166 ( 119) P=.018	.2690 ( 119) P=.003	.334 ( 125) P=.00
PSYPOS23	.6413 ( 122) P=.000	-.0792 ( 125) P=.380	.1661 ( 119) P=.071	.2550 ( 119) P=.005	-.3204 ( 119) P=.000	-.378 ( 125) P=.00
QOL	.7718 ( 84) P=.000	-.2917 ( 84) P=.007	.4146 ( 79) P=.000	.1491 ( 79) P=.190	-.4242 ( 79) P=.000	-.416 ( 84) P=.00
R	.5237 ( 147) P=.000	-.1732 ( 148) P=.035	.2237 ( 140) P=.008	.0587 ( 140) P=.491	-.1962 ( 140) P=.020	-.174 ( 148) P=.03
S	.4792 ( 132) P=.000	-.1930 ( 133) P=.026	.2675 ( 126) P=.002	.1481 ( 126) P=.098	-.3016 ( 126) P=.001	-.278 ( 133) P=.00
SCORE1	.2665 ( 152) P=.001	-.1410 ( 171) P=.066	.3457 ( 146) P=.000	-.0242 ( 146) P=.772	-.2049 ( 146) P=.013	-.118 ( 171) P=.12
SECURE21	.2714 ( 154) P=.001	-.0741 ( 190) P=.310	.1229 ( 148) P=.137	.0530 ( 148) P=.522	-.1236 ( 148) P=.134	-.264 ( 190) P=.00
SECURE22	-.0275 ( 154) P=.735	.0210 ( 190) P=.774	.0027 ( 148) P=.974	-.0177 ( 148) P=.831	.0128 ( 148) P=.877	.116 ( 190) P=.11

-- Correlation Coefficients --

	A	AGE89	COMACT21	COMACT22	COMACT23	COMIN
SECURE23	-.2916 ( 154) P=.000	.0706 ( 190) P=.333	-.1470 ( 148) P=.075	-.0456 ( 148) P=.582	.1332 ( 148) P=.107	.212 ( 190) P=.00
SELFCA21	.4989 ( 149) P=.000	-.2119 ( 152) P=.009	.2538 ( 143) P=.002	.2678 ( 143) P=.001	-.3869 ( 143) P=.000	-.356 ( 152) P=.00
SELFCA22	-.2534 ( 149) P=.002	-.0006 ( 152) P=.994	-.1664 ( 143) P=.047	-.1538 ( 143) P=.067	.2357 ( 143) P=.005	.216 ( 152) P=.00
SELFCA23	-.3291 ( 149) P=.000	.3010 ( 152) P=.000	-.1106 ( 148) P=.189	-.1481 ( 148) P=.077	.1945 ( 143) P=.020	.185 ( 152) P=.02
SEXE	-.1120 ( 154) P=.167	.0964 ( 191) P=.185	-.0234 ( 148) P=.778	-.0284 ( 148) P=.732	.0387 ( 148) P=.641	.049 ( 190) P=.50
SOC21	-.4110 ( 144) P=.000	.2208 ( 148) P=.007	-.1134 ( 139) P=.184	-.1378 ( 139) P=.106	.1879 ( 139) P=.027	.230 ( 148) P=.00
SOC22	.1152 ( 144) P=.169	-.0140 ( 148) P=.866	.0031 ( 139) P=.971	.0633 ( 139) P=.459	-.0538 ( 139) P=.529	-.080 ( 148) P=.32
SOC23	.3725 ( 144) P=.000	-.2523 ( 148) P=.002	.1378 ( 139) P=.106	.0999 ( 139) P=.242	-.1731 ( 139) P=.042	-.188 ( 148) P=.02
WQOL	.7506 ( 73) P=.000	-.3019 ( 73) P=.009	.4243 ( 69) P=.000	.1551 ( 69) P=.203	-.4496 ( 69) P=.000	-.434 ( 73) P=.00
CBSA5IMI	.1231 ( 154) P=.128	-.1324 ( 190) P=.069	.1227 ( 148) P=.137	.1228 ( 148) P=.137	-.1811 ( 148) P=.028	-.005 ( 190) P=.93
GROUPE	.1742 ( 154) P=.031	.0169 ( 191) P=.817	.2302 ( 148) P=.005	-.0017 ( 148) P=.983	-.1482 ( 148) P=.072	-.090 ( 190) P=.21

-- Correlation Coefficients --

	A	DANGAFF	DANGPOT	DEP21	DEP22	DEP23	DIAG
A	-.2116 ( 154) P=.008	.0336 ( 154) P=.679	-.1295 ( 148) P=.117	.1627 ( 148) P=.048	-.0405 ( 148) P=.625	-.063 ( 154) P=.43	
AGE89	-.1213 ( 191) P=.095	-.1160 ( 191) P=.110	.0360 ( 152) P=.660	-.0668 ( 152) P=.413	.0492 ( 152) P=.547	.054 ( 191) P=.45	
COMACT21	-.1125 ( 148) P=.173	-.0725 ( 148) P=.381	-.1005 ( 142) P=.234	.0776 ( 142) P=.359	.0521 ( 142) P=.558	.035 ( 148) P=.67	
COMACT22	.0282 ( 148) P=.734	-.0125 ( 148) P=.880	-.1465 ( 142) P=.082	.1654 ( 142) P=.049	-.0110 ( 142) P=.896	-.079 ( 148) P=.33	
COMACT23	.0498 ( 148) P=.547	.0575 ( 148) P=.488	.1854 ( 142) P=.027	-.1873 ( 142) P=.026	-.0228 ( 142) P=.788	.042 ( 148) P=.60	
COMIND	.0269 ( 190) P=.713	.0714 ( 190) P=.327	.2027 ( 152) P=.012	-.2485 ( 152) P=.002	.0539 ( 152) P=.510	.065 ( 190) P=.36	
DANGAFF	1.0000 ( 191) P=.	-.1025 ( 191) P=.158	.0381 ( 152) P=.641	-.0216 ( 152) P=.792	-.0337 ( 152) P=.680	-.025 ( 191) P=.72	
DANGPOT	-.1025 ( 191) P=.158	1.0000 ( 191) P=.	.0661 ( 152) P=.418	-.0306 ( 152) P=.708	-.0704 ( 152) P=.389	-.038 ( 191) P=.59	
DEP21	.0381 ( 152) P=.641	.0661 ( 152) P=.418	1.0000 ( 152) P=.	-.8498 ( 152) P=.000	-.3906 ( 152) P=.000	-.062 ( 152) P=.44	
DEP22	-.0216 ( 152) P=.792	-.0306 ( 152) P=.708	-.8498 ( 152) P=.000	1.0000 ( 152) P=.	-.1532 ( 152) P=.059	.042 ( 152) P=.60	
DEP23	-.0337 ( 152) P=.680	-.0704 ( 152) P=.389	-.3906 ( 152) P=.000	-.1532 ( 152) P=.059	1.0000 ( 152) P=.	.041 ( 152) P=.61	

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	DANGAFF	DANGPOT	DEP21	DEP22	DEP23	DIAG	DANGAFF	DANGPOT	DEP21	DEP22	DEP23	DIAG	
DIAG	-.0257 ( 191) P= .724	-.0383 ( 191) P= .599	-.0621 ( 152) P= .447	-.0428 ( 152) P= .601	.0417 ( 152) P= .610	1.000 ( 191) P= .	ORI21	.0683 ( 139) P= .425	-.0611 ( 139) P= .475	.1076 ( 135) P= .214	-.0733 ( 135) P= .398	-.0710 ( 135) P= .413	-.200 ( 139) P= .01
DUREXT	-.2814 ( 191) P= .000	-.1366 ( 191) P= .059	.0177 ( 152) P= .829	-.0022 ( 152) P= .979	-.0294 ( 152) P= .720	-.180 ( 191) P= .01	ORI22	.0199 ( 139) P= .816	-.0312 ( 139) P= .716	.1580 ( 135) P= .067	-.0913 ( 135) P= .293	-.1315 ( 135) P= .128	.059 ( 139) P= .48
DURHOSP	-.1074 ( 191) P= .139	.0092 ( 191) P= .900	.2165 ( 152) P= .007	-.2171 ( 152) P= .007	-.0266 ( 152) P= .745	.115 ( 191) P= .11	ORI23	-.0556 ( 139) P= .516	.0618 ( 139) P= .470	-.2018 ( 135) P= .019	.1228 ( 135) P= .156	.1577 ( 135) P= .068	.057 ( 139) P= .50
GENAFF	.0870 ( 191) P= .231	-.0300 ( 191) P= .680	.0698 ( 152) P= .393	-.0553 ( 152) P= .498	-.0342 ( 152) P= .676	.060 ( 191) P= .40	PLC21	-.0555 ( 146) P= .506	-.0327 ( 146) P= .696	-.1821 ( 141) P= .031	.2239 ( 141) P= .008	-.0427 ( 141) P= .615	.012 ( 146) P= .87
GENPOT	.0248 ( 191) P= .734	-.0405 ( 191) P= .578	-.0054 ( 152) P= .948	.0273 ( 152) P= .738	-.0377 ( 152) P= .645	-.038 ( 191) P= .59	PLC22	.0452 ( 146) P= .588	.0750 ( 146) P= .368	-.0013 ( 141) P= .988	-.0620 ( 141) P= .465	.1047 ( 141) P= .217	.209 ( 146) P= .01
H	-.0138 ( 147) P= .868	.0243 ( 147) P= .770	.1161 ( 142) P= .169	-.1401 ( 142) P= .096	.0238 ( 142) P= .779	.246 ( 147) P= .00	PLC23	-.0905 ( 146) P= .277	-.0562 ( 146) P= .500	.0703 ( 141) P= .408	-.0741 ( 141) P= .383	-.0039 ( 141) P= .964	-.156 ( 146) P= .06
HAB21	-.1740 ( 138) P= .041	.0889 ( 138) P= .300	.1045 ( 135) P= .228	-.0276 ( 135) P= .751	-.1391 ( 135) P= .108	-.010 ( 138) P= .90	PLC24	.1026 ( 146) P= .218	-.0095 ( 146) P= .909	.1149 ( 141) P= .175	-.0609 ( 141) P= .473	-.1057 ( 141) P= .212	-.143 ( 146) P= .08
HAB22	.0635 ( 138) P= .459	-.0277 ( 138) P= .747	-.0900 ( 135) P= .299	.0788 ( 135) P= .364	.0316 ( 135) P= .716	-.002 ( 138) P= .97	PSY21	-.0253 ( 137) P= .769	.1861 ( 137) P= .029	.1631 ( 135) P= .059	-.1167 ( 135) P= .178	-.1012 ( 135) P= .243	-.089 ( 137) P= .29
HAB23	.1761 ( 138) P= .039	-.0976 ( 138) P= .255	-.0228 ( 135) P= .793	-.0809 ( 135) P= .351	.1700 ( 135) P= .049	.020 ( 138) P= .81	PSY22	-.0151 ( 137) P= .861	-.0792 ( 137) P= .358	-.0839 ( 135) P= .334	.0447 ( 135) P= .607	.0792 ( 135) P= .361	-.107 ( 137) P= .21
HOS21	-.1072 ( 150) P= .192	.1158 ( 150) P= .158	.1644 ( 145) P= .048	-.1096 ( 145) P= .190	-.1151 ( 145) P= .168	.073 ( 150) P= .36	PSY23	.0468 ( 137) P= .587	-.1085 ( 137) P= .207	-.0786 ( 135) P= .365	.0754 ( 135) P= .385	.0148 ( 135) P= .864	.233 ( 137) P= .00
HOS22	-.2926 ( 150) P= .000	-.0622 ( 150) P= .450	-.0025 ( 145) P= .976	.0376 ( 145) P= .653	-.0596 ( 145) P= .477	-.127 ( 150) P= .12	PSYNEG21	-.0750 ( 118) P= .420	.2039 ( 118) P= .027	.3053 ( 118) P= .001	-.2520 ( 118) P= .006	-.1298 ( 118) P= .161	-.013 ( 118) P= .88
-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	DANGAFF	DANGPOT	DEP21	DEP22	DEP23	DIAG	DANGAFF	DANGPOT	DEP21	DEP22	DEP23	DIAG	
HOS23	.4225 ( 150) P= .000	-.0250 ( 150) P= .761	-.1349 ( 145) P= .106	.0489 ( 145) P= .559	.1645 ( 145) P= .048	.084 ( 150) P= .30	PSYNEG22	.0519 ( 118) P= .576	-.1248 ( 118) P= .178	-.0714 ( 118) P= .442	.1972 ( 118) P= .032	-.1912 ( 118) P= .038	-.061 ( 118) P= .50
LOISIR1	-.2105 ( 147) P= .010	.0001 ( 147) P= .999	-.1474 ( 141) P= .081	.1461 ( 141) P= .084	.0210 ( 141) P= .804	.041 ( 147) P= .61	PSYNEG23	.0181 ( 118) P= .845	-.0742 ( 118) P= .424	-.2859 ( 118) P= .002	.0267 ( 121) P= .774	.4569 ( 118) P= .000	.110 ( 118) P= .23
MEDLEV21	.0098 ( 151) P= .905	-.0851 ( 151) P= .299	-.0073 ( 146) P= .930	-.0024 ( 146) P= .977	.0176 ( 146) P= .833	.140 ( 151) P= .08	PSYPOS21	.1974 ( 125) P= .027	-.0593 ( 125) P= .511	.0989 ( 121) P= .281	-.0603 ( 121) P= .511	-.0744 ( 121) P= .417	-.096 ( 125) P= .28
MEDLEV22	.0533 ( 151) P= .516	.1173 ( 151) P= .151	.0204 ( 146) P= .807	-.0894 ( 146) P= .283	.1163 ( 146) P= .162	.039 ( 151) P= .62	PSYPOS22	.0606 ( 125) P= .502	-.0925 ( 125) P= .305	.0457 ( 121) P= .619	-.1187 ( 121) P= .195	.1081 ( 121) P= .238	.166 ( 125) P= .06
MEDLEV23	.0079 ( 151) P= .923	.0054 ( 151) P= .948	-.1484 ( 146) P= .074	.1961 ( 146) P= .018	-.0632 ( 146) P= .448	.026 ( 151) P= .75	PSYPOS23	-.1520 ( 125) P= .091	.1172 ( 125) P= .193	-.0915 ( 121) P= .318	.1434 ( 121) P= .117	-.0687 ( 121) P= .454	-.114 ( 125) P= .20
MEDLEV24	-.0950 ( 151) P= .246	-.1041 ( 151) P= .204	.1466 ( 146) P= .077	-.0947 ( 146) P= .255	-.1080 ( 146) P= .194	-.208 ( 151) P= .01	QOL	-.2738 ( 84) P= .012	-.0031 ( 84) P= .977	.0321 ( 80) P= .778	-.0267 ( 80) P= .814	-.0987 ( 80) P= .434	-.034 ( 84) P= .75
NBHOSP	-.0048 ( 191) P= .947	-.0471 ( 191) P= .517	-.2557 ( 152) P= .001	.2304 ( 152) P= .004	.0771 ( 152) P= .345	-.056 ( 191) P= .44	R	-.1803 ( 148) P= .028	-.0440 ( 148) P= .596	-.0696 ( 142) P= .410	.0540 ( 142) P= .523	.0353 ( 142) P= .676	-.132 ( 148) P= .10
NEA21	.1160 ( 151) P= .156	-.0706 ( 151) P= .389	.0301 ( 146) P= .719	.0127 ( 146) P= .879	-.0774 ( 146) P= .353	.107 ( 151) P= .19	S	-.2414 ( 133) P= .005	-.0142 ( 133) P= .871	.1675 ( 129) P= .058	-.0959 ( 129) P= .280	-.1440 ( 129) P= .103	.061 ( 133) P= .48
NEA22	.0754 ( 151) P= .358	-.0877 ( 151) P= .284	.0184 ( 146) P= .826	.0041 ( 146) P= .960	-.0411 ( 146) P= .622	-.057 ( 151) P= .48	SCORE1	-.1846 ( 171) P= .016	-.0865 ( 171) P= .261	.0696 ( 149) P= .399	-.0664 ( 149) P= .421	-.0146 ( 149) P= .860	-.111 ( 171) P= .14
NEA23	-.1340 ( 151) P= .101	.1206 ( 151) P= .140	-.0339 ( 146) P= .685	-.0109 ( 146) P= .896	.0814 ( 146) P= .329	-.005 ( 151) P= .94	SECURE21	-.2525 ( 190) P= .000	-.1000 ( 190) P= .170	.0994 ( 152) P= .223	-.0230 ( 152) P= .778	-.1461 ( 152) P= .072	-.131 ( 190) P= .07
O	-.2225 ( 100) P= .026	-.0797 ( 100) P= .430	-.0941 ( 96) P= .362	.1256 ( 96) P= .223	-.0362 ( 96) P= .726	.140 ( 100) P= .16	SECURE22	-.0630 ( 190) P= .388	.0125 ( 190) P= .864	-.0898 ( 152) P= .271	.0954 ( 152) P= .242	.0018 ( 152) P= .983	.093 ( 190) P= .20



-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	DANGAFF	DANGPOT	DEP21	DEP22	DEP23	DIAG	DUREXT	DURHOSP	GENAFF	GENPOT	H	HAB21	
SECURE23	.3673 ( 190) P=.000	.1102 ( 190) P=.130	-.0318 ( 152) P=.697	-.0632 ( 152) P=.440	.1700 ( 152) P=.036	.071 ( 190) P=.32	DIAG -.1802 ( 191) P=.013	.1153 ( 191) P=.112	.0605 ( 191) P=.406	-.0385 ( 191) P=.597	.2465 ( 147) P=.003	-.010 ( 147) P=.90	
SELFCA21	-.0582 ( 152) P=.476	.0467 ( 152) P=.567	.0022 ( 146) P=.979	.0463 ( 146) P=.579	-.0814 ( 146) P=.329	.130 ( 152) P=.10	DUREXT 1.0000 ( 191) P=.0	-.0045 ( 191) P=.951	-.0384 ( 191) P=.598	.1194 ( 191) P=.100	-.0077 ( 147) P=.926	-.207 ( 138) P=.01	
SELFCA22	-.0296 ( 152) P=.717	-.0345 ( 152) P=.673	-.0836 ( 146) P=.316	.0022 ( 146) P=.979	.1481 ( 146) P=.075	.001 ( 152) P=.98	DURHOSP -.0045 ( 191) P=.951	1.0000 ( 191) P=.0	.0932 ( 191) P=.200	-.0508 ( 191) P=.486	.0536 ( 147) P=.519	-.025 ( 138) P=.76	
SELFCA23	.1262 ( 152) P=.121	-.0152 ( 152) P=.853	.1209 ( 146) P=.146	-.0686 ( 146) P=.411	-.1049 ( 146) P=.208	-.187 ( 152) P=.02	GENAFF -.0384 ( 191) P=.598	.0932 ( 191) P=.200	1.0000 ( 191) P=.0	-.1150 ( 191) P=.113	.0072 ( 147) P=.931	-.228 ( 138) P=.00	
SEXE	-.0336 ( 191) P=.644	-.0217 ( 191) P=.766	.0512 ( 152) P=.531	-.0445 ( 152) P=.586	-.0183 ( 152) P=.823	.048 ( 191) P=.51	GENPOT .1194 ( 191) P=.100	-.0508 ( 191) P=.486	-.1150 ( 191) P=.113	1.0000 ( 191) P=.0	-.0881 ( 147) P=.289	.014 ( 138) P=.86	
SOC21	.0170 ( 148) P=.838	-.0865 ( 148) P=.296	.1025 ( 143) P=.223	-.1512 ( 143) P=.071	.0683 ( 143) P=.417	.218 ( 148) P=.00	H -.0077 ( 147) P=.926	.0536 ( 147) P=.519	.0072 ( 147) P=.931	-.0881 ( 147) P=.289	1.0000 ( 147) P=.0	.089 ( 131) P=.30	
SOC22	.0954 ( 148) P=.249	-.0089 ( 148) P=.915	-.1355 ( 143) P=.107	.1139 ( 143) P=.176	.0548 ( 143) P=.515	-.093 ( 148) P=.25	HAB21 -.2078 ( 138) P=.014	-.0252 ( 138) P=.769	-.2280 ( 138) P=.007	.0142 ( 138) P=.869	.0895 ( 131) P=.309	1.000 ( 138) P=.0	
SOC23	-.1272 ( 148) P=.123	.1149 ( 148) P=.164	.0276 ( 143) P=.744	.0558 ( 143) P=.508	-.1443 ( 143) P=.086	-.160 ( 148) P=.05	HAB22 .1879 ( 138) P=.027	-.0779 ( 138) P=.364	.0328 ( 138) P=.702	.0124 ( 138) P=.886	-.0876 ( 131) P=.320	-.803 ( 138) P=.00	
WQOL	-.2826 ( 73) P=.012	.0074 ( 73) P=.950	-.0090 ( 69) P=.942	.0570 ( 69) P=.642	-.0969 ( 69) P=.429	-.033 ( 73) P=.77	HAB23 .0313 ( 138) P=.716	.1648 ( 138) P=.053	.3114 ( 138) P=.000	-.0423 ( 138) P=.622	-.0034 ( 131) P=.969	-.310 ( 138) P=.00	
CBSA5IMI	.1413 ( 190) P=.052	.1167 ( 190) P=.109	-.0301 ( 152) P=.713	.0239 ( 152) P=.770	.0147 ( 152) P=.857	-.022 ( 190) P=.75	HOS21 .0689 ( 150) P=.402	.0803 ( 150) P=.328	-.1981 ( 150) P=.015	-.0592 ( 150) P=.472	.0991 ( 142) P=.241	.272 ( 134) P=.00	
GROUPE	-.3278 ( 191) P=.000	-.1137 ( 191) P=.117	.0104 ( 152) P=.898	-.0152 ( 152) P=.853	.0070 ( 152) P=.932	-.180 ( 191) P=.01	HOS22 .0916 ( 150) P=.265	-.0856 ( 150) P=.298	-.0492 ( 150) P=.550	.0156 ( 150) P=.849	-.0173 ( 142) P=.838	.141 ( 134) P=.10	

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	DUREXT	DURHOSP	GENAFF	GENPOT	H	HAB21	DUREXT	DURHOSP	GENAFF	GENPOT	H	HAB21	
A	.0517 ( 154) P=.524	-.1570 ( 154) P=.052	-.1094 ( 154) P=.177	.0428 ( 154) P=.598	.2228 ( 154) P=.007	.339 ( 135) P=.00	HOS23 -.1616 ( 150) P=.048	.0310 ( 150) P=.706	.2203 ( 150) P=.007	.0312 ( 150) P=.704	-.0620 ( 142) P=.463	-.387 ( 134) P=.00	
AGE89	.0232 ( 191) P=.750	.3151 ( 191) P=.000	-.0270 ( 191) P=.711	-.0706 ( 191) P=.332	-.3999 ( 147) P=.000	.089 ( 138) P=.29	LOISIR1 .2245 ( 147) P=.006	-.1024 ( 147) P=.217	-.0535 ( 147) P=.520	-.0362 ( 147) P=.663	.1462 ( 138) P=.087	.011 ( 129) P=.89	
COMACT21	.1246 ( 148) P=.131	-.1166 ( 148) P=.158	-.0290 ( 148) P=.727	-.0387 ( 148) P=.640	.0267 ( 138) P=.756	.061 ( 131) P=.48	MEDLEV21 -.1064 ( 151) P=.193	-.0184 ( 151) P=.823	-.0480 ( 151) P=.559	-.0455 ( 151) P=.579	.2153 ( 141) P=.010	.082 ( 135) P=.34	
COMACT22	-.0104 ( 148) P=.901	.0319 ( 148) P=.700	-.0432 ( 148) P=.602	-.0518 ( 148) P=.532	.0893 ( 138) P=.298	.039 ( 131) P=.65	MEDLEV22 -.1066 ( 151) P=.193	.0346 ( 151) P=.673	-.0132 ( 151) P=.872	.1205 ( 151) P=.141	.1575 ( 141) P=.062	.106 ( 135) P=.21	
COMACT23	-.0724 ( 148) P=.382	.0494 ( 148) P=.551	.0545 ( 148) P=.511	.0679 ( 148) P=.412	-.0914 ( 138) P=.286	-.073 ( 131) P=.40	MEDLEV23 .0318 ( 151) P=.698	-.0946 ( 151) P=.248	-.0481 ( 151) P=.558	-.0694 ( 151) P=.397	-.1429 ( 141) P=.091	-.164 ( 135) P=.05	
COMIND	-.0727 ( 190) P=.319	.1149 ( 190) P=.115	.1177 ( 190) P=.106	-.0298 ( 190) P=.683	-.1151 ( 147) P=.165	-.056 ( 138) P=.51	MEDLEV24 .2091 ( 151) P=.010	.0752 ( 151) P=.359	.1161 ( 151) P=.156	-.0556 ( 151) P=.497	-.2731 ( 141) P=.001	-.036 ( 135) P=.67	
DANGAFF	-.2814 ( 191) P=.000	-.1074 ( 191) P=.139	.0870 ( 191) P=.231	.0248 ( 191) P=.734	-.0138 ( 147) P=.868	-.174 ( 138) P=.04	NBHOSP .0480 ( 191) P=.510	-.4397 ( 191) P=.000	-.0943 ( 191) P=.194	.2480 ( 191) P=.001	-.0826 ( 147) P=.320	-.018 ( 138) P=.83	
DANGPOT	-.1366 ( 191) P=.059	.0092 ( 191) P=.900	-.0300 ( 191) P=.680	-.0405 ( 191) P=.578	.0243 ( 147) P=.770	.088 ( 138) P=.30	NEA21 .1772 ( 151) P=.029	-.0021 ( 151) P=.979	.1099 ( 151) P=.179	-.0399 ( 151) P=.627	-.0139 ( 141) P=.871	-.218 ( 134) P=.01	
DEP21	.0177 ( 152) P=.829	.2165 ( 152) P=.007	.0698 ( 152) P=.393	-.0054 ( 152) P=.948	.1161 ( 142) P=.169	.104 ( 135) P=.22	NEA22 -.0384 ( 151) P=.640	-.0805 ( 151) P=.326	.0844 ( 151) P=.303	.0221 ( 151) P=.788	-.2056 ( 141) P=.014	-.154 ( 134) P=.07	
DEP22	-.0022 ( 152) P=.979	-.2171 ( 152) P=.007	-.0553 ( 152) P=.498	.0273 ( 152) P=.738	-.1401 ( 142) P=.096	-.027 ( 135) P=.75	NEA23 -.0616 ( 151) P=.453	.0762 ( 151) P=.352	-.1391 ( 151) P=.088	.0013 ( 151) P=.987	.1959 ( 141) P=.201	.269 ( 134) P=.00	
DEP23	-.0294 ( 152) P=.720	-.0266 ( 152) P=.745	-.0342 ( 152) P=.676	-.0377 ( 152) P=.645	.0238 ( 142) P=.779	-.139 ( 135) P=.10	O .2224 ( 100) P=.026	-.2481 ( 100) P=.013	-.0221 ( 100) P=.827	-.0678 ( 100) P=.503	.2690 ( 98) P=.007	.048 ( 87) P=.65	

-- Correlation Coefficients --

	DUREXT	DURHOSP	GENAFF	GENPOT	H	HAB21
ORI21	.0781 ( 139) P=.361	.0462 ( 139) P=.589	-.0634 ( 139) P=.459	.2295 ( 139) P=.007	-.1549 ( 132) P=.076	-.042 ( 124) P=.63
ORI22	.0728 ( 139) P=.394	.1493 ( 139) P=.079	.0402 ( 139) P=.639	-.0552 ( 139) P=.519	-.1539 ( 132) P=.078	-.129 ( 124) P=.15
ORI23	-.1086 ( 139) P=.203	-.1596 ( 139) P=.061	-.0010 ( 139) P=.991	-.0774 ( 139) P=.365	.2252 ( 132) P=.009	.139 ( 124) P=.12
PLC21	.0542 ( 146) P=.516	-.0653 ( 146) P=.434	-.0137 ( 146) P=.870	-.0626 ( 146) P=.453	.1489 ( 138) P=.081	.085 ( 131) P=.33
PLC22	-.2293 ( 146) P=.005	.0139 ( 146) P=.868	-.0738 ( 146) P=.376	-.0543 ( 146) P=.515	.2123 ( 138) P=.012	.137 ( 131) P=.11
PLC23	.1265 ( 146) P=.128	-.1861 ( 146) P=.024	.1597 ( 146) P=.054	-.0721 ( 146) P=.387	-.2054 ( 138) P=.016	-.195 ( 131) P=.02
PLC24	.1348 ( 146) P=.105	.2772 ( 146) P=.001	-.0665 ( 146) P=.425	.2394 ( 146) P=.004	-.2472 ( 138) P=.003	-.074 ( 131) P=.39
PSY21	.0850 ( 137) P=.324	-.0671 ( 137) P=.436	.0044 ( 137) P=.959	.0187 ( 137) P=.828	-.0131 ( 130) P=.883	.141 ( 121) P=.12
PSY22	-.1195 ( 137) P=.164	.0374 ( 137) P=.664	-.0580 ( 137) P=.501	.0444 ( 137) P=.606	-.0299 ( 130) P=.736	-.059 ( 121) P=.52
PSY23	.0538 ( 137) P=.532	.0282 ( 137) P=.744	.0670 ( 137) P=.437	-.0758 ( 137) P=.378	.0529 ( 130) P=.550	-.081 ( 121) P=.37
PSYNEG21	-.0294 ( 118) P=.752	-.0346 ( 118) P=.710	-.1074 ( 118) P=.247	-.0593 ( 118) P=.523	.0720 ( 113) P=.449	.491 ( 118) P=.00

-- Correlation Coefficients --

	DUREXT	DURHOSP	GENAFF	GENPOT	H	HAB21
SECURE23	-.1487 ( 190) P=.041	.0432 ( 190) P=.554	.0589 ( 190) P=.420	.0044 ( 190) P=.952	-.0437 ( 147) P=.599	-.191 ( 138) P=.02
SELFCA21	-.1000 ( 152) P=.220	-.1701 ( 152) P=.036	.0132 ( 152) P=.872	-.0065 ( 152) P=.937	.1498 ( 143) P=.074	.213 ( 133) P=.01
SELFCA22	.0285 ( 152) P=.727	-.0200 ( 152) P=.807	.0487 ( 152) P=.552	-.1457 ( 152) P=.073	.0349 ( 143) P=.679	-.166 ( 133) P=.05
SELFCA23	.0994 ( 152) P=.223	.2705 ( 152) P=.001	-.0906 ( 152) P=.267	.2246 ( 152) P=.005	-.2708 ( 143) P=.001	-.069 ( 133) P=.42
SEXE	.1457 ( 191) P=.044	.1288 ( 191) P=.076	.1032 ( 191) P=.155	-.0096 ( 191) P=.895	-.0768 ( 147) P=.355	.027 ( 138) P=.74
SOC21	-.0642 ( 148) P=.438	.0918 ( 148) P=.267	-.0535 ( 148) P=.518	-.0421 ( 148) P=.611	-.1111 ( 138) P=.195	.030 ( 132) P=.72
SOC22	-.0444 ( 148) P=.592	-.1592 ( 148) P=.053	.0788 ( 148) P=.341	-.0951 ( 148) P=.250	.0052 ( 138) P=.952	-.118 ( 132) P=.17
SOC23	.1275 ( 148) P=.123	.0664 ( 148) P=.422	-.0230 ( 148) P=.781	.1574 ( 148) P=.056	.1256 ( 138) P=.142	.098 ( 132) P=.25
WQOL	.3151 ( 73) P=.007	-.1604 ( 73) P=.175	-.0453 ( 73) P=.704	-.2871 ( 73) P=.014	.4182 ( 73) P=.000	.226 ( 66) P=.06
CBSA5IMI	-.3287 ( 190) P=.000	-.0013 ( 190) P=.986	.1586 ( 190) P=.029	-.0441 ( 190) P=.545	.0323 ( 147) P=.697	-.005 ( 138) P=.94
GROUPE	.7211 ( 191) P=.000	-.0746 ( 191) P=.305	.0075 ( 191) P=.918	.0975 ( 191) P=.180	-.0016 ( 147) P=.985	-.087 ( 138) P=.31

-- Correlation Coefficients --

	DUREXT	DURHOSP	GENAFF	GENPOT	H	HAB21
PSYNEG22	.0010 ( 118) P=.992	-.0221 ( 118) P=.812	-.0281 ( 118) P=.762	.0784 ( 118) P=.399	-.0958 ( 113) P=.313	-.263 ( 118) P=.00
PSYNEG23	.0364 ( 118) P=.695	.0781 ( 118) P=.401	.1812 ( 118) P=.050	-.0421 ( 118) P=.651	.0515 ( 113) P=.588	-.236 ( 118) P=.01
PSYPOS21	.0355 ( 125) P=.694	-.0126 ( 125) P=.889	-.0416 ( 125) P=.645	.2462 ( 125) P=.006	-.0928 ( 118) P=.318	-.125 ( 114) P=.18
PSYPOS22	.1256 ( 125) P=.163	.0427 ( 125) P=.636	.1878 ( 125) P=.036	-.0875 ( 125) P=.332	-.0229 ( 118) P=.805	-.290 ( 114) P=.00
PSYPOS23	-.1378 ( 125) P=.125	-.0352 ( 125) P=.697	-.1611 ( 125) P=.073	-.0326 ( 125) P=.718	.0676 ( 118) P=.467	.338 ( 114) P=.00
QOL	.3096 ( 84) P=.004	-.0855 ( 84) P=.439	-.0209 ( 84) P=.850	-.1020 ( 84) P=.356	.4410 ( 84) P=.000	.241 ( 75) P=.03
R	.1597 ( 148) P=.053	-.0513 ( 148) P=.535	.0054 ( 148) P=.948	.0766 ( 148) P=.355	.0511 ( 140) P=.549	.005 ( 129) P=.95
S	.1980 ( 133) P=.022	-.0907 ( 133) P=.299	.0552 ( 133) P=.528	-.1315 ( 133) P=.131	.3652 ( 128) P=.000	.193 ( 120) P=.03
SCORE1	.3377 ( 171) P=.000	-.0371 ( 171) P=.630	-.0130 ( 171) P=.866	-.0036 ( 171) P=.963	.0517 ( 145) P=.537	.061 ( 137) P=.47
SECURE21	.1289 ( 190) P=.076	-.0117 ( 190) P=.873	-.0885 ( 190) P=.224	-.0163 ( 190) P=.823	.0294 ( 147) P=.724	.259 ( 138) P=.00
SECURE22	-.0090 ( 190) P=.902	-.0307 ( 190) P=.674	.0521 ( 190) P=.476	.0164 ( 190) P=.822	.0098 ( 147) P=.906	-.115 ( 138) P=.17

-- Correlation Coefficients --

	HAB22	HAB23	HOS21	HOS22	HOS23	LOISIR
A	-.1711 ( 135) P=.047	-.2667 ( 135) P=.002	.1731 ( 147) P=.036	.1325 ( 147) P=.110	-.2932 ( 147) P=.000	.6056 ( 146) P=.000
AGE89	-.1532 ( 138) P=.073	.1017 ( 138) P=.235	-.0487 ( 150) P=.554	.0736 ( 150) P=.371	-.0436 ( 150) P=.597	-.2021 ( 147) P=.014
COMACT21	-.0074 ( 131) P=.933	-.0902 ( 131) P=.306	.2173 ( 142) P=.009	-.0858 ( 142) P=.310	-.0817 ( 142) P=.334	.3191 ( 138) P=.000
COMACT22	.0291 ( 131) P=.741	-.1148 ( 131) P=.192	-.0314 ( 142) P=.711	.1200 ( 142) P=.155	-.1102 ( 142) P=.192	.1886 ( 138) P=.027
COMACT23	-.0188 ( 131) P=.832	.1532 ( 131) P=.081	-.1105 ( 142) P=.190	-.0467 ( 142) P=.581	.1440 ( 142) P=.087	-.3660 ( 138) P=.000
COMIND	.0254 ( 138) P=.768	.0492 ( 138) P=.567	-.1491 ( 150) P=.069	.0200 ( 150) P=.808	.1008 ( 150) P=.220	-.3109 ( 147) P=.000
DANGAFF	.0635 ( 138) P=.459	.1761 ( 138) P=.039	-.1072 ( 150) P=.192	-.2926 ( 150) P=.000	.4225 ( 150) P=.000	-.2105 ( 147) P=.010
DANGPOT	-.0277 ( 138) P=.747	-.0976 ( 138) P=.255	.1158 ( 150) P=.158	-.0622 ( 150) P=.450	-.0250 ( 150) P=.761	.0001 ( 147) P=.999
DEP21	-.0900 ( 135) P=.299	-.0228 ( 135) P=.793	.1644 ( 145) P=.048	-.0025 ( 145) P=.976	-.1349 ( 145) P=.106	-.1474 ( 141) P=.081
DEP22	.0788 ( 135) P=.364	-.0809 ( 135) P=.351	-.1096 ( 145) P=.190	.0376 ( 145) P=.653	.0489 ( 145) P=.559	.1461 ( 141) P=.084
DEP23	.0316 ( 135) P=.716	.1700 ( 135) P=.049	-.1151 ( 145) P=.168	-.0596 ( 145) P=.477	.1645 ( 145) P=.048	.0210 ( 141) P=.804

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	HAB22	HAB23	HOS21	HOS22	HOS23	LOISIR		HAB22	HAB23	HOS21	HOS22	HOS23	LOISIR
							ORI21	.0219 ( 124) P=.809	.0316 ( 124) P=.728	-.0212 ( 135) P=.808	-.0434 ( 135) P=.617	.0663 ( 135) P=.445	-.2610 ( 130) P=.003
DIAG	-.0025 ( 138) P=.977	.0206 ( 138) P=.810	.0739 ( 150) P=.369	-.1273 ( 150) P=.120	.0840 ( 150) P=.307	.0419 ( 147) P=.614	ORI22	.0655 ( 124) P=.470	.0962 ( 124) P=.288	.0320 ( 135) P=.713	-.0763 ( 135) P=.379	.0593 ( 135) P=.494	-.2250 ( 130) P=.010
DUREXT	.1879 ( 138) P=.027	.0313 ( 138) P=.716	.0689 ( 150) P=.402	.0916 ( 150) P=.265	-.1616 ( 150) P=.048	.2245 ( 147) P=.006	ORI23	-.0709 ( 124) P=.434	-.1039 ( 124) P=.251	-.0164 ( 135) P=.850	.0924 ( 135) P=.286	-.0904 ( 135) P=.297	.3496 ( 130) P=.000
DURHOSP	-.0779 ( 138) P=.364	.1648 ( 138) P=.053	.0803 ( 150) P=.328	-.0856 ( 150) P=.298	.0310 ( 150) P=.706	-.1024 ( 147) P=.217	PLC21	-.0304 ( 131) P=.730	-.0893 ( 131) P=.310	.1388 ( 141) P=.101	-.0076 ( 141) P=.929	-.1080 ( 141) P=.202	.2797 ( 136) P=.001
GENAFF	.0328 ( 138) P=.702	.3114 ( 138) P=.000	-.1981 ( 150) P=.015	-.0492 ( 150) P=.550	.2203 ( 150) P=.007	-.0535 ( 147) P=.520	PLC22	-.0306 ( 131) P=.729	-.1724 ( 131) P=.049	-.1085 ( 141) P=.200	.0751 ( 141) P=.376	.0050 ( 141) P=.953	.0451 ( 136) P=.602
GENPOT	.0124 ( 138) P=.886	-.0423 ( 138) P=.622	-.0592 ( 150) P=.472	.0156 ( 150) P=.849	.0312 ( 150) P=.704	-.0362 ( 147) P=.663	PLC23	.0777 ( 131) P=.378	.1902 ( 131) P=.030	.0336 ( 141) P=.693	-.0684 ( 141) P=.421	.0503 ( 141) P=.554	-.0705 ( 136) P=.415
H	-.0876 ( 131) P=.320	-.0034 ( 131) P=.969	.0991 ( 142) P=.241	-.0173 ( 142) P=.838	-.0620 ( 142) P=.463	.1462 ( 138) P=.087	PLC24	-.0167 ( 131) P=.850	.1471 ( 131) P=.094	-.0325 ( 141) P=.702	-.0219 ( 141) P=.796	.0525 ( 141) P=.536	-.2942 ( 136) P=.001
HAB21	-.8039 ( 138) P=.000	-.3108 ( 138) P=.000	.2723 ( 134) P=.001	.1412 ( 134) P=.104	-.3871 ( 134) P=.000	.0115 ( 129) P=.897	PSY21	-.0599 ( 121) P=.514	-.1236 ( 121) P=.177	.0487 ( 133) P=.578	.0504 ( 133) P=.564	-.0946 ( 133) P=.279	.1304 ( 127) P=.144
HAB22	1.0000 ( 138) P=.	-.3154 ( 138) P=.000	-.2583 ( 134) P=.003	.0372 ( 134) P=.670	.1738 ( 134) P=.045	.1289 ( 129) P=.145	PSY22	.0072 ( 121) P=.938	.0783 ( 121) P=.393	-.1469 ( 133) P=.092	.1535 ( 133) P=.078	-.0565 ( 133) P=.518	-.1025 ( 127) P=.251
HAB23	-.3154 ( 138) P=.000	1.0000 ( 138) P=.	-.0228 ( 134) P=.793	-.2812 ( 134) P=.001	.3369 ( 134) P=.000	-.2172 ( 129) P=.013	PSY23	.0560 ( 121) P=.542	.0393 ( 121) P=.668	.1282 ( 133) P=.141	-.2468 ( 133) P=.004	.1756 ( 133) P=.043	-.0212 ( 127) P=.813
HOS21	-.2583 ( 134) P=.003	-.0228 ( 134) P=.793	1.0000 ( 150) P=.	-.5221 ( 150) P=.000	-.2330 ( 150) P=.004	.0129 ( 140) P=.879	PSYNEG21	-.3807 ( 118) P=.000	-.1724 ( 118) P=.062	.3292 ( 118) P=.000	.0062 ( 118) P=.947	-.2697 ( 118) P=.003	.0683 ( 110) P=.478
HOS22	.0372 ( 134) P=.670	-.2812 ( 134) P=.001	-.5221 ( 150) P=.000	1.0000 ( 150) P=.	-.7077 ( 150) P=.000	.1534 ( 140) P=.070							

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	HAB22	HAB23	HOS21	HOS22	HOS23	LOISIR		HAB22	HAB23	HOS21	HOS22	HOS23	LOISIR
							PSYNEG22	.3858 ( 118) P=.000	-.1768 ( 118) P=.055	-.1938 ( 118) P=.036	.1721 ( 118) P=.062	-.0374 ( 118) P=.687	.0303 ( 110) P=.754
HOS23	.1738 ( 134) P=.045	.3369 ( 134) P=.000	-.2330 ( 150) P=.004	-.7077 ( 150) P=.000	1.0000 ( 150) P=.	-.1839 ( 140) P=.030	PSYNEG23	-.0927 ( 118) P=.318	.4902 ( 118) P=.000	-.1315 ( 118) P=.156	-.2685 ( 118) P=.003	.4047 ( 118) P=.000	-.1286 ( 110) P=.180
LOISIR1	.1289 ( 129) P=.145	-.2172 ( 129) P=.013	.0129 ( 140) P=.879	.1534 ( 140) P=.070	-.1839 ( 140) P=.030	1.0000 ( 147) P=.	PSYPOS21	.0249 ( 114) P=.792	.1512 ( 114) P=.108	-.0079 ( 123) P=.931	-.2206 ( 123) P=.014	.2543 ( 123) P=.005	-.2516 ( 117) P=.006
MEDLEV21	-.0175 ( 135) P=.841	-.1062 ( 135) P=.220	-.0081 ( 145) P=.923	-.0332 ( 145) P=.692	.0453 ( 145) P=.588	.1225 ( 140) P=.149	PSYPOS22	.1693 ( 114) P=.072	.1809 ( 114) P=.054	-.0495 ( 123) P=.586	-.0649 ( 123) P=.476	.1136 ( 123) P=.211	-.2284 ( 117) P=.013
MEDLEV22	-.0579 ( 135) P=.505	-.0803 ( 135) P=.355	.0372 ( 145) P=.657	.0469 ( 145) P=.575	-.0861 ( 145) P=.303	.0512 ( 140) P=.548	PSYPOS23	-.1757 ( 114) P=.061	-.2446 ( 114) P=.009	.0514 ( 123) P=.572	.1680 ( 123) P=.063	-.2310 ( 123) P=.010	.3426 ( 117) P=.000
MEDLEV23	.1109 ( 135) P=.201	.0880 ( 135) P=.310	-.0404 ( 145) P=.630	-.0947 ( 145) P=.257	.1441 ( 145) P=.084	.0156 ( 140) P=.854	QOL	-.1688 ( 75) P=.148	-.1105 ( 75) P=.345	.2609 ( 81) P=.019	.1940 ( 81) P=.083	-.3856 ( 81) P=.000	.5054 ( 80) P=.000
MEDLEV24	-.0316 ( 135) P=.716	.1117 ( 135) P=.197	-.0019 ( 145) P=.982	.0654 ( 145) P=.435	-.0740 ( 145) P=.376	-.1874 ( 140) P=.027	R	.0321 ( 129) P=.718	-.0614 ( 129) P=.489	.0810 ( 142) P=.338	.0368 ( 142) P=.664	-.1088 ( 142) P=.197	.5235 ( 139) P=.000
NBHOSP	.0738 ( 138) P=.389	-.0885 ( 138) P=.302	-.1107 ( 150) P=.177	.0404 ( 150) P=.623	.0456 ( 150) P=.580	.0075 ( 147) P=.928	S	-.0887 ( 120) P=.335	-.1729 ( 120) P=.059	.2651 ( 129) P=.002	.0450 ( 129) P=.612	-.2720 ( 129) P=.002	.2861 ( 124) P=.001
NEA21	.0680 ( 134) P=.435	.2387 ( 134) P=.005	-.0486 ( 145) P=.562	-.0402 ( 145) P=.631	.0873 ( 145) P=.296	-.1408 ( 141) P=.096	SCORE1	-.0539 ( 137) P=.532	-.0112 ( 137) P=.896	.1466 ( 148) P=.076	.0930 ( 148) P=.261	-.2292 ( 148) P=.005	.3795 ( 145) P=.000
NEA22	.1137 ( 134) P=.191	.0649 ( 134) P=.456	-.0772 ( 145) P=.356	-.0749 ( 145) P=.371	.1514 ( 145) P=.069	-.2655 ( 141) P=.001	SECURE21	-.1373 ( 138) P=.108	-.1941 ( 138) P=.023	.0963 ( 150) P=.241	.1897 ( 150) P=.020	-.2961 ( 150) P=.000	.1473 ( 147) P=.075
NEA23	-.1442 ( 134) P=.096	-.1986 ( 134) P=.021	.0989 ( 145) P=.236	.0921 ( 145) P=.271	-.1896 ( 145) P=.022	.3249 ( 141) P=.000	SECURE22	.0537 ( 138) P=.531	.0982 ( 138) P=.252	.0356 ( 150) P=.665	.0074 ( 150) P=.928	-.0379 ( 150) P=.645	-.0325 ( 147) P=.696
O	-.0295 ( 87) P=.786	-.0325 ( 87) P=.765	.1753 ( 96) P=.088	.1136 ( 96) P=.271	-.2333 ( 96) P=.022	.3675 ( 96) P=.000							

-- Correlation Coefficients --

	HAB22	HAB23	HOS21	HOS22	HOS23	LOISIR
SECURE23	.1084 ( 138) P=.206	.1317 ( 138) P=.124	-.1447 ( 150) P=.077	-.2269 ( 150) P=.005	.3787 ( 150) P=.000	-.1412 ( 147) P=.088
SELPCA21	-.1109 ( 133) P=.204	-.1651 ( 133) P=.058	.0883 ( 145) P=.291	.0251 ( 145) P=.765	-.1012 ( 145) P=.226	.2656 ( 142) P=.001
SELPCA22	.1202 ( 133) P=.168	.0750 ( 133) P=.391	-.0616 ( 145) P=.461	.0055 ( 145) P=.948	.0445 ( 145) P=.595	-.0348 ( 142) P=.681
SELPCA23	-.0218 ( 133) P=.803	.1485 ( 133) P=.088	-.0361 ( 145) P=.667	-.0450 ( 145) P=.551	.0809 ( 145) P=.333	-.3162 ( 142) P=.000
SEXE	-.0743 ( 138) P=.386	.0749 ( 138) P=.383	-.0376 ( 150) P=.648	.0655 ( 150) P=.426	-.0435 ( 150) P=.597	-.0967 ( 147) P=.244
SOC21	-.0609 ( 132) P=.488	.0492 ( 132) P=.575	.0114 ( 142) P=.893	-.0946 ( 142) P=.263	.0989 ( 142) P=.242	-.3459 ( 138) P=.000
SOC22	.1264 ( 132) P=.149	-.0130 ( 132) P=.883	-.1293 ( 142) P=.125	.0535 ( 142) P=.527	.0453 ( 142) P=.593	.1967 ( 138) P=.021
SOC23	-.0696 ( 132) P=.428	-.0469 ( 132) P=.594	.1291 ( 142) P=.126	.0554 ( 142) P=.513	-.1697 ( 142) P=.043	.2082 ( 138) P=.014
WQOL	-.1643 ( 66) P=.188	-.0846 ( 66) P=.499	.2490 ( 71) P=.036	.1302 ( 71) P=.279	-.3165 ( 71) P=.007	.4925 ( 70) P=.000
CBSA5IMI	-.0079 ( 138) P=.926	.0221 ( 138) P=.797	.0243 ( 150) P=.768	-.1045 ( 150) P=.203	.0991 ( 150) P=.228	.0012 ( 150) P=.989
GROUPE	.0761 ( 138) P=.375	.0173 ( 138) P=.840	.0543 ( 150) P=.509	.1600 ( 150) P=.050	-.2275 ( 150) P=.005	.2737 ( 147) P=.001

-- Correlation Coefficients --

	MEDLEV21	MEDLEV22	MEDLEV23	MEDLEV24	NBHOSP	NEA21
DIAG	.1402 ( 151) P=.086	.0399 ( 151) P=.627	.0260 ( 151) P=.751	-.2082 ( 151) P=.010	-.0562 ( 191) P=.440	.107 ( 151) P=.19
DUREXT	-.1064 ( 151) P=.193	-.1066 ( 151) P=.193	.0318 ( 151) P=.698	.2091 ( 151) P=.010	.0480 ( 191) P=.510	.177 ( 151) P=.02
DURHOSP	-.0184 ( 151) P=.823	.0346 ( 151) P=.673	-.0946 ( 151) P=.248	.0752 ( 151) P=.359	-.4397 ( 191) P=.000	-.002 ( 151) P=.97
GENAFF	-.0480 ( 151) P=.559	-.0132 ( 151) P=.872	-.0481 ( 151) P=.558	.1161 ( 151) P=.156	-.0943 ( 191) P=.194	.109 ( 151) P=.17
GENPOT	-.0455 ( 151) P=.579	.1205 ( 151) P=.141	-.0694 ( 151) P=.397	-.0556 ( 151) P=.497	.2480 ( 191) P=.001	-.039 ( 151) P=.62
H	.2153 ( 141) P=.010	.1575 ( 141) P=.062	-.1429 ( 141) P=.091	-.2731 ( 141) P=.001	-.0826 ( 147) P=.320	-.013 ( 141) P=.87
HAB21	.0825 ( 135) P=.341	.1069 ( 135) P=.217	-.1646 ( 135) P=.056	-.0368 ( 135) P=.671	-.0185 ( 138) P=.830	-.218 ( 134) P=.01
HAB22	-.0175 ( 135) P=.841	-.0579 ( 135) P=.505	.1109 ( 135) P=.201	-.0316 ( 135) P=.716	.0738 ( 138) P=.389	.068 ( 134) P=.43
HAB23	-.1062 ( 135) P=.220	-.0803 ( 135) P=.355	.0880 ( 135) P=.310	.1117 ( 135) P=.197	-.0885 ( 138) P=.302	.238 ( 134) P=.00
HOS21	-.0081 ( 145) P=.923	.0372 ( 145) P=.657	-.0404 ( 145) P=.630	-.0019 ( 145) P=.982	-.1107 ( 150) P=.177	-.048 ( 145) P=.56
HOS22	-.0332 ( 145) P=.692	.0469 ( 145) P=.575	-.0947 ( 145) P=.257	.0654 ( 145) P=.435	.0404 ( 150) P=.623	-.040 ( 145) P=.63

-- Correlation Coefficients --

	MEDLEV21	MEDLEV22	MEDLEV23	MEDLEV24	NBHOSP	NEA21
A	.2013 ( 147) P=.014	.0963 ( 147) P=.246	-.0355 ( 147) P=.669	-.2634 ( 147) P=.001	.1133 ( 151) P=.162	-.249 ( 147) P=.00
AGE89	-.1334 ( 151) P=.102	-.0979 ( 151) P=.232	-.0254 ( 151) P=.757	-.2860 ( 151) P=.000	-.0979 ( 191) P=.178	.054 ( 151) P=.50
COMACT21	.0936 ( 142) P=.268	-.0432 ( 142) P=.610	.0771 ( 142) P=.362	-.1082 ( 142) P=.200	.0212 ( 148) P=.798	-.080 ( 141) P=.34
COMACT22	.0316 ( 142) P=.709	.1245 ( 142) P=.140	-.0592 ( 142) P=.484	-.1401 ( 142) P=.096	.1459 ( 148) P=.077	-.104 ( 141) P=.21
COMACT23	-.0877 ( 142) P=.289	-.0732 ( 142) P=.387	-.0026 ( 142) P=.975	-.1861 ( 142) P=.027	-.1343 ( 148) P=.104	.138 ( 147) P=.10
COMIND	-.0296 ( 151) P=.718	-.1144 ( 151) P=.162	.0520 ( 151) P=.526	.1313 ( 151) P=.108	-.0288 ( 190) P=.694	.130 ( 151) P=.10
DANGAFF	.0098 ( 151) P=.905	.0533 ( 151) P=.516	.0079 ( 151) P=.923	-.0950 ( 151) P=.246	-.0048 ( 191) P=.947	.116 ( 151) P=.15
DANGPOT	-.0851 ( 151) P=.299	.1173 ( 151) P=.151	.0054 ( 151) P=.948	-.1041 ( 151) P=.204	-.0471 ( 191) P=.517	-.070 ( 151) P=.38
DEP21	-.0073 ( 146) P=.930	.0204 ( 146) P=.807	-.1484 ( 146) P=.074	.1466 ( 146) P=.077	-.2557 ( 152) P=.001	.030 ( 146) P=.71
DEP22	-.0024 ( 146) P=.977	-.0894 ( 146) P=.283	.1961 ( 146) P=.018	-.0947 ( 146) P=.255	.2304 ( 152) P=.004	.012 ( 146) P=.87
DEP23	.0176 ( 146) P=.833	.1163 ( 146) P=.162	-.0632 ( 146) P=.448	-.1080 ( 146) P=.194	.0771 ( 152) P=.345	-.077 ( 146) P=.35

-- Correlation Coefficients --

	MEDLEV21	MEDLEV22	MEDLEV23	MEDLEV24	NBHOSP	NEA21
HOS23	.0453 ( 145) P=.588	-.0861 ( 145) P=.303	.1441 ( 145) P=.084	-.0740 ( 145) P=.376	.0456 ( 150) P=.580	.087 ( 145) P=.29
LOISIR1	.1225 ( 140) P=.149	.0512 ( 140) P=.548	.0156 ( 140) P=.854	-.1874 ( 140) P=.027	.0075 ( 147) P=.928	-.140 ( 141) P=.09
MEDLEV21	1.0000 ( 151) P=.	-.3778 ( 151) P=.000	-.1559 ( 151) P=.056	-.1249 ( 151) P=.126	-.0229 ( 151) P=.780	-.093 ( 145) P=.26
MEDLEV22	-.3778 ( 151) P=.000	1.0000 ( 151) P=.	-.5762 ( 151) P=.000	-.4618 ( 151) P=.000	-.0435 ( 151) P=.596	.131 ( 145) P=.11
MEDLEV23	-.1559 ( 151) P=.056	-.5762 ( 151) P=.000	1.0000 ( 151) P=.	-.1905 ( 151) P=.019	.1256 ( 151) P=.124	-.003 ( 145) P=.96
MEDLEV24	-.1249 ( 151) P=.126	-.4618 ( 151) P=.000	-.1905 ( 151) P=.019	1.0000 ( 151) P=.	-.0632 ( 151) P=.441	-.107 ( 145) P=.19
NBHOSP	-.0229 ( 151) P=.780	-.0435 ( 151) P=.596	.1256 ( 151) P=.124	-.0632 ( 151) P=.441	1.0000 ( 191) P=.	-.077 ( 151) P=.34
NEA21	-.0937 ( 145) P=.262	.1313 ( 145) P=.116	-.0032 ( 145) P=.969	-.1079 ( 145) P=.197	-.0775 ( 151) P=.344	1.000 ( 151) P=.
NEA22	-.0355 ( 145) P=.671	-.2406 ( 145) P=.004	.0775 ( 145) P=.354	.2988 ( 145) P=.000	.0980 ( 151) P=.231	-.168 ( 151) P=.03
NEA23	.0855 ( 145) P=.307	.1502 ( 145) P=.071	-.0703 ( 145) P=.401	-.2174 ( 145) P=.009	-.0488 ( 151) P=.552	-.392 ( 151) P=.00
O	.1593 ( 95) P=.123	.0953 ( 95) P=.358	-.0820 ( 95) P=.430	-.1988 ( 95) P=.053	.1094 ( 100) P=.279	-.004 ( 97) P=.96

-- Correlation Coefficients --

	MEDLEV21	MEDLEV22	MEDLEV23	MEDLEV24	NBHOSP	NEA21
ORI21	-.0797 ( 133) P=.362	-.1170 ( 133) P=.180	-.1217 ( 133) P=.163	.3925 ( 133) P=.000	-.1271 ( 139) P=.136	-.070 ( 134) P=.42
ORI22	-.1402 ( 133) P=.107	-.0923 ( 133) P=.291	.0448 ( 133) P=.609	.2086 ( 133) P=.016	-.0507 ( 139) P=.553	.285 ( 134) P=.00
ORI23	.1700 ( 133) P=.050	.1486 ( 133) P=.088	.0294 ( 133) P=.737	-.4087 ( 133) P=.000	.1158 ( 139) P=.174	-.222 ( 134) P=.01
PLC21	.0507 ( 146) P=.543	.1757 ( 146) P=.034	-.1151 ( 146) P=.166	-.1673 ( 146) P=.044	.0815 ( 146) P=.328	-.123 ( 140) P=.14
PLC22	.1263 ( 146) P=.129	.2433 ( 146) P=.003	-.0549 ( 146) P=.511	-.4030 ( 146) P=.000	.0131 ( 146) P=.876	.039 ( 140) P=.64
PLC23	-.1038 ( 146) P=.212	-.3092 ( 146) P=.000	.2371 ( 146) P=.004	.2667 ( 146) P=.001	.0500 ( 146) P=.549	.081 ( 140) P=.33
PLC24	-.1221 ( 146) P=.142	-.1892 ( 146) P=.022	-.0768 ( 146) P=.357	.4742 ( 146) P=.000	-.1709 ( 146) P=.039	-.018 ( 140) P=.83
PSY21	.0719 ( 131) P=.414	.0005 ( 131) P=.995	-.1103 ( 131) P=.210	.0672 ( 131) P=.446	.0152 ( 137) P=.861	-.064 ( 133) P=.46
PSY22	.0114 ( 131) P=.898	.0138 ( 131) P=.876	-.0454 ( 131) P=.606	.0231 ( 131) P=.794	.0263 ( 137) P=.760	-.093 ( 133) P=.28
PSY23	-.0907 ( 131) P=.303	-.0173 ( 131) P=.844	.1733 ( 131) P=.048	-.0999 ( 131) P=.256	-.0494 ( 137) P=.566	.187 ( 133) P=.03
PSYNEG21	.1027 ( 115) P=.275	.0227 ( 115) P=.810	-.0806 ( 115) P=.392	-.0305 ( 115) P=.746	-.0750 ( 118) P=.420	-.069 ( 116) P=.45

-- Correlation Coefficients --

	MEDLEV21	MEDLEV22	MEDLEV23	MEDLEV24	NBHOSP	NEA21
PSYNEG22	-.0212 ( 115) P=.822	.0976 ( 115) P=.300	-.1519 ( 115) P=.105	.0464 ( 118) P=.623	.1185 ( 118) P=.201	-.004 ( 116) P=.96
PSYNEG23	-.1004 ( 115) P=.286	-.1764 ( 115) P=.059	.3330 ( 115) P=.000	-.0307 ( 115) P=.745	-.0827 ( 118) P=.373	.096 ( 116) P=.30
PSYPOS21	-.0729 ( 120) P=.429	-.0678 ( 120) P=.462	.1026 ( 120) P=.285	.0510 ( 120) P=.580	-.0071 ( 125) P=.938	.292 ( 125) P=.00
PSYPOS22	-.1021 ( 120) P=.267	-.0614 ( 120) P=.505	-.0316 ( 120) P=.732	.2357 ( 120) P=.010	-.0705 ( 125) P=.435	.150 ( 125) P=.09
PSYPOS23	.1317 ( 120) P=.152	.0900 ( 120) P=.329	-.0153 ( 120) P=.868	-.2514 ( 120) P=.006	.0713 ( 125) P=.430	-.283 ( 125) P=.00
QOL	.2565 ( 79) P=.022	-.0702 ( 79) P=.539	.0009 ( 79) P=.993	-.1435 ( 79) P=.207	-.0732 ( 84) P=.508	-.111 ( 82) P=.31
R	.1735 ( 141) P=.040	-.0989 ( 141) P=.243	.0865 ( 141) P=.308	-.1129 ( 141) P=.183	.0479 ( 148) P=.563	-.139 ( 141) P=.09
S	.1314 ( 127) P=.141	.0453 ( 127) P=.613	.0592 ( 127) P=.509	-.2611 ( 127) P=.003	-.0233 ( 133) P=.790	.008 ( 129) P=.92
SCORE1	.1298 ( 148) P=.116	-.0960 ( 148) P=.246	-.0438 ( 148) P=.597	.0779 ( 148) P=.347	.0396 ( 171) P=.607	-.003 ( 149) P=.96
SECURE21	.1356 ( 151) P=.097	-.0463 ( 151) P=.573	-.0241 ( 151) P=.769	-.0207 ( 151) P=.801	-.0028 ( 190) P=.970	-.124 ( 151) P=.12
SECURE22	-.0494 ( 151) P=.547	-.0355 ( 151) P=.666	-.1268 ( 151) P=.121	-.0535 ( 151) P=.514	.0180 ( 190) P=.805	.109 ( 151) P=.17

-- Correlation Coefficients --

	MEDLEV21	MEDLEV22	MEDLEV23	MEDLEV24	NBHOSP	NEA21
SECURE23	-.1138 ( 151) P=.164	.0900 ( 151) P=.272	-.0951 ( 151) P=.245	.0770 ( 151) P=.347	-.0136 ( 190) P=.852	.041 ( 151) P=.61
SELPCA21	.1464 ( 146) P=.078	.1371 ( 146) P=.099	-.1443 ( 146) P=.082	-.1601 ( 146) P=.053	.1433 ( 152) P=.078	-.206 ( 145) P=.01
SELPCA22	-.0600 ( 146) P=.472	-.0069 ( 146) P=.935	.1889 ( 146) P=.022	-.1585 ( 146) P=.056	-.0378 ( 148) P=.643	.212 ( 145) P=.01
SELPCA23	-.1221 ( 146) P=.142	-.1892 ( 146) P=.022	-.0768 ( 146) P=.357	.4742 ( 146) P=.000	-.1470 ( 152) P=.071	-.019 ( 145) P=.81
SEXE	-.0252 ( 151) P=.758	-.0968 ( 151) P=.237	-.0403 ( 151) P=.623	.2092 ( 151) P=.101	-.0573 ( 191) P=.431	-.025 ( 151) P=.75
SOC21	-.0827 ( 143) P=.326	-.0428 ( 143) P=.612	-.0392 ( 143) P=.642	.1820 ( 143) P=.030	-.1063 ( 148) P=.198	.090 ( 144) P=.28
SOC22	.0301 ( 143) P=.721	-.0019 ( 143) P=.982	.0846 ( 143) P=.315	-.1210 ( 143) P=.150	.1156 ( 148) P=.162	-.016 ( 144) P=.84
SOC23	.0679 ( 143) P=.420	.0554 ( 143) P=.511	-.0490 ( 143) P=.561	-.0865 ( 143) P=.304	-.0002 ( 148) P=.998	-.090 ( 144) P=.27
WQOL	.2841 ( 70) P=.017	-.0906 ( 70) P=.456	.0305 ( 70) P=.802	-.1811 ( 70) P=.134	-.0186 ( 73) P=.876	-.072 ( 71) P=.54
CBSASIMI	.0889 ( 151) P=.277	.0221 ( 151) P=.787	-.0897 ( 151) P=.273	-.0040 ( 151) P=.961	.0543 ( 190) P=.457	-.076 ( 151) P=.35
GROUPE	-.0393 ( 151) P=.632	-.2183 ( 151) P=.007	.0601 ( 151) P=.463	.2813 ( 151) P=.000	.1116 ( 191) P=.124	.027 ( 151) P=.73

-- Correlation Coefficients --

	NEA22	NEA23	O	ORI21	ORI22	ORI23
A	-.3448 ( 147) P=.000	.4597 ( 147) P=.000	.4870 ( 100) P=.000	-.2643 ( 136) P=.002	-.4047 ( 136) P=.000	.509 ( 136) P=.000
AGE89	.0795 ( 151) P=.332	-.1043 ( 151) P=.202	-.3780 ( 100) P=.000	.1244 ( 139) P=.145	.2581 ( 131) P=.002	-.300 ( 139) P=.000
COMACT21	-.1648 ( 141) P=.051	.1985 ( 141) P=.018	.3030 ( 94) P=.003	-.0693 ( 131) P=.432	-.1253 ( 131) P=.154	.151 ( 131) P=.08
COMACT22	-.0609 ( 141) P=.473	.1155 ( 141) P=.173	.1521 ( 94) P=.143	-.0985 ( 131) P=.263	-.1782 ( 131) P=.042	.215 ( 131) P=.01
COMACT23	.1589 ( 141) P=.060	-.2258 ( 141) P=.007	-.3359 ( 94) P=.001	.1269 ( 131) P=.149	.2296 ( 131) P=.008	-.277 ( 131) P=.00
COMIND	.1626 ( 151) P=.046	-.2236 ( 151) P=.006	-.3319 ( 100) P=.001	.1213 ( 139) P=.155	.1762 ( 139) P=.038	-.225 ( 139) P=.00
DANGAFF	.0754 ( 151) P=.358	-.1340 ( 151) P=.101	-.2225 ( 100) P=.026	.0683 ( 139) P=.425	.0199 ( 139) P=.816	-.055 ( 139) P=.51
DANGFOT	-.0877 ( 151) P=.284	.1206 ( 151) P=.140	-.0797 ( 100) P=.430	-.0611 ( 139) P=.475	-.0312 ( 139) P=.716	.061 ( 139) P=.47
DEP21	.0184 ( 146) P=.826	-.0339 ( 146) P=.685	-.0941 ( 96) P=.362	.1076 ( 135) P=.214	.1580 ( 135) P=.067	-.201 ( 135) P=.01
DEP22	.0041 ( 146) P=.960	-.0109 ( 146) P=.896	.1256 ( 96) P=.223	-.0733 ( 135) P=.398	-.0913 ( 135) P=.293	.122 ( 135) P=.15
DEP23	-.0411 ( 146) P=.622	.0814 ( 146) P=.329	-.0362 ( 96) P=.726	-.0710 ( 135) P=.413	-.1315 ( 135) P=.128	.157 ( 135) P=.06

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	NEA22	NEA23	O	ORI21	ORI22	ORI23		NEA22	NEA23	O	ORI21	ORI22	ORI23
DIAG	-.0572 ( 151) P=.485	-.0055 ( 151) P=.946	.1405 ( 100) P=.163	-.2006 ( 139) P=.018	.0598 ( 139) P=.484	.057 ( 139) P=.50	ORI21	.0895 ( 134) P=.304	-.0422 ( 134) P=.629	-.3196 ( 88) P=.002	1.0000 ( 139) P=.	-.1129 ( 139) P=.186	-.451 ( 139) P=.00
DUREXT	-.0384 ( 151) P=.640	-.0616 ( 151) P=.453	.2224 ( 100) P=.026	.0781 ( 139) P=.361	.0728 ( 139) P=.394	-.108 ( 139) P=.20	ORI22	.1653 ( 134) P=.056	-.3181 ( 134) P=.000	-.2362 ( 88) P=.027	-.1129 ( 139) P=.186	1.0000 ( 139) P=.	-.835 ( 139) P=.00
DURHOSP	-.0805 ( 151) P=.326	.0762 ( 151) P=.352	-.2481 ( 100) P=.013	.0462 ( 139) P=.589	.1493 ( 139) P=.079	-.159 ( 139) P=.06	ORI23	-.1975 ( 134) P=.022	.3115 ( 134) P=.000	.3919 ( 88) P=.000	-.4519 ( 139) P=.000	-.8354 ( 139) P=.000	1.000 ( 139) P=.
GENAFF	.0844 ( 151) P=.303	-.1391 ( 151) P=.088	-.0221 ( 100) P=.827	-.0634 ( 139) P=.459	.0402 ( 139) P=.639	-.001 ( 139) P=.99	PLC21	-.2168 ( 140) P=.010	.2691 ( 140) P=.001	.3347 ( 94) P=.001	-.1156 ( 139) P=.190	-.1981 ( 130) P=.024	.241 ( 130) P=.00
GENPOT	.0221 ( 151) P=.788	.0013 ( 151) P=.987	-.0678 ( 100) P=.503	.2295 ( 139) P=.007	-.0552 ( 139) P=.159	-.077 ( 139) P=.36	PLC22	-.1319 ( 140) P=.120	.1010 ( 140) P=.235	-.1160 ( 94) P=.266	-.2000 ( 130) P=.023	-.0762 ( 130) P=.389	.182 ( 130) P=.03
H	-.2056 ( 141) P=.014	.1959 ( 141) P=.020	.2690 ( 98) P=.007	-.1549 ( 132) P=.076	-.1539 ( 132) P=.076	.225 ( 132) P=.00	PLC23	.2233 ( 140) P=.008	-.2525 ( 140) P=.003	.1097 ( 94) P=.292	-.0480 ( 130) P=.587	.0941 ( 130) P=.287	-.055 ( 130) P=.53
HAB21	-.1542 ( 134) P=.075	.2692 ( 134) P=.002	.0484 ( 87) P=.656	-.0429 ( 124) P=.636	-.1293 ( 124) P=.152	.139 ( 124) P=.12	PLC24	.1816 ( 140) P=.032	-.1590 ( 140) P=.061	-.3757 ( 94) P=.000	.5087 ( 130) P=.000	.2340 ( 130) P=.007	-.500 ( 130) P=.00
HAB22	.1137 ( 134) P=.191	-.1442 ( 134) P=.096	-.0295 ( 87) P=.786	.0219 ( 124) P=.809	.0655 ( 124) P=.470	-.070 ( 124) P=.43	PSY21	-.0946 ( 133) P=.279	.1248 ( 133) P=.152	.0361 ( 91) P=.734	.0299 ( 124) P=.742	-.0847 ( 124) P=.349	.061 ( 124) P=.49
HAB23	.0649 ( 134) P=.456	-.1986 ( 134) P=.021	-.0325 ( 87) P=.765	.0316 ( 124) P=.728	.0862 ( 124) P=.288	-.103 ( 124) P=.25	PSY22	.1504 ( 133) P=.084	-.0844 ( 133) P=.334	.0790 ( 91) P=.457	.0715 ( 124) P=.430	-.0718 ( 124) P=.428	.028 ( 124) P=.75
HOS21	-.0772 ( 145) P=.356	-.0989 ( 145) P=.236	.1753 ( 96) P=.088	-.0212 ( 135) P=.808	.0320 ( 135) P=.713	-.016 ( 135) P=.85	PSY23	-.0815 ( 133) P=.351	-.0342 ( 133) P=.696	-.1463 ( 124) P=.167	-.1190 ( 124) P=.188	.1786 ( 124) P=.047	-.100 ( 124) P=.26
HOS22	-.0749 ( 145) P=.371	-.0921 ( 145) P=.271	.1136 ( 96) P=.271	-.0434 ( 135) P=.617	-.0763 ( 135) P=.379	.092 ( 135) P=.28	PSYNEG21	-.1581 ( 116) P=.090	.1871 ( 116) P=.044	.1493 ( 77) P=.195	-.0848 ( 108) P=.383	-.1251 ( 108) P=.197	.155 ( 108) P=.10
-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	NEA22	NEA23	O	ORI21	ORI22	ORI23		NEA22	NEA23	O	ORI21	ORI22	ORI23
HOS23	.1514 ( 145) P=.069	-.1896 ( 145) P=.022	-.2333 ( 96) P=.022	.0663 ( 135) P=.445	.0593 ( 135) P=.494	-.090 ( 135) P=.29	PSYNEG22	.1237 ( 116) P=.186	-.1102 ( 116) P=.239	-.1079 ( 77) P=.350	.0041 ( 108) P=.966	.0945 ( 108) P=.331	-.089 ( 108) P=.35
LOISIRI	-.2655 ( 141) P=.001	.3249 ( 141) P=.000	.3675 ( 96) P=.000	-.2610 ( 130) P=.003	-.2250 ( 130) P=.010	.349 ( 130) P=.00	PSYNEG23	.0170 ( 116) P=.856	-.0747 ( 116) P=.425	-.0258 ( 77) P=.823	.0961 ( 108) P=.323	.0137 ( 108) P=.888	-.057 ( 108) P=.55
MEDLEV21	-.0355 ( 145) P=.671	.0855 ( 145) P=.307	.1593 ( 95) P=.123	-.0797 ( 133) P=.362	-.1402 ( 133) P=.107	.170 ( 133) P=.05	PSYPOS21	.0963 ( 125) P=.285	-.2631 ( 125) P=.003	-.2430 ( 81) P=.029	.3947 ( 125) P=.000	.1784 ( 125) P=.046	-.379 ( 125) P=.00
MEDLEV22	-.2406 ( 145) P=.004	.1502 ( 145) P=.071	.0953 ( 95) P=.358	-.1170 ( 133) P=.180	-.0923 ( 133) P=.291	.148 ( 133) P=.08	PSYPOS22	.4228 ( 125) P=.000	-.4780 ( 125) P=.000	-.1821 ( 81) P=.104	.1313 ( 125) P=.144	.3555 ( 125) P=.000	-.390 ( 125) P=.00
MEDLEV23	.0775 ( 145) P=.354	-.0703 ( 145) P=.401	-.0820 ( 95) P=.430	-.1217 ( 133) P=.163	.0448 ( 133) P=.609	.029 ( 133) P=.73	PSYPOS23	-.4529 ( 125) P=.000	.5852 ( 125) P=.000	.2867 ( 81) P=.009	-.3138 ( 125) P=.000	-.4271 ( 125) P=.000	.555 ( 125) P=.00
MEDLEV24	.2988 ( 145) P=.000	-.2174 ( 145) P=.009	-.1988 ( 95) P=.053	.3925 ( 133) P=.000	.2086 ( 133) P=.016	-.408 ( 133) P=.00	QOL	-.2826 ( 82) P=.010	.3183 ( 82) P=.004	.7080 ( 84) P=.000	-.1521 ( 75) P=.193	-.2401 ( 75) P=.038	.290 ( 75) P=.01
NBHOSP	.0980 ( 151) P=.231	-.0488 ( 151) P=.552	.1094 ( 100) P=.279	-.1271 ( 139) P=.136	-.0507 ( 139) P=.553	.115 ( 139) P=.17	R	-.2079 ( 141) P=.013	.2712 ( 141) P=.001	.3123 ( 98) P=.002	-.1745 ( 130) P=.047	-.1752 ( 130) P=.046	.249 ( 130) P=.00
NEA21	-.1683 ( 151) P=.039	-.3925 ( 151) P=.000	-.0043 ( 97) P=.967	-.0702 ( 134) P=.420	.2857 ( 134) P=.001	-.222 ( 134) P=.01	S	-.2894 ( 129) P=.001	.2609 ( 129) P=.003	.4608 ( 92) P=.000	-.2001 ( 121) P=.028	-.2397 ( 121) P=.008	.322 ( 121) P=.00
NEA22	1.0000 ( 151) P=.	-.8406 ( 151) P=.000	-.1154 ( 97) P=.260	.0895 ( 134) P=.304	.1653 ( 134) P=.056	-.197 ( 134) P=.02	SCORE1	-.1641 ( 149) P=.046	.1543 ( 149) P=.060	.2776 ( 99) P=.005	-.1149 ( 137) P=.181	.0180 ( 137) P=.834	.044 ( 137) P=.60
NEA23	-.8406 ( 151) P=.000	1.0000 ( 151) P=.	.1114 ( 97) P=.277	-.0422 ( 134) P=.629	-.3181 ( 134) P=.000	.311 ( 134) P=.00	SECURE21	-.0399 ( 151) P=.627	.1057 ( 151) P=.197	.1148 ( 100) P=.255	-.0965 ( 139) P=.259	-.0630 ( 139) P=.461	.110 ( 139) P=.19
O	-.1154 ( 97) P=.260	.1114 ( 97) P=.277	1.0000 ( 100) P=.	-.3196 ( 88) P=.002	-.2362 ( 88) P=.027	.391 ( 88) P=.00	SECURE22	-.0079 ( 151) P=.924	-.0530 ( 151) P=.518	.0937 ( 100) P=.354	-.0433 ( 139) P=.613	.0644 ( 139) P=.451	-.033 ( 139) P=.69

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	NEA22	NEA23	O	ORI21	ORI22	ORI23		PLC21	PLC22	PLC23	PLC24	PSY21	PSY22
SECURE23	.0559 ( .151) P=.495	-.0751 ( .151) P=.359	-.2198 ( .100) P=.028	.1525 ( .139) P=.073	.0135 ( .139) P=.875	-.096 ( .139) P=.25	DIAG	.0127 ( .146) P=.879	.2097 ( .146) P=.011	-.1561 ( .146) P=.060	-.1433 ( .146) P=.084	-.0896 ( .137) P=.298	-.107 ( .137) P=.21
SELFCA21	-.3546 ( .145) P=.000	.4426 ( .145) P=.000	.2479 ( .98) P=.014	-.1864 ( .135) P=.030	-.2543 ( .135) P=.003	.331 ( .135) P=.00	DUREXT	.0542 ( .146) P=.516	-.2293 ( .146) P=.005	.1265 ( .146) P=.128	.1348 ( .146) P=.105	.0850 ( .137) P=.324	-.119 ( .137) P=.16
SELFCA22	.2073 ( .145) P=.012	-.3079 ( .98) P=.000	-.0029 ( .98) P=.977	-.1387 ( .135) P=.109	.0751 ( .135) P=.387	.010 ( .135) P=.90	DURHOSP	-.0653 ( .146) P=.434	.0139 ( .146) P=.869	-.1861 ( .146) P=.024	.2772 ( .146) P=.001	-.0671 ( .137) P=.436	.037 ( .137) P=.66
SELFCA23	.2037 ( .145) P=.014	-.1796 ( .98) P=.031	-.3961 ( .98) P=.000	.4903 ( .135) P=.000	.2605 ( .135) P=.002	-.508 ( .135) P=.00	GENAFF	-.0137 ( .146) P=.870	-.0738 ( .146) P=.376	.1597 ( .146) P=.054	-.0665 ( .146) P=.425	.0044 ( .137) P=.959	-.050 ( .137) P=.50
SEXE	.1330 ( .151) P=.104	-.1100 ( .151) P=.179	.0337 ( .100) P=.739	.0494 ( .139) P=.564	-.2136 ( .139) P=.012	.164 ( .139) P=.05	GENPOT	-.0626 ( .146) P=.453	-.0543 ( .146) P=.515	-.0721 ( .146) P=.387	.2394 ( .146) P=.004	.0187 ( .137) P=.828	.044 ( .137) P=.60
SOC21	.1827 ( .144) P=.028	-.2207 ( .144) P=.008	-.3314 ( .95) P=.001	.2579 ( .132) P=.003	.2177 ( .132) P=.012	-.341 ( .132) P=.00	H	.1489 ( .138) P=.081	.2123 ( .138) P=.012	-.2054 ( .138) P=.016	-.2472 ( .138) P=.003	-.0131 ( .130) P=.883	-.029 ( .130) P=.73
SOC22	.0225 ( .144) P=.789	-.0118 ( .144) P=.888	.0458 ( .95) P=.659	-.1585 ( .132) P=.069	-.0756 ( .132) P=.389	.158 ( .132) P=.06	HAB21	.0858 ( .131) P=.330	.1376 ( .131) P=.117	-.1957 ( .131) P=.025	-.0747 ( .131) P=.396	.1415 ( .121) P=.122	-.059 ( .121) P=.52
SOC23	-.2442 ( .144) P=.003	.2781 ( .144) P=.001	.3147 ( .95) P=.002	-.1378 ( .132) P=.115	-.1788 ( .132) P=.040	.237 ( .132) P=.00	HAB22	-.0304 ( .131) P=.730	-.0306 ( .131) P=.729	.0777 ( .131) P=.378	-.0167 ( .131) P=.850	-.0599 ( .121) P=.514	.007 ( .121) P=.93
WQOL	-.2465 ( .71) P=.038	.2650 ( .71) P=.026	.7293 ( .73) P=.000	-.2405 ( .67) P=.050	-.1941 ( .67) P=.115	.297 ( .67) P=.01	HAB23	-.0893 ( .131) P=.310	-.1724 ( .131) P=.049	.1902 ( .131) P=.030	.1471 ( .131) P=.094	-.1236 ( .121) P=.177	.078 ( .121) P=.39
CRSA5IMI	.0139 ( .151) P=.865	.0290 ( .151) P=.723	.0391 ( .100) P=.700	.0610 ( .139) P=.476	-.1295 ( .139) P=.129	.082 ( .139) P=.33	HOS21	.1388 ( .141) P=.101	-.1085 ( .141) P=.200	.0336 ( .141) P=.693	-.0325 ( .141) P=.702	.0487 ( .133) P=.578	-.146 ( .133) P=.09
GROUPE	-.0561 ( .151) P=.494	.0373 ( .151) P=.650	.2396 ( .100) P=.016	.0196 ( .139) P=.819	-.0019 ( .139) P=.982	-.009 ( .139) P=.91	HOS22	-.0076 ( .141) P=.929	.0751 ( .141) P=.376	-.0684 ( .141) P=.421	-.0219 ( .141) P=.796	.0504 ( .133) P=.564	.153 ( .133) P=.07
-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	PLC21	PLC22	PLC23	PLC24	PSY21	PSY22		PLC21	PLC22	PLC23	PLC24	PSY21	PSY22
A	.5007 ( .143) P=.000	-.0633 ( .143) P=.453	-.1353 ( .143) P=.107	-.2996 ( .143) P=.000	.1931 ( .135) P=.025	-.055 ( .135) P=.52	HOS23	-.1080 ( .141) P=.202	.0050 ( .141) P=.953	.0503 ( .141) P=.554	.0525 ( .141) P=.536	-.0946 ( .133) P=.279	-.056 ( .133) P=.51
AGE89	-.0570 ( .146) P=.494	-.2397 ( .146) P=.004	.0874 ( .146) P=.294	.3214 ( .146) P=.000	.0459 ( .137) P=.595	.021 ( .137) P=.80	LOISIR1	.2797 ( .136) P=.001	.0451 ( .136) P=.602	-.0705 ( .136) P=.415	-.2942 ( .136) P=.001	.1304 ( .127) P=.144	-.102 ( .127) P=.25
COMACT21	.4561 ( .138) P=.000	-.1282 ( .138) P=.134	-.1410 ( .138) P=.099	-.1083 ( .138) P=.206	.1044 ( .127) P=.243	-.037 ( .127) P=.67	MEDLEV21	.0507 ( .146) P=.543	.1263 ( .146) P=.129	-.1038 ( .146) P=.212	-.1221 ( .146) P=.142	.0719 ( .131) P=.414	.011 ( .131) P=.89
COMACT22	.6436 ( .138) P=.000	-.2931 ( .138) P=.000	-.0701 ( .138) P=.414	-.1403 ( .138) P=.101	-.1711 ( .127) P=.054	.162 ( .127) P=.06	MEDLEV22	.1757 ( .146) P=.034	.2433 ( .146) P=.003	-.3092 ( .146) P=.000	-.1892 ( .146) P=.022	.0005 ( .131) P=.995	.013 ( .131) P=.87
COMACT23	-.8293 ( .138) P=.000	.3250 ( .138) P=.000	.1509 ( .138) P=.077	.1866 ( .138) P=.028	.0727 ( .127) P=.417	-.109 ( .127) P=.22	MEDLEV23	-.1151 ( .146) P=.166	-.0549 ( .146) P=.511	.2371 ( .146) P=.004	-.0768 ( .146) P=.357	-.1103 ( .131) P=.210	-.045 ( .131) P=.60
COMIND	-.9078 ( .146) P=.000	.4610 ( .146) P=.000	.1045 ( .146) P=.209	.1786 ( .146) P=.031	.0200 ( .137) P=.816	-.110 ( .137) P=.19	MEDLEV24	-.1673 ( .146) P=.044	-.4030 ( .146) P=.000	.2667 ( .146) P=.001	.4742 ( .146) P=.000	.0672 ( .131) P=.446	.023 ( .131) P=.79
DANGAFF	-.0555 ( .146) P=.506	.0452 ( .146) P=.588	-.0905 ( .146) P=.277	.1026 ( .146) P=.218	-.0253 ( .137) P=.769	-.015 ( .137) P=.86	NBHOSP	.0815 ( .146) P=.328	.0131 ( .146) P=.876	.0500 ( .146) P=.549	-.1709 ( .146) P=.039	.0152 ( .137) P=.861	.026 ( .137) P=.76
DANGPOT	-.0327 ( .146) P=.696	.0750 ( .146) P=.368	-.0562 ( .146) P=.500	-.0095 ( .146) P=.909	.1861 ( .137) P=.029	-.079 ( .137) P=.35	NEA21	-.1230 ( .140) P=.148	.0397 ( .140) P=.642	.0815 ( .140) P=.338	-.0182 ( .140) P=.831	-.0646 ( .133) P=.460	-.093 ( .133) P=.28
DEP21	-.1821 ( .141) P=.031	-.0013 ( .141) P=.988	.0703 ( .141) P=.408	-.1149 ( .141) P=.175	.1631 ( .135) P=.059	-.083 ( .135) P=.33	NEA22	-.2168 ( .140) P=.010	-.1319 ( .140) P=.120	.2233 ( .140) P=.008	.1816 ( .140) P=.032	-.0946 ( .133) P=.279	.150 ( .133) P=.08
DEP22	.2239 ( .141) P=.008	-.0620 ( .141) P=.465	-.0741 ( .141) P=.383	-.0609 ( .141) P=.473	-.1167 ( .135) P=.178	.044 ( .135) P=.60	NEA23	.2691 ( .140) P=.001	.1010 ( .140) P=.235	-.2525 ( .140) P=.003	-.1590 ( .140) P=.061	.1248 ( .133) P=.152	-.084 ( .133) P=.33
DEP23	-.0427 ( .141) P=.615	.1047 ( .141) P=.217	-.0039 ( .141) P=.964	-.1057 ( .141) P=.212	-.1012 ( .135) P=.243	.079 ( .135) P=.36	O	.3347 ( .94) P=.001	-.1160 ( .94) P=.266	.1097 ( .94) P=.292	-.3757 ( .94) P=.000	.0361 ( .91) P=.734	.079 ( .91) P=.45

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	PLC21	PLC22	PLC23	PLC24	PSY21	PSY22		PLC21	PLC22	PLC23	PLC24	PSY21	PSY22
ORI21	-.1156 ( 130) P= .190	-.2000 ( 130) P= .023	-.0480 ( 130) P= .587	.5087 ( 130) P= .000	.0299 ( 124) P= .742	.071 ( 124) P= .43	SECURE23	-.0866 ( 146) P= .299	-.0046 ( 146) P= .956	-.0486 ( 146) P= .560	.1619 ( 146) P= .051	-.0058 ( 137) P= .946	-.037 ( 137) P= .66
ORI22	-.1981 ( 130) P= .024	-.0762 ( 130) P= .389	.0941 ( 130) P= .287	.2340 ( 130) P= .007	-.0847 ( 124) P= .349	-.071 ( 124) P= .42	SELFCA21	.3851 ( 146) P= .000	.0553 ( 146) P= .507	-.1910 ( 146) P= .021	-.2789 ( 146) P= .001	.2941 ( 131) P= .001	-.178 ( 131) P= .04
ORI23	.2418 ( 130) P= .006	.1829 ( 130) P= .037	-.0554 ( 130) P= .531	-.5005 ( 130) P= .000	.0615 ( 124) P= .498	.028 ( 124) P= .75	SELFCA22	-.2624 ( 146) P= .001	.2041 ( 146) P= .013	.3060 ( 146) P= .000	-.3907 ( 146) P= .000	-.2317 ( 131) P= .008	.051 ( 131) P= .56
PLC21	1.0000 ( 146) P= .	-.4506 ( 146) P= .000	-.2153 ( 146) P= .009	-.1622 ( 146) P= .051	.0770 ( 126) P= .391	.047 ( 126) P= .59	SELFCA23	-.1622 ( 146) P= .051	-.3907 ( 146) P= .000	-.1867 ( 146) P= .024	1.0000 ( 146) P= .000	-.0732 ( 131) P= .406	.178 ( 131) P= .04
PLC22	-.4506 ( 146) P= .000	1.0000 ( 146) P= .	-.5188 ( 146) P= .000	-.3907 ( 146) P= .000	.0184 ( 126) P= .838	-.127 ( 126) P= .15	SEXE	-.0349 ( 146) P= .676	-.0881 ( 146) P= .290	-.0405 ( 146) P= .628	.2217 ( 146) P= .007	.0989 ( 137) P= .250	-.096 ( 137) P= .26
PLC23	-.2153 ( 146) P= .009	-.5188 ( 146) P= .000	1.0000 ( 146) P= .	-.1867 ( 146) P= .024	-.0532 ( 126) P= .554	-.019 ( 126) P= .82	SOC21	-.2335 ( 138) P= .006	.0468 ( 138) P= .586	-.0737 ( 138) P= .390	.2876 ( 138) P= .001	-.1098 ( 131) P= .212	.024 ( 131) P= .78
PLC24	-.1622 ( 146) P= .051	-.3907 ( 146) P= .000	-.1867 ( 146) P= .024	1.0000 ( 146) P= .	-.0518 ( 126) P= .564	.160 ( 126) P= .07	SOC22	.0350 ( 138) P= .684	.0296 ( 138) P= .731	.0898 ( 138) P= .295	-.1948 ( 138) P= .022	-.0677 ( 131) P= .442	-.015 ( 131) P= .85
PSY21	.0770 ( 126) P= .391	.0184 ( 126) P= .838	-.0532 ( 126) P= .554	-.0518 ( 126) P= .564	1.0000 ( 137) P= .	-.642 ( 137) P= .00	SOC23	.2466 ( 138) P= .004	-.0910 ( 138) P= .289	-.0117 ( 138) P= .892	-.1312 ( 138) P= .125	.2106 ( 131) P= .016	-.011 ( 131) P= .89
PSY22	.0473 ( 126) P= .599	-.1274 ( 126) P= .155	-.0196 ( 126) P= .827	-.1609 ( 126) P= .072	-.6426 ( 137) P= .000	1.000 ( 137) P= .	WQOL	.4268 ( 69) P= .000	-.1724 ( 69) P= .157	.0256 ( 69) P= .834	-.4105 ( 69) P= .000	.2118 ( 67) P= .085	.022 ( 67) P= .85
PSY23	-.1383 ( 126) P= .123	.1354 ( 126) P= .131	.0797 ( 126) P= .375	-.1411 ( 126) P= .115	-.3140 ( 137) P= .000	-.525 ( 137) P= .00	CBSA5IMI	.2211 ( 146) P= .007	-.0547 ( 146) P= .512	-.1362 ( 146) P= .101	.0034 ( 146) P= .967	.1761 ( 137) P= .040	-.010 ( 137) P= .90
PSYNEG21	-.0264 ( 111) P= .784	.1552 ( 111) P= .104	-.0553 ( 111) P= .564	-.1507 ( 111) P= .114	.5604 ( 118) P= .000	-.316 ( 118) P= .00	GROUPE	.1119 ( 146) P= .179	-.3139 ( 146) P= .000	.1751 ( 146) P= .035	.1405 ( 146) P= .091	.2237 ( 137) P= .009	-.197 ( 137) P= .02
-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	PLC21	PLC22	PLC23	PLC24	PSY21	PSY22		PSY23	PSYNEG21	PSYNEG22	PSYNEG23	PSYPOS21	PSYPOS2
PSYNEG22	.1270 ( 111) P= .184	-.0647 ( 111) P= .500	-.1393 ( 111) P= .145	.1340 ( 111) P= .161	-.3430 ( 118) P= .000	.288 ( 118) P= .00	A	-.1473 ( 135) P= .088	.2137 ( 117) P= .021	.0088 ( 117) P= .925	-.2890 ( 117) P= .002	-.3563 ( 122) P= .000	-.4888 ( 122) P= .000
PSYNEG23	-.1555 ( 111) P= .103	-.0995 ( 111) P= .299	.2768 ( 111) P= .003	-.0091 ( 111) P= .925	-.2040 ( 118) P= .027	-.029 ( 118) P= .75	AGEB9	-.0769 ( 137) P= .372	-.0742 ( 118) P= .425	.0271 ( 118) P= .771	.0547 ( 118) P= .556	.0861 ( 125) P= .340	.0398 ( 125) P= .659
PSYPOS21	-.1087 ( 117) P= .243	-.0139 ( 117) P= .881	-.0127 ( 117) P= .892	-.1768 ( 117) P= .056	.0264 ( 113) P= .782	-.076 ( 113) P= .41	COMACT21	-.0685 ( 127) P= .444	.1677 ( 111) P= .079	-.0863 ( 111) P= .368	-.0860 ( 111) P= .369	-.0715 ( 119) P= .440	-.1363 ( 119) P= .140
PSYPOS22	-.3307 ( 117) P= .000	-.0121 ( 117) P= .897	.1701 ( 117) P= .067	.1793 ( 117) P= .053	-.2190 ( 113) P= .020	.044 ( 113) P= .64	COMACT22	-.0113 ( 127) P= .900	-.1707 ( 111) P= .073	.2267 ( 111) P= .017	-.1208 ( 111) P= .207	-.0949 ( 119) P= .304	-.2166 ( 119) P= .018
PSYPOS23	.3698 ( 117) P= .000	-.0054 ( 117) P= .954	-.1591 ( 117) P= .087	-.2539 ( 117) P= .006	.1989 ( 113) P= .035	-.006 ( 113) P= .94	COMACT23	.0542 ( 127) P= .545	.0368 ( 111) P= .701	-.1351 ( 111) P= .157	.1555 ( 111) P= .103	.1257 ( 119) P= .173	.2690 ( 119) P= .003
QOL	.4124 ( 78) P= .000	-.2149 ( 78) P= .059	.0182 ( 78) P= .874	-.2496 ( 78) P= .028	.2435 ( 76) P= .034	.025 ( 76) P= .82	COMIND	.1146 ( 137) P= .182	.0512 ( 118) P= .582	-.1479 ( 118) P= .110	.1578 ( 118) P= .088	.1187 ( 125) P= .187	.3344 ( 125) P= .000
R	.1275 ( 137) P= .138	-.0215 ( 137) P= .803	.0286 ( 137) P= .740	-.1514 ( 137) P= .077	.1860 ( 130) P= .034	-.046 ( 130) P= .60	DANGAFF	.0468 ( 137) P= .587	-.0750 ( 118) P= .420	.0519 ( 118) P= .576	.0181 ( 118) P= .845	.1974 ( 125) P= .027	.0606 ( 125) P= .502
S	.2592 ( 123) P= .004	.0270 ( 123) P= .767	.0096 ( 123) P= .916	-.3668 ( 123) P= .000	.2417 ( 120) P= .008	-.164 ( 120) P= .07	DANGPOT	-.1085 ( 137) P= .207	.2039 ( 118) P= .027	-.1248 ( 118) P= .178	-.0742 ( 118) P= .424	-.0593 ( 125) P= .511	-.0925 ( 125) P= .305
SCORE1	.1940 ( 144) P= .020	-.1104 ( 144) P= .188	.0395 ( 144) P= .638	-.0984 ( 144) P= .241	.2509 ( 134) P= .003	-.164 ( 134) P= .05	DEP21	-.0786 ( 135) P= .365	.3053 ( 118) P= .001	-.0714 ( 118) P= .442	-.2859 ( 118) P= .002	.0989 ( 121) P= .281	.0457 ( 121) P= .619
SECURE21	.0614 ( 146) P= .462	.1043 ( 146) P= .210	-.1352 ( 146) P= .104	-.0625 ( 146) P= .454	.2030 ( 137) P= .017	-.025 ( 137) P= .76	DEP22	.0754 ( 135) P= .385	-.2520 ( 118) P= .006	.1972 ( 118) P= .032	.0267 ( 118) P= .774	-.0603 ( 121) P= .511	-.1187 ( 121) P= .195
SECURE22	.0127 ( 146) P= .879	-.1227 ( 146) P= .140	.2142 ( 146) P= .009	-.0876 ( 146) P= .293	-.2412 ( 137) P= .005	.070 ( 137) P= .41	DEP23	.0148 ( 135) P= .864	-.1298 ( 118) P= .161	-.1912 ( 118) P= .038	.4569 ( 118) P= .000	-.0744 ( 121) P= .417	.1081 ( 121) P= .238



-- Correlation Coefficients --

	PSY23	PSYNEG21	PSYNEG22	PSYNEG23	PSYPOS21	PSYPOS2
DIAG	.2331 ( 137) P=.006	-.0135 ( 118) P=.885	-.0614 ( 118) P=.509	.1103 ( 118) P=.234	-.0963 ( 125) P=.285	.1666 ( 125) P=.063
DUREXT	.0538 ( 137) P=.532	-.0294 ( 118) P=.752	.0010 ( 118) P=.992	.0364 ( 118) P=.695	.0355 ( 125) P=.694	.1256 ( 125) P=.163
DURHOSP	.0282 ( 137) P=.744	-.0346 ( 118) P=.710	-.0221 ( 118) P=.812	.0781 ( 118) P=.401	-.0126 ( 125) P=.889	-.0427 ( 125) P=.636
GENAFF	.0670 ( 137) P=.437	-.1074 ( 118) P=.247	-.0281 ( 118) P=.762	.1812 ( 118) P=.050	-.0416 ( 125) P=.645	.1878 ( 125) P=.036
GENPOT	-.0758 ( 137) P=.378	-.0593 ( 118) P=.523	.0784 ( 118) P=.399	-.0421 ( 125) P=.651	.2462 ( 125) P=.006	-.0875 ( 125) P=.332
H	.0529 ( 130) P=.550	.0720 ( 113) P=.449	-.0958 ( 113) P=.313	.0515 ( 113) P=.588	-.0928 ( 118) P=.318	-.0229 ( 118) P=.805
HAB21	-.0818 ( 121) P=.372	.4918 ( 118) P=.000	-.2633 ( 118) P=.004	-.2360 ( 118) P=.010	-.1253 ( 114) P=.184	-.2900 ( 114) P=.002
HAB22	.0560 ( 121) P=.542	-.3807 ( 118) P=.000	.3858 ( 118) P=.000	-.0927 ( 118) P=.318	.0249 ( 114) P=.792	.1693 ( 114) P=.072
HAB23	.0393 ( 121) P=.668	-.1724 ( 118) P=.062	-.1768 ( 118) P=.055	.4902 ( 118) P=.000	.1512 ( 114) P=.108	.1809 ( 114) P=.054
HOS21	.1282 ( 133) P=.141	.3292 ( 118) P=.000	-.1938 ( 118) P=.036	-.1315 ( 123) P=.156	-.0079 ( 123) P=.931	-.0495 ( 123) P=.586
HOS22	-.2468 ( 133) P=.004	.0062 ( 118) P=.947	.1721 ( 118) P=.062	-.2685 ( 118) P=.003	-.2206 ( 123) P=.014	-.0649 ( 123) P=.476

-- Correlation Coefficients --

	PSY23	PSYNEG21	PSYNEG22	PSYNEG23	PSYPOS21	PSYPOS2
ORI21	-.1190 ( 124) P=.188	-.0848 ( 108) P=.383	.0041 ( 108) P=.966	.0961 ( 108) P=.323	.3947 ( 125) P=.000	.1313 ( 125) P=.144
ORI22	.1786 ( 124) P=.047	-.1251 ( 108) P=.197	.0945 ( 108) P=.331	.0137 ( 108) P=.888	.1784 ( 125) P=.046	.3555 ( 125) P=.000
ORI23	-.1004 ( 124) P=.267	.1555 ( 108) P=.108	-.0894 ( 111) P=.358	-.0577 ( 111) P=.553	-.3795 ( 117) P=.000	-.3901 ( 125) P=.000
PLC21	-.1383 ( 126) P=.123	-.0264 ( 111) P=.784	.1270 ( 111) P=.184	-.1555 ( 111) P=.103	-.1087 ( 117) P=.243	-.3307 ( 117) P=.000
PLC22	.1354 ( 126) P=.131	.1552 ( 111) P=.104	-.0647 ( 111) P=.500	-.0995 ( 111) P=.299	-.0139 ( 117) P=.881	.0121 ( 117) P=.897
PLC23	.0797 ( 126) P=.375	-.0553 ( 111) P=.564	-.1393 ( 111) P=.145	.2768 ( 111) P=.003	-.0127 ( 117) P=.892	.1701 ( 117) P=.067
PLC24	-.1411 ( 126) P=.115	-.1507 ( 111) P=.114	.1340 ( 111) P=.161	-.0091 ( 111) P=.925	.1768 ( 117) P=.056	.1793 ( 117) P=.053
PSY21	-.3140 ( 137) P=.000	.5604 ( 118) P=.000	-.3430 ( 118) P=.000	-.2040 ( 118) P=.027	.0264 ( 113) P=.782	-.2190 ( 113) P=.020
PSY22	-.5257 ( 137) P=.000	-.3162 ( 118) P=.000	.2888 ( 118) P=.002	-.0291 ( 118) P=.754	-.0768 ( 113) P=.419	.0440 ( 113) P=.643
PSY23	1.0000 ( 137) P=.0	-.2342 ( 118) P=.011	.0268 ( 118) P=.774	.2618 ( 118) P=.004	.0639 ( 113) P=.501	.1847 ( 113) P=.050
PSYNEG21	-.2342 ( 118) P=.011	1.0000 ( 118) P=.0	-.7568 ( 118) P=.000	-.1448 ( 118) P=.118	-.1027 ( 101) P=.307	-.2164 ( 101) P=.030

-- Correlation Coefficients --

	PSY23	PSYNEG21	PSYNEG22	PSYNEG23	PSYPOS21	PSYPOS2
HOS23	.1756 ( 133) P=.043	-.2697 ( 118) P=.003	-.0374 ( 118) P=.687	.4047 ( 118) P=.000	.2543 ( 123) P=.005	.1136 ( 123) P=.211
LOISIR1	-.0212 ( 127) P=.813	.0683 ( 110) P=.478	.0303 ( 110) P=.754	-.1286 ( 117) P=.180	-.2516 ( 117) P=.006	-.2284 ( 117) P=.013
MEDLEV21	-.0907 ( 131) P=.303	.1027 ( 115) P=.275	-.0212 ( 115) P=.822	-.1004 ( 115) P=.286	-.0729 ( 120) P=.429	-.1021 ( 120) P=.267
MEDLEV22	-.0173 ( 131) P=.844	.0227 ( 115) P=.810	.0976 ( 115) P=.300	-.1764 ( 115) P=.059	-.0678 ( 120) P=.462	-.0614 ( 120) P=.505
MEDLEV23	.1733 ( 131) P=.048	-.0806 ( 115) P=.392	-.1519 ( 115) P=.105	.3330 ( 115) P=.000	.1026 ( 120) P=.265	-.0316 ( 120) P=.732
MEDLEV24	-.0999 ( 131) P=.256	-.0305 ( 115) P=.746	.0464 ( 115) P=.623	-.0307 ( 115) P=.745	.0510 ( 120) P=.580	-.2357 ( 120) P=.010
NBHOSP	-.0494 ( 137) P=.566	-.0750 ( 118) P=.420	.1185 ( 118) P=.201	-.0827 ( 118) P=.373	-.0071 ( 125) P=.938	-.0705 ( 125) P=.435
NEA21	.1878 ( 133) P=.030	-.0698 ( 116) P=.456	-.0040 ( 116) P=.966	.0961 ( 116) P=.305	.2928 ( 125) P=.001	.1501 ( 125) P=.095
NEA22	-.0815 ( 133) P=.351	-.1581 ( 116) P=.090	.1237 ( 116) P=.186	.0170 ( 116) P=.856	.0963 ( 125) P=.285	.4228 ( 125) P=.000
NEA23	-.0342 ( 133) P=.696	.1871 ( 116) P=.044	-.1102 ( 116) P=.239	-.0747 ( 116) P=.425	-.2631 ( 125) P=.003	-.4780 ( 125) P=.000
O	-.1463 ( 91) P=.167	.1493 ( 77) P=.195	-.1079 ( 77) P=.350	-.0258 ( 77) P=.823	-.2430 ( 81) P=.029	-.1821 ( 81) P=.104

-- Correlation Coefficients --

	PSY23	PSYNEG21	PSYNEG22	PSYNEG23	PSYPOS21	PSYPOS2
PSYNEG22	.0268 ( 118) P=.774	-.7568 ( 118) P=.000	1.0000 ( 118) P=.0	-.5371 ( 118) P=.000	-.0684 ( 101) P=.497	.1108 ( 101) P=.270
PSYNEG23	.2618 ( 118) P=.004	-.1448 ( 118) P=.118	-.5371 ( 118) P=.000	1.0000 ( 118) P=.0	.2300 ( 101) P=.021	.1069 ( 101) P=.287
PSYPOS21	.0639 ( 113) P=.501	-.1027 ( 101) P=.307	-.0684 ( 101) P=.497	.2300 ( 101) P=.021	1.0000 ( 125) P=.0	-.1671 ( 125) P=.063
PSYPOS22	.1847 ( 113) P=.050	-.2164 ( 101) P=.030	.1108 ( 101) P=.270	.1069 ( 101) P=.287	-.1671 ( 125) P=.063	1.0000 ( 125) P=.0
PSYPOS23	-.2077 ( 113) P=.027	.2561 ( 101) P=.101	-.0774 ( 101) P=.441	-.2060 ( 101) P=.039	-.3138 ( 101) P=.000	-.8837 ( 125) P=.000
QOL	-.3098 ( 76) P=.006	.4091 ( 66) P=.001	-.2506 ( 66) P=.042	-.1327 ( 66) P=.288	-.3019 ( 68) P=.012	-.3327 ( 68) P=.006
R	-.1465 ( 130) P=.096	.2050 ( 112) P=.030	-.1225 ( 112) P=.198	-.0852 ( 112) P=.372	-.2272 ( 117) P=.014	-.3137 ( 117) P=.001
S	-.0691 ( 120) P=.454	.3258 ( 106) P=.001	-.2087 ( 106) P=.032	-.1125 ( 106) P=.251	-.2435 ( 109) P=.011	-.1817 ( 109) P=.059
SCORE1	-.0754 ( 134) P=.387	.0849 ( 117) P=.363	-.0226 ( 117) P=.809	-.0754 ( 117) P=.419	-.1343 ( 124) P=.137	-.0682 ( 124) P=.451
SECURE21	-.1938 ( 137) P=.023	.2484 ( 118) P=.007	-.0660 ( 118) P=.478	-.2206 ( 118) P=.016	-.1388 ( 125) P=.123	-.2327 ( 125) P=.009
SECURE22	.1805 ( 137) P=.035	-.1857 ( 118) P=.044	.0386 ( 118) P=.678	.1812 ( 118) P=.050	-.0348 ( 125) P=.700	.2144 ( 125) P=.016

-- Correlation Coefficients --

	PSY23	PSYNEG21	PSYNEG22	PSYNEG23	PSYPOS21	PSYPOS2		PSYPOS23	QOL	R	S	SCORE1	SECURE2
SECURE23	.0531 { 137} P=.537	-.1081 { 118} P=.244	.0390 { 118} P=.675	.0806 { 118} P=.386	.1959 { 125} P=.029	.0699 { 125} P=.439	DIAG	-.1147 { 125} P=.203	-.0345 { 84} P=.756	-.1323 { 148} P=.109	.0611 { 133} P=.485	-.1118 { 171} P=.145	-.1310 { 190} P=.072
SELFCA21	-.0981 { 131} P=.265	.2418 { 113} P=.010	-.0352 { 113} P=.711	-.2526 { 113} P=.007	-.1907 { 121} P=.036	-.4209 { 121} P=.000	DUREXT	-.1378 { 125} P=.125	.3096 { 84} P=.004	.1597 { 148} P=.053	.1980 { 133} P=.022	.3377 { 171} P=.000	.1289 { 190} P=.076
SELFCA22	.1883 { 131} P=.031	-.1464 { 113} P=.122	-.0430 { 113} P=.651	.2488 { 113} P=.008	.0252 { 121} P=.784	.3077 { 121} P=.001	DURHOSP	-.0352 { 125} P=.697	-.0855 { 84} P=.439	-.0513 { 148} P=.535	-.0907 { 133} P=.299	-.0371 { 171} P=.630	-.0117 { 190} P=.873
SELFCA23	-.1406 { 131} P=.109	-.1476 { 113} P=.119	.1298 { 113} P=.171	-.0071 { 113} P=.940	.2570 { 121} P=.004	.1605 { 121} P=.079	GENAFF	-.1611 { 125} P=.073	-.0209 { 84} P=.850	.0054 { 148} P=.948	.0552 { 133} P=.528	-.0130 { 171} P=.866	-.0885 { 190} P=.224
SEXE	.0103 { 137} P=.905	-.1807 { 118} P=.050	.0193 { 118} P=.836	.2040 { 118} P=.027	-.0485 { 125} P=.591	-.2446 { 125} P=.006	GENPOT	-.0326 { 125} P=.718	-.1020 { 84} P=.356	.0766 { 148} P=.355	-.1315 { 133} P=.131	-.0036 { 171} P=.963	-.0163 { 190} P=.823
SOC21	.0918 { 131} P=.297	-.1337 { 115} P=.154	.0344 { 115} P=.715	.1261 { 115} P=.179	.2455 { 125} P=.006	.3828 { 125} P=.000	H	.0676 { 118} P=.467	.4410 { 84} P=.000	.0511 { 140} P=.549	.3652 { 128} P=.000	.0517 { 145} P=.537	.0294 { 147} P=.724
SOC22	.0948 { 131} P=.282	.0455 { 115} P=.629	-.0374 { 115} P=.691	-.0029 { 115} P=.975	-.1459 { 125} P=.105	-.0607 { 125} P=.501	HAB21	.3387 { 114} P=.000	.2419 { 75} P=.037	.0050 { 129} P=.955	.1934 { 120} P=.034	.0611 { 137} P=.478	.2592 { 138} P=.002
SOC23	-.2196 { 131} P=.012	.1147 { 115} P=.222	.0000 { 115} P=1.000	-.1543 { 115} P=.100	-.1369 { 125} P=.128	-.3855 { 125} P=.000	HAB22	-.1757 { 114} P=.061	-.1688 { 75} P=.148	.0321 { 129} P=.718	-.0887 { 120} P=.335	-.0539 { 137} P=.532	-.1373 { 138} P=.108
WQOL	-.2767 { 67} P=.023	.4021 { 59} P=.002	-.2621 { 59} P=.045	-.1110 { 59} P=.402	-.2866 { 61} P=.025	-.3175 { 61} P=.013	HAB23	-.2446 { 114} P=.009	-.1105 { 75} P=.345	-.0614 { 129} P=.489	-.1729 { 120} P=.059	-.0112 { 137} P=.896	-.1941 { 138} P=.023
CBSA5IMI	-.1821 { 137} P=.033	.0958 { 118} P=.302	-.0080 { 118} P=.931	-.1116 { 118} P=.229	-.0570 { 125} P=.528	-.0501 { 125} P=.579	HOS21	.0514 { 123} P=.572	.2609 { 81} P=.019	.0810 { 142} P=.338	.2651 { 129} P=.002	.1466 { 148} P=.076	.0963 { 150} P=.241
GROUPE	-.0037 { 137} P=.966	.0838 { 118} P=.367	-.0701 { 118} P=.451	-.0020 { 118} P=.983	-.0833 { 125} P=.356	-.0083 { 125} P=.927	HOS22	.1680 { 123} P=.063	.1940 { 81} P=.083	.0368 { 142} P=.664	.0450 { 129} P=.612	.0930 { 148} P=.261	.1897 { 150} P=.020

-- Correlation Coefficients --

	PSYPOS23	QOL	R	S	SCORE1	SECURE2		PSYPOS23	QOL	R	S	SCORE1	SECURE2
A	.6413 { 122} P=.000	.7718 { 84} P=.000	.5237 { 147} P=.000	.4792 { 132} P=.000	.2665 { 152} P=.001	.2714 { 152} P=.001	HOS23	-.2310 { 123} P=.010	-.3856 { 81} P=.000	-.1088 { 142} P=.197	-.2720 { 129} P=.002	-.2292 { 148} P=.005	-.2961 { 150} P=.000
AGE89	-.0792 { 125} P=.380	-.2917 { 84} P=.007	-.1732 { 148} P=.035	-.1930 { 133} P=.026	-.1410 { 171} P=.066	-.0741 { 190} P=.310	LOISIR1	.3426 { 117} P=.000	.5054 { 80} P=.000	.5235 { 139} P=.000	.2861 { 124} P=.001	.3795 { 145} P=.000	.1473 { 147} P=.075
COMACT21	.1661 { 119} P=.071	.4146 { 79} P=.000	.2237 { 140} P=.008	.2675 { 126} P=.002	.3457 { 146} P=.000	.1229 { 148} P=.137	MEDLEV21	.1317 { 120} P=.152	.2565 { 79} P=.022	.1735 { 141} P=.040	.1314 { 127} P=.141	.1298 { 148} P=.116	.1356 { 151} P=.097
COMACT22	.2550 { 119} P=.005	.1491 { 79} P=.190	.0587 { 140} P=.491	.1481 { 126} P=.098	-.0242 { 146} P=.772	.0530 { 148} P=.522	MEDLEV22	.0900 { 120} P=.329	-.0702 { 79} P=.539	-.0989 { 141} P=.243	.0453 { 127} P=.613	-.0960 { 148} P=.246	-.0463 { 151} P=.573
COMACT23	-.3204 { 119} P=.000	-.4242 { 79} P=.000	-.1962 { 140} P=.020	-.3016 { 126} P=.001	-.2049 { 146} P=.013	-.1236 { 148} P=.134	MEDLEV23	-.0153 { 120} P=.868	.0009 { 79} P=.993	.0865 { 141} P=.308	.0592 { 127} P=.509	-.0438 { 148} P=.597	-.0241 { 151} P=.769
COMIND	-.3784 { 125} P=.000	-.4160 { 84} P=.000	-.1746 { 148} P=.034	-.2780 { 133} P=.001	-.1184 { 171} P=.123	-.2644 { 190} P=.000	MEDLEV24	-.2514 { 120} P=.006	-.1435 { 79} P=.207	-.1129 { 141} P=.183	-.2611 { 127} P=.003	.0779 { 148} P=.347	-.0207 { 151} P=.801
DANGAFF	-.1520 { 125} P=.091	-.2738 { 84} P=.012	-.1803 { 148} P=.028	-.2414 { 133} P=.005	-.1846 { 171} P=.016	-.2525 { 190} P=.000	NBHOSP	.0713 { 125} P=.430	-.0732 { 84} P=.508	.0479 { 148} P=.563	-.0233 { 133} P=.790	.0396 { 171} P=.607	-.0028 { 190} P=.970
DANGPOT	.1172 { 125} P=.193	-.0031 { 84} P=.977	-.0440 { 148} P=.596	-.0142 { 133} P=.871	-.0865 { 171} P=.261	-.1000 { 190} P=.170	NEA21	-.2836 { 125} P=.001	-.1117 { 82} P=.318	-.1397 { 141} P=.098	.0080 { 129} P=.928	-.0036 { 149} P=.965	-.1246 { 151} P=.128
DEP21	-.0915 { 121} P=.318	.0321 { 80} P=.778	-.0696 { 142} P=.410	.1675 { 129} P=.058	.0696 { 149} P=.399	.0994 { 152} P=.223	NEA22	-.4529 { 125} P=.000	-.2826 { 82} P=.010	-.2079 { 141} P=.013	-.2894 { 129} P=.001	-.1641 { 149} P=.046	-.0399 { 151} P=.627
DEP22	.1434 { 121} P=.117	.0267 { 80} P=.814	.0540 { 142} P=.523	-.0959 { 129} P=.280	-.0664 { 149} P=.421	-.0230 { 152} P=.778	NEA23	.5852 { 125} P=.000	.3183 { 82} P=.004	.2712 { 141} P=.001	.2609 { 129} P=.003	.1543 { 149} P=.060	.1057 { 151} P=.197
DEP23	-.0687 { 121} P=.454	-.0887 { 80} P=.434	.0353 { 142} P=.676	-.1440 { 129} P=.103	-.0146 { 149} P=.860	-.1461 { 152} P=.072	O	.2867 { 81} P=.009	.7080 { 84} P=.000	.3123 { 98} P=.002	.4608 { 92} P=.000	.2776 { 99} P=.005	.1148 { 100} P=.255

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	PSYPOS23	QOL	R	S	SCORE1	SECURE2	PSYPOS23	QOL	R	S	SCORE1	SECURE2	
ORI21	-.3138 ( 125) P= .000	-.1521 ( 75) P= .193	-.1745 ( 130) P= .028	-.2001 ( 121) P= .028	-.1149 ( 137) P= .181	-.0965 ( 139) P= .259	SECURE23	-.1603 ( 125) P= .074	-.2963 ( 84) P= .006	-.2598 ( 148) P= .001	-.3769 ( 133) P= .000	-.1749 ( 171) P= .022	-.6551 ( 190) P= .000
ORI22	-.4271 ( 125) P= .000	-.2401 ( 75) P= .038	-.1752 ( 130) P= .046	-.2397 ( 121) P= .008	.0180 ( 137) P= .834	-.0630 ( 139) P= .461	SELFCA21	.4969 ( 121) P= .000	.3480 ( 82) P= .001	.2646 ( 143) P= .001	.2848 ( 128) P= .001	.2166 ( 150) P= .008	.2339 ( 152) P= .004
ORI23	.5558 ( 125) P= .000	.2902 ( 75) P= .012	.2496 ( 130) P= .004	.3227 ( 121) P= .000	.0441 ( 137) P= .609	.1100 ( 139) P= .198	SELFCA22	-.3084 ( 121) P= .001	-.1692 ( 82) P= .129	-.1371 ( 143) P= .102	-.0232 ( 128) P= .795	-.1326 ( 150) P= .106	-.1782 ( 152) P= .028
PLC21	.3698 ( 117) P= .000	.4124 ( 78) P= .000	.1275 ( 137) P= .138	.2592 ( 123) P= .004	.1940 ( 144) P= .020	.0614 ( 146) P= .462	SELFCA23	-.2781 ( 121) P= .002	-.3132 ( 82) P= .004	-.1816 ( 148) P= .030	-.3974 ( 128) P= .000	-.1135 ( 150) P= .167	-.0676 ( 152) P= .408
PLC22	-.0054 ( 117) P= .954	-.2149 ( 76) P= .059	-.0215 ( 137) P= .803	.0270 ( 123) P= .767	-.1104 ( 144) P= .188	-.1043 ( 146) P= .210	SEXE	.2586 ( 125) P= .004	-.1274 ( 84) P= .248	-.1019 ( 148) P= .218	-.0522 ( 133) P= .551	.0165 ( 171) P= .831	-.0988 ( 190) P= .175
PLC23	-.1591 ( 117) P= .087	.0182 ( 78) P= .874	.0286 ( 137) P= .740	.0096 ( 123) P= .916	.0395 ( 144) P= .638	-.1352 ( 146) P= .104	SOC21	-.4852 ( 125) P= .000	-.4262 ( 80) P= .000	-.5440 ( 139) P= .000	-.1616 ( 126) P= .071	-.2454 ( 145) P= .003	-.1173 ( 148) P= .156
PLC24	-.2539 ( 117) P= .006	-.2496 ( 78) P= .028	-.1514 ( 137) P= .077	-.3668 ( 123) P= .000	-.0984 ( 144) P= .241	-.0625 ( 146) P= .454	SOC22	.1277 ( 125) P= .156	-.0105 ( 80) P= .927	.1400 ( 139) P= .100	-.0259 ( 126) P= .773	-.0616 ( 145) P= .462	.0136 ( 148) P= .869
PSY21	.1989 ( 113) P= .035	.2435 ( 76) P= .034	.1860 ( 130) P= .034	.2417 ( 120) P= .008	.2509 ( 134) P= .003	.2030 ( 137) P= .017	SOC23	.4362 ( 125) P= .000	.4696 ( 80) P= .000	.4966 ( 139) P= .000	.2169 ( 126) P= .015	.3639 ( 145) P= .000	.1271 ( 148) P= .124
PSY22	-.0068 ( 113) P= .943	.0257 ( 76) P= .825	-.0461 ( 130) P= .603	-.1645 ( 120) P= .073	-.1649 ( 134) P= .057	-.0255 ( 137) P= .767	WQOL	.4172 ( 61) P= .001	.9865 ( 73) P= .000	.6029 ( 73) P= .000	.7047 ( 73) P= .000	.4180 ( 72) P= .000	.2168 ( 73) P= .065
PSY23	-.2077 ( 113) P= .027	-.3098 ( 76) P= .006	-.1465 ( 130) P= .096	-.0691 ( 120) P= .454	-.0754 ( 134) P= .387	-.1938 ( 137) P= .023	CBSA5IMI	.0753 ( 125) P= .404	.1093 ( 84) P= .322	.0796 ( 148) P= .336	.0233 ( 133) P= .790	.1161 ( 171) P= .131	-.0294 ( 190) P= .687
PSYNEG21	.2561 ( 101) P= .010	.4091 ( 66) P= .001	.2050 ( 112) P= .030	.3258 ( 106) P= .001	.0849 ( 117) P= .363	.2484 ( 118) P= .007	GROUPE	.0475 ( 125) P= .599	.3183 ( 84) P= .003	.2713 ( 148) P= .001	.1817 ( 133) P= .036	.4793 ( 171) P= .000	.1652 ( 190) P= .023
-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	PSYPOS23	QOL	R	S	SCORE1	SECURE2	SECURE22	SECURE23	SELFCA21	SELFCA22	SELFCA23	SEXE	
PSYNEG22	-.0774 ( 101) P= .441	-.2506 ( 66) P= .042	-.1225 ( 112) P= .198	-.2087 ( 106) P= .032	-.0226 ( 117) P= .809	-.0660 ( 118) P= .478	A	-.0275 ( 154) P= .735	-.2916 ( 154) P= .000	.4989 ( 149) P= .000	-.2534 ( 149) P= .002	-.3291 ( 149) P= .000	-.112 ( 154) P= .16
PSYNEG23	-.2060 ( 101) P= .039	-.1327 ( 66) P= .288	-.0852 ( 112) P= .372	-.1125 ( 106) P= .251	-.0754 ( 117) P= .419	-.2206 ( 118) P= .016	AGE89	.0210 ( 190) P= .774	.0706 ( 190) P= .333	-.2119 ( 152) P= .009	-.0006 ( 152) P= .994	.3010 ( 152) P= .000	.096 ( 191) P= .18
PSYPOS21	-.3138 ( 125) P= .000	-.3019 ( 68) P= .012	-.2272 ( 117) P= .014	-.2435 ( 109) P= .011	-.1343 ( 124) P= .137	-.1388 ( 125) P= .123	COMACT21	.0027 ( 148) P= .974	-.1470 ( 148) P= .075	.2538 ( 143) P= .002	-.1664 ( 143) P= .047	-.1106 ( 143) P= .189	-.023 ( 148) P= .77
PSYPOS22	-.8837 ( 125) P= .000	-.3327 ( 68) P= .006	-.3137 ( 117) P= .001	-.1817 ( 109) P= .059	-.0682 ( 124) P= .451	-.2327 ( 125) P= .009	COMACT22	-.0177 ( 148) P= .831	-.0456 ( 148) P= .582	.2678 ( 143) P= .001	-.1538 ( 143) P= .067	-.1481 ( 143) P= .077	-.028 ( 148) P= .73
PSYPOS23	1.0000 ( 125) P= .	.4514 ( 68) P= .000	.4063 ( 117) P= .000	.2970 ( 109) P= .002	.1297 ( 124) P= .151	.2899 ( 125) P= .001	COMACT23	.0128 ( 148) P= .877	.1332 ( 148) P= .107	-.3869 ( 143) P= .000	.2357 ( 143) P= .005	.1945 ( 143) P= .020	.038 ( 148) P= .64
QOL	.4514 ( 68) P= .000	1.0000 ( 84) P= .	.5998 ( 84) P= .000	.6869 ( 84) P= .000	.4140 ( 83) P= .000	.2211 ( 84) P= .043	COMIND	.1161 ( 190) P= .111	.2129 ( 190) P= .003	-.3565 ( 152) P= .000	.2162 ( 152) P= .007	.1850 ( 152) P= .023	.049 ( 190) P= .50
R	.4063 ( 117) P= .000	.5998 ( 84) P= .000	1.0000 ( 148) P= .	.3425 ( 129) P= .000	.3703 ( 146) P= .000	.2763 ( 148) P= .001	DANGAFF	-.0630 ( 190) P= .388	.3673 ( 190) P= .000	-.0582 ( 152) P= .476	-.0296 ( 152) P= .717	.1262 ( 152) P= .121	-.033 ( 191) P= .64
S	.2970 ( 109) P= .002	.6869 ( 84) P= .000	.3425 ( 129) P= .000	1.0000 ( 133) P= .	.2768 ( 131) P= .001	.3377 ( 133) P= .000	DANGPOT	.0125 ( 190) P= .864	.1102 ( 190) P= .130	-.0467 ( 152) P= .567	-.0345 ( 152) P= .673	-.0152 ( 152) P= .853	-.021 ( 191) P= .76
SCORE1	.1297 ( 124) P= .151	.4140 ( 83) P= .000	.3703 ( 146) P= .000	.2768 ( 131) P= .001	1.0000 ( 171) P= .	-.1544 ( 171) P= .044	DEP21	-.0898 ( 152) P= .271	-.0318 ( 152) P= .697	.0022 ( 146) P= .979	-.0836 ( 146) P= .316	.1209 ( 146) P= .146	.051 ( 152) P= .53
SECURE21	.2899 ( 125) P= .001	.2211 ( 84) P= .043	.2763 ( 148) P= .001	.3377 ( 133) P= .000	.1544 ( 171) P= .044	1.0000 ( 190) P= .	DEP22	.0954 ( 152) P= .242	-.0632 ( 152) P= .440	.0463 ( 146) P= .579	.0022 ( 146) P= .979	-.0686 ( 146) P= .411	-.044 ( 152) P= .58
SECURE22	-.1899 ( 125) P= .034	.0394 ( 84) P= .722	-.0646 ( 148) P= .435	-.0196 ( 133) P= .823	-.0129 ( 171) P= .867	-.5983 ( 190) P= .000	DEP23	.0018 ( 152) P= .983	-.1700 ( 152) P= .036	-.0814 ( 146) P= .329	-.1481 ( 146) P= .075	-.1049 ( 146) P= .208	-.018 ( 152) P= .82

- - Correlation Coefficients - -

	SECURE22	SECURE23	SELFCA21	SELFCA22	SELFCA23	SEXE
DIAG	.0934 ( 190) P= .200	.0717 ( 190) P= .326	.1305 ( 152) P= .109	.0019 ( 152) P= .981	-.1876 ( 152) P= .021	.048 ( 191) P= .51
DUREXT	-.0090 ( 190) P= .902	-.1487 ( 190) P= .041	-.1000 ( 152) P= .220	.0285 ( 152) P= .727	.0994 ( 152) P= .223	.145 ( 191) P= .04
DURHOSP	-.0307 ( 190) P= .674	.0432 ( 190) P= .554	-.1701 ( 152) P= .036	-.0200 ( 152) P= .807	.2705 ( 152) P= .001	.128 ( 191) P= .07
GENAFF	.0521 ( 190) P= .476	.0589 ( 190) P= .420	.0132 ( 152) P= .872	.0487 ( 152) P= .552	-.0906 ( 152) P= .267	.103 ( 191) P= .15
GENPOT	.0164 ( 190) P= .822	.0044 ( 190) P= .952	-.0065 ( 152) P= .937	-.1457 ( 152) P= .073	.2246 ( 152) P= .005	-.009 ( 191) P= .89
H	.0098 ( 147) P= .906	-.0437 ( 147) P= .599	.1498 ( 143) P= .074	.0349 ( 143) P= .675	-.2708 ( 143) P= .001	-.076 ( 147) P= .35
HAB21	-.1154 ( 138) P= .178	-.1911 ( 138) P= .025	.2131 ( 133) P= .014	-.1667 ( 133) P= .055	-.0699 ( 133) P= .424	.027 ( 138) P= .74
HAB22	.0537 ( 138) P= .531	-.1084 ( 138) P= .206	-.1109 ( 133) P= .204	.1202 ( 133) P= .168	-.0218 ( 133) P= .803	-.074 ( 138) P= .38
HAB23	.0982 ( 138) P= .252	.1317 ( 138) P= .124	-.1651 ( 133) P= .058	.0750 ( 133) P= .391	.1485 ( 133) P= .088	.074 ( 138) P= .38
HOS21	.0356 ( 150) P= .665	-.1447 ( 150) P= .077	.0883 ( 145) P= .291	-.0616 ( 145) P= .461	-.0361 ( 145) P= .667	-.037 ( 150) P= .64
HOS22	.0074 ( 150) P= .928	-.2269 ( 150) P= .005	.0251 ( 145) P= .765	.0055 ( 145) P= .948	-.0450 ( 145) P= .591	.065 ( 150) P= .42

- - Correlation Coefficients - -

	SECURE22	SECURE23	SELFCA21	SELFCA22	SELFCA23	SEXE
HOS23	-.0379 ( 150) P= .645	.3787 ( 150) P= .000	-.1012 ( 145) P= .226	.0445 ( 145) P= .595	.0809 ( 145) P= .333	-.043 ( 150) P= .59
LOISIR1	-.0325 ( 147) P= .696	-.1412 ( 147) P= .088	.2656 ( 142) P= .001	-.0348 ( 142) P= .681	-.3162 ( 142) P= .000	-.096 ( 147) P= .24
MEDLEV21	-.0494 ( 151) P= .547	-.1138 ( 151) P= .164	.1464 ( 146) P= .078	-.0600 ( 146) P= .472	-.1221 ( 146) P= .142	-.025 ( 151) P= .75
MEDLEV22	-.0355 ( 151) P= .666	.0900 ( 151) P= .272	.1371 ( 146) P= .099	-.0069 ( 146) P= .935	-.1892 ( 146) P= .022	-.096 ( 151) P= .23
MEDLEV23	.1268 ( 151) P= .121	-.0951 ( 151) P= .245	-.1443 ( 146) P= .082	.1889 ( 146) P= .022	-.0768 ( 146) P= .357	-.040 ( 151) P= .62
MEDLEV24	-.0535 ( 151) P= .514	.0770 ( 151) P= .347	-.1601 ( 146) P= .053	-.1585 ( 146) P= .056	.4742 ( 146) P= .000	.209 ( 151) P= .01
NBHOSP	.0180 ( 190) P= .805	-.0136 ( 190) P= .852	.1433 ( 152) P= .078	-.0378 ( 152) P= .643	-.1470 ( 152) P= .071	-.057 ( 191) P= .43
NEA21	.1099 ( 151) P= .179	.0417 ( 151) P= .611	-.2066 ( 145) P= .013	.2121 ( 145) P= .010	-.0199 ( 145) P= .812	-.025 ( 151) P= .75
NEA22	-.0079 ( 151) P= .924	.0559 ( 151) P= .495	-.3546 ( 145) P= .000	.2073 ( 145) P= .012	.2037 ( 145) P= .014	.133 ( 151) P= .10
NEA23	-.0530 ( 151) P= .518	-.0751 ( 151) P= .359	.4426 ( 145) P= .000	-.3079 ( 145) P= .000	-.1796 ( 145) P= .031	-.110 ( 151) P= .17
O	.0937 ( 100) P= .354	-.2198 ( 100) P= .028	.2479 ( 98) P= .014	-.0029 ( 98) P= .977	-.3961 ( 98) P= .000	.033 ( 100) P= .73

- - Correlation Coefficients - -

	SECURE22	SECURE23	SELFCA21	SELFCA22	SELFCA23	SEXE
ORI21	-.0433 ( 139) P= .613	.1525 ( 139) P= .073	-.1864 ( 135) P= .030	-.1387 ( 135) P= .109	.4903 ( 135) P= .000	.049 ( 139) P= .56
ORI22	.0644 ( 139) P= .451	.0135 ( 139) P= .875	-.2543 ( 135) P= .003	.0751 ( 135) P= .387	.2605 ( 135) P= .002	-.213 ( 139) P= .01
ORI23	-.0339 ( 139) P= .692	-.0965 ( 139) P= .258	.3319 ( 135) P= .000	.0107 ( 135) P= .902	-.5082 ( 135) P= .000	.164 ( 139) P= .05
PLC21	.0127 ( 146) P= .879	-.0866 ( 146) P= .299	.3851 ( 146) P= .000	-.2624 ( 146) P= .001	-.1622 ( 146) P= .051	-.034 ( 146) P= .67
PLC22	-.1227 ( 146) P= .140	-.0046 ( 146) P= .986	.0553 ( 146) P= .507	.2041 ( 146) P= .013	-.3907 ( 146) P= .000	-.088 ( 146) P= .29
PLC23	.2142 ( 146) P= .009	-.0486 ( 146) P= .560	-.1910 ( 146) P= .021	.3060 ( 146) P= .000	-.1867 ( 146) P= .024	-.040 ( 146) P= .62
PLC24	-.0876 ( 146) P= .293	.1619 ( 146) P= .051	-.2789 ( 146) P= .001	-.3907 ( 146) P= .000	1.0000 ( 146) P= .000	.221 ( 146) P= .00
PSY21	-.2412 ( 137) P= .005	-.0058 ( 137) P= .946	.2941 ( 131) P= .001	-.2317 ( 131) P= .008	-.0732 ( 131) P= .406	.098 ( 137) P= .25
PSY22	.0705 ( 137) P= .413	-.0377 ( 137) P= .662	-.1789 ( 131) P= .041	.0510 ( 131) P= .563	.1783 ( 131) P= .042	-.096 ( 137) P= .26
PSY23	.1805 ( 137) P= .035	.0531 ( 137) P= .537	-.0981 ( 131) P= .265	.1883 ( 131) P= .031	-.1406 ( 131) P= .109	.010 ( 137) P= .90
PSYNEG21	-.1857 ( 118) P= .044	-.1091 ( 118) P= .244	.2419 ( 113) P= .010	-.1464 ( 113) P= .122	-.1476 ( 113) P= .119	-.180 ( 118) P= .05

- - Correlation Coefficients - -

	SECURE22	SECURE23	SELFCA21	SELFCA22	SELFCA23	SEXE
PSYNEG22	.0386 ( 118) P= .678	.0390 ( 118) P= .675	-.0352 ( 113) P= .711	-.0430 ( 113) P= .651	.1298 ( 113) P= .171	.019 ( 118) P= .83
PSYNEG23	.1812 ( 118) P= .050	.0806 ( 118) P= .386	-.2526 ( 113) P= .007	.2488 ( 113) P= .008	-.0071 ( 113) P= .940	.204 ( 118) P= .02
PSYPOS21	-.0348 ( 125) P= .700	.1959 ( 125) P= .029	-.1907 ( 121) P= .036	.0252 ( 121) P= .784	.2570 ( 121) P= .001	-.048 ( 125) P= .59
PSYPOS22	.2144 ( 125) P= .016	.0699 ( 125) P= .439	-.4209 ( 121) P= .000	.3077 ( 121) P= .001	.1605 ( 121) P= .079	-.244 ( 125) P= .00
PSYPOS23	-.1899 ( 125) P= .034	-.1603 ( 125) P= .074	.4969 ( 121) P= .000	-.3084 ( 121) P= .001	-.2781 ( 121) P= .002	.258 ( 125) P= .00
QOL	.0394 ( 84) P= .722	-.2963 ( 84) P= .006	.3480 ( 82) P= .001	-.1692 ( 82) P= .129	-.3132 ( 82) P= .004	-.127 ( 84) P= .24
R	-.0646 ( 148) P= .435	-.2598 ( 148) P= .001	.2646 ( 143) P= .001	-.1371 ( 143) P= .102	-.1816 ( 143) P= .030	-.101 ( 148) P= .21
S	-.0196 ( 133) P= .823	-.3769 ( 133) P= .000	.2848 ( 128) P= .001	-.0232 ( 128) P= .795	-.3974 ( 128) P= .000	-.052 ( 133) P= .55
SCORE1	-.0129 ( 171) P= .867	-.1749 ( 171) P= .022	.2166 ( 150) P= .008	-.1326 ( 150) P= .106	-.1135 ( 150) P= .167	.016 ( 171) P= .83
SECURE21	-.5983 ( 190) P= .000	-.6551 ( 190) P= .000	.2339 ( 152) P= .004	-.1782 ( 152) P= .028	-.0676 ( 152) P= .408	-.098 ( 190) P= .17
SECURE22	1.0000 ( 190) P= .	-.2135 ( 190) P= .003	-.0918 ( 152) P= .261	.1523 ( 152) P= .061	-.0952 ( 152) P= .243	-.033 ( 190) P= .64

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	SECURE22	SECURE23	SELFCA21	SELFCA22	SELFCA23	SEXE	SOC21	SOC22	SOC23	WQOL	CBSA5IMI	GROUP	
SECURE23	-.2135 ( 190) P=.003	1.0000 ( 190) P=.	-.1908 ( 152) P=.019	.0660 ( 152) P=.419	.1727 ( 152) P=.033	.152 ( 190) P=.03	DIAG	.2189 ( 148) P=.008	-.0939 ( 148) P=.257	-.1608 ( 148) P=.051	-.0338 ( 73) P=.776	-.0227 ( 190) P=.756	-.180 ( 191) P=.01
SELFCA21	-.0918 ( 152) P=.261	-.1908 ( 152) P=.019	1.0000 ( 152) P=.	-.7621 ( 152) P=.000	-.2889 ( 152) P=.000	-.057 ( 152) P=.47	DUREXT	-.0642 ( 148) P=.438	-.0444 ( 148) P=.592	.1275 ( 148) P=.123	.3151 ( 73) P=.007	-.3287 ( 190) P=.000	.721 ( 191) P=.00
SELFCA22	.1523 ( 152) P=.061	.0660 ( 152) P=.419	-.7621 ( 152) P=.000	1.0000 ( 152) P=.	-.3996 ( 152) P=.000	-.085 ( 152) P=.29	DURHOSP	.0918 ( 148) P=.267	-.1592 ( 148) P=.053	.0664 ( 148) P=.422	-.1604 ( 73) P=.175	-.0013 ( 190) P=.986	-.074 ( 191) P=.30
SELFCA23	-.0952 ( 152) P=.243	.1727 ( 152) P=.033	-.2889 ( 152) P=.000	-.3996 ( 152) P=.000	1.0000 ( 152) P=.	.208 ( 152) P=.01	GENAFF	-.0535 ( 148) P=.518	.0788 ( 148) P=.341	-.0230 ( 148) P=.781	-.0453 ( 73) P=.704	.1586 ( 190) P=.029	.007 ( 191) P=.91
SEXE	-.0339 ( 190) P=.642	.1524 ( 190) P=.036	-.0578 ( 152) P=.479	-.0856 ( 152) P=.294	.2085 ( 152) P=.010	1.000 ( 191) P=.	GENPOT	-.0421 ( 148) P=.611	-.0951 ( 148) P=.250	.1574 ( 148) P=.056	-.2871 ( 73) P=.014	-.0441 ( 190) P=.545	.097 ( 191) P=.18
SOC21	-.0311 ( 148) P=.708	.1658 ( 148) P=.044	-.1593 ( 142) P=.058	-.0405 ( 142) P=.632	.2979 ( 142) P=.000	.082 ( 148) P=.31	H	-.1111 ( 138) P=.195	.0052 ( 138) P=.175	.1256 ( 138) P=.259	.4182 ( 73) P=.000	.0323 ( 147) P=.697	-.001 ( 147) P=.98
SOC22	.0438 ( 148) P=.597	-.0568 ( 148) P=.493	.0178 ( 142) P=.834	.1102 ( 142) P=.192	-.1958 ( 142) P=.020	-.053 ( 148) P=.51	HAB21	.0305 ( 132) P=.728	-.1188 ( 132) P=.175	.0989 ( 132) P=.259	.2263 ( 66) P=.068	-.0059 ( 138) P=.946	-.087 ( 138) P=.31
SOC23	-.0112 ( 148) P=.893	-.1378 ( 148) P=.095	.1729 ( 142) P=.040	-.0735 ( 142) P=.384	-.1424 ( 142) P=.091	-.040 ( 148) P=.62	HAB22	-.0609 ( 132) P=.488	.1264 ( 132) P=.149	-.0696 ( 132) P=.428	-.1643 ( 66) P=.188	-.0079 ( 138) P=.926	.076 ( 138) P=.37
WQOL	.0024 ( 73) P=.984	-.2533 ( 73) P=.031	.3471 ( 71) P=.003	-.1566 ( 71) P=.192	-.4094 ( 71) P=.000	-.145 ( 73) P=.22	HAB23	.0492 ( 132) P=.575	-.0130 ( 132) P=.883	-.0469 ( 132) P=.594	-.0846 ( 66) P=.499	.0221 ( 138) P=.797	.017 ( 138) P=.84
CBSA5IMI	-.0167 ( 190) P=.819	.0515 ( 190) P=.480	.1721 ( 152) P=.034	-.1986 ( 152) P=.014	.0500 ( 152) P=.541	.034 ( 190) P=.63	HOS21	.0114 ( 142) P=.893	-.1293 ( 142) P=.125	.1291 ( 142) P=.126	.2490 ( 71) P=.036	.0243 ( 150) P=.768	.054 ( 150) P=.50
GRUPE	.0142 ( 190) P=.845	-.2149 ( 190) P=.003	.0018 ( 152) P=.982	-.0648 ( 152) P=.428	.0933 ( 152) P=.253	.073 ( 191) P=.31	HOS22	-.0946 ( 142) P=.263	.0535 ( 142) P=.527	.0554 ( 142) P=.513	.1302 ( 71) P=.279	-.1045 ( 150) P=.203	.160 ( 150) P=.05

-- Correlation Coefficients --							-- Correlation Coefficients --						
	SOC21	SOC22	SOC23	WQOL	CBSA5IMI	GROUP	SOC21	SOC22	SOC23	WQOL	CBSA5IMI	GROUP	
A	-.4110 ( 144) P=.000	.1152 ( 144) P=.169	.3725 ( 144) P=.000	.7506 ( 73) P=.000	.1231 ( 154) P=.128	.174 ( 154) P=.03	HOS23	.0989 ( 142) P=.242	.0453 ( 142) P=.593	-.1697 ( 142) P=.043	-.3165 ( 71) P=.007	.0991 ( 150) P=.228	-.227 ( 150) P=.00
AGE89	.2208 ( 148) P=.007	-.0140 ( 148) P=.866	-.2523 ( 148) P=.002	-.3019 ( 73) P=.009	-.1324 ( 190) P=.069	.016 ( 191) P=.81	LOISIR1	-.3459 ( 138) P=.000	.1967 ( 138) P=.021	.2082 ( 138) P=.014	.4925 ( 70) P=.000	.0012 ( 147) P=.989	.273 ( 147) P=.00
COMACT21	-.1134 ( 139) P=.184	.0031 ( 139) P=.971	.1378 ( 139) P=.106	.4243 ( 69) P=.000	.1227 ( 148) P=.137	.230 ( 148) P=.00	MEDLEV21	-.0927 ( 143) P=.326	.0301 ( 143) P=.721	.0679 ( 143) P=.420	.2841 ( 70) P=.017	.0889 ( 151) P=.277	-.039 ( 151) P=.63
COMACT22	-.1378 ( 139) P=.106	.0633 ( 139) P=.459	.0999 ( 139) P=.242	.1551 ( 69) P=.203	.1228 ( 148) P=.137	-.001 ( 148) P=.98	MEDLEV22	-.0428 ( 143) P=.612	-.0019 ( 143) P=.982	.0554 ( 143) P=.511	-.0906 ( 70) P=.456	.0221 ( 151) P=.787	-.218 ( 151) P=.00
COMACT23	.1879 ( 139) P=.027	-.0538 ( 139) P=.529	-.1731 ( 139) P=.042	-.4496 ( 69) P=.000	-.1811 ( 148) P=.028	-.148 ( 148) P=.07	MEDLEV23	-.0392 ( 143) P=.642	.0846 ( 143) P=.315	-.0490 ( 143) P=.561	.0305 ( 70) P=.802	-.0897 ( 151) P=.273	.060 ( 151) P=.46
COMIND	.2301 ( 148) P=.005	-.0808 ( 148) P=.329	-.1888 ( 148) P=.022	-.4340 ( 73) P=.000	-.0059 ( 190) P=.936	-.090 ( 190) P=.21	MEDLEV24	.1820 ( 143) P=.030	-.1210 ( 143) P=.150	-.0865 ( 143) P=.304	-.1811 ( 70) P=.134	-.0040 ( 151) P=.961	.281 ( 151) P=.00
DANGAFF	.0170 ( 148) P=.838	.0954 ( 148) P=.249	-.1272 ( 148) P=.123	-.2926 ( 73) P=.012	.1413 ( 190) P=.052	-.327 ( 191) P=.00	NBHOSP	-.1063 ( 148) P=.198	.1156 ( 148) P=.162	-.0002 ( 148) P=.998	-.0186 ( 73) P=.876	.0543 ( 190) P=.457	.111 ( 191) P=.12
DANGPOT	-.0865 ( 148) P=.296	-.0089 ( 148) P=.915	.1149 ( 148) P=.164	.0074 ( 73) P=.950	.1167 ( 190) P=.109	-.113 ( 191) P=.11	NEA21	.0905 ( 144) P=.281	-.0163 ( 144) P=.847	-.0908 ( 144) P=.279	-.0729 ( 71) P=.546	-.0765 ( 151) P=.351	.027 ( 151) P=.73
DEP21	.1025 ( 143) P=.223	-.1355 ( 143) P=.107	.0276 ( 143) P=.744	.0090 ( 69) P=.942	-.0301 ( 152) P=.713	.010 ( 152) P=.89	NEA22	.1827 ( 144) P=.028	.0225 ( 144) P=.789	-.2442 ( 144) P=.003	-.2465 ( 71) P=.038	.0139 ( 151) P=.865	-.056 ( 151) P=.49
DEP22	-.1512 ( 143) P=.071	.1139 ( 143) P=.176	.0558 ( 143) P=.508	.0570 ( 69) P=.642	.0239 ( 152) P=.770	-.015 ( 152) P=.85	NEA23	-.2207 ( 144) P=.008	-.0118 ( 144) P=.888	.2781 ( 144) P=.001	.2650 ( 71) P=.026	.0290 ( 151) P=.723	.037 ( 151) P=.65
DEP23	.0683 ( 143) P=.417	.0548 ( 143) P=.515	-.1443 ( 143) P=.086	-.0969 ( 69) P=.429	.0147 ( 152) P=.857	.007 ( 152) P=.93	O	-.3314 ( 95) P=.001	.0458 ( 95) P=.659	.3147 ( 95) P=.002	.7293 ( 73) P=.000	.0391 ( 100) P=.700	.239 ( 100) P=.01

-- Correlation Coefficients --

	SOC21	SOC22	SOC23	WQOL	CBSA5IMI	GROUP
ORI21	.2579 ( 132) P=.003	-.1585 ( 132) P=.069	-.1378 ( 132) P=.115	-.2405 ( 67) P=.050	.0610 ( 139) P=.476	.019 ( 139) P=.81
ORI22	.2177 ( 132) P=.012	-.0756 ( 132) P=.389	-.1788 ( 132) P=.040	-.1941 ( 67) P=.115	-.1295 ( 139) P=.129	-.001 ( 139) P=.98
ORI23	-.3415 ( 132) P=.000	.1588 ( 132) P=.069	.2372 ( 132) P=.006	.2972 ( 67) P=.015	.0826 ( 139) P=.334	-.009 ( 139) P=.91
FLC21	-.2335 ( 138) P=.006	.0350 ( 138) P=.684	.2466 ( 138) P=.004	.4268 ( 69) P=.000	.2211 ( 146) P=.007	.111 ( 146) P=.17
FLC22	.0468 ( 138) P=.586	.0296 ( 138) P=.731	-.0910 ( 138) P=.289	-.1724 ( 69) P=.157	-.0547 ( 146) P=.512	-.313 ( 146) P=.00
FLC23	-.0737 ( 138) P=.390	.0898 ( 138) P=.295	-.0117 ( 138) P=.892	.0256 ( 69) P=.834	-.1362 ( 146) P=.101	.175 ( 146) P=.03
FLC24	.2876 ( 138) P=.001	-.1948 ( 138) P=.022	-.1312 ( 138) P=.125	-.4105 ( 69) P=.000	.0034 ( 146) P=.967	.140 ( 146) P=.09
PSY21	-.1098 ( 131) P=.212	-.0677 ( 131) P=.442	.2106 ( 131) P=.016	.2118 ( 67) P=.085	.1761 ( 137) P=.040	.223 ( 137) P=.00
PSY22	.0245 ( 131) P=.781	-.0157 ( 131) P=.858	-.0119 ( 131) P=.892	.0223 ( 67) P=.858	-.0109 ( 137) P=.900	-.197 ( 137) P=.02
PSY23	.0918 ( 131) P=.297	.0948 ( 131) P=.282	-.2196 ( 131) P=.012	-.2767 ( 67) P=.023	-.1821 ( 137) P=.033	-.003 ( 137) P=.96
PSYNEG21	-.1337 ( 115) P=.154	.0455 ( 115) P=.629	.1147 ( 115) P=.222	.4021 ( 59) P=.002	.0958 ( 118) P=.302	.083 ( 118) P=.36

-- Correlation Coefficients --

	SOC21	SOC22	SOC23	WQOL	CBSA5IMI	GROUP
SECURE23	.1658 ( 148) P=.044	-.0568 ( 148) P=.493	-.1378 ( 148) P=.095	-.2533 ( 73) P=.031	.0515 ( 190) P=.480	-.214 ( 190) P=.00
SELFCA21	-.1593 ( 142) P=.058	.0178 ( 142) P=.834	.1729 ( 142) P=.040	.3471 ( 71) P=.003	.1721 ( 152) P=.034	.001 ( 152) P=.98
SELFCA22	-.0405 ( 142) P=.632	.1102 ( 142) P=.192	-.0735 ( 142) P=.384	-.1566 ( 71) P=.192	-.1986 ( 152) P=.014	-.064 ( 152) P=.42
SELFCA23	.2979 ( 142) P=.000	-.1958 ( 142) P=.020	-.1424 ( 142) P=.091	-.4094 ( 71) P=.000	.0500 ( 152) P=.541	.093 ( 152) P=.25
SEXE	.0829 ( 148) P=.316	-.0537 ( 148) P=.517	-.0407 ( 148) P=.624	-.1454 ( 73) P=.220	.0347 ( 190) P=.634	.073 ( 190) P=.31
SOC21	1.0000 ( 148) P=.000	-.6347 ( 148) P=.000	-.5043 ( 148) P=.000	-.4274 ( 70) P=.000	-.0620 ( 148) P=.454	-.231 ( 148) P=.00
SOC22	-.6347 ( 148) P=.000	1.0000 ( 148) P=.000	-.3472 ( 148) P=.000	.0194 ( 70) P=.873	.0294 ( 148) P=.723	.032 ( 148) P=.69
SOC23	-.5043 ( 148) P=.000	-.3472 ( 148) P=.000	1.0000 ( 148) P=.000	.4471 ( 70) P=.000	.0424 ( 148) P=.609	.244 ( 148) P=.00
WQOL	-.4274 ( 70) P=.000	.0194 ( 70) P=.873	.4471 ( 70) P=.000	1.0000 ( 73) P=.000	.1681 ( 73) P=.155	.312 ( 73) P=.00
CBSA5IMI	-.0620 ( 148) P=.454	.0294 ( 148) P=.723	.0424 ( 148) P=.609	.1681 ( 73) P=.155	1.0000 ( 190) P=.000	-.183 ( 190) P=.01
GRUPE	-.2311 ( 148) P=.005	.0326 ( 148) P=.694	.2441 ( 148) P=.003	.3129 ( 73) P=.007	-.1839 ( 190) P=.011	1.000 ( 191) P=.000

-- Correlation Coefficients --

	SOC21	SOC22	SOC23	WQOL	CBSA5IMI	GROUP
PSYNEG22	.0344 ( 115) P=.715	-.0374 ( 115) P=.691	.0000 ( 115) P=1.000	-.2621 ( 59) P=.045	-.0080 ( 118) P=.931	-.070 ( 118) P=.45
PSYNEG23	.1261 ( 115) P=.179	-.0029 ( 115) P=.975	-.1543 ( 115) P=.100	-.1110 ( 59) P=.402	-.1116 ( 118) P=.229	-.002 ( 118) P=.98
PSYPOS21	.2455 ( 125) P=.006	-.1459 ( 125) P=.105	-.1369 ( 125) P=.128	-.2866 ( 61) P=.025	-.0570 ( 125) P=.528	-.083 ( 125) P=.35
PSYPOS22	.3828 ( 125) P=.000	-.0607 ( 125) P=.501	-.3855 ( 125) P=.000	-.3175 ( 61) P=.013	-.0501 ( 125) P=.579	-.008 ( 125) P=.92
PSYPOS23	-.4852 ( 125) P=.000	.1277 ( 125) P=.156	.4362 ( 125) P=.000	.4172 ( 61) P=.001	.0753 ( 125) P=.404	.047 ( 125) P=.59
QOL	-.4262 ( 80) P=.000	-.0105 ( 80) P=.927	.4696 ( 80) P=.000	.9865 ( 73) P=.000	.1093 ( 84) P=.322	.318 ( 84) P=.00
R	-.5440 ( 139) P=.000	.1400 ( 139) P=.100	.4966 ( 139) P=.000	.6029 ( 73) P=.000	.0796 ( 148) P=.336	.271 ( 148) P=.00
S	-.1616 ( 126) P=.071	-.0259 ( 126) P=.773	.2169 ( 126) P=.015	.7047 ( 73) P=.000	.0233 ( 133) P=.790	.181 ( 133) P=.03
SCORE1	-.2454 ( 145) P=.003	-.0616 ( 145) P=.462	.3638 ( 145) P=.000	.4180 ( 72) P=.000	.1161 ( 171) P=.131	.479 ( 171) P=.00
SECURE21	-.1173 ( 148) P=.156	.0136 ( 148) P=.869	.1271 ( 148) P=.124	.2168 ( 73) P=.065	-.0294 ( 190) P=.687	.165 ( 190) P=.02
SECURE22	-.0311 ( 148) P=.708	.0438 ( 148) P=.597	-.0112 ( 148) P=.893	.0024 ( 73) P=.984	-.0167 ( 190) P=.819	.014 ( 190) P=.84