

# Psychopathologie et qualité de vie chez les personnes ayant des troubles mentaux : comparaison d'échantillons pris en Angleterre et aux États-Unis

## Psychopathology and Quality of Life among the Mentally Ill : British and U.S. Samples Compared

Richard Warner et Peter Huxley

Volume 18, numéro 2, automne 1993

Qualité de vie et des services

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032272ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032272ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Warner, R. & Huxley, P. (1993). Psychopathologie et qualité de vie chez les personnes ayant des troubles mentaux : comparaison d'échantillons pris en Angleterre et aux États-Unis. *Santé mentale au Québec*, 18(2), 75–86. <https://doi.org/10.7202/032272ar>

Résumé de l'article

Soixante-neuf personnes ayant des troubles mentaux, traitées dans le cadre d'un système rigoureux de soutien communautaire à Boulder au Colorado, ont été évaluées à l'aide des mêmes mesures de psychopathologie et de qualité de vie que celles utilisées pour l'évaluation de personnes similaires traitées dans des services hospitaliers et communautaires à Manchester, en Angleterre. La psychopathologie était plus grande dans l'échantillon de Boulder. Toutefois, sur le plan de la qualité de vie, les résultats des patients étatsuniens n'étaient pas moins bons que ceux des patients anglais. Nous examinons ici la relation entre ces conclusions, les systèmes de soins et la disponibilité des lits dans les hôpitaux psychiatriques.



## **Psychopathologie et qualité de vie chez les personnes ayant des troubles mentaux: comparaison d'échantillons pris en Angleterre et aux États-Unis**

---

Richard Warner\*  
Peter Huxley\*\*

Soixante-neuf personnes ayant des troubles mentaux, traitées dans le cadre d'un système rigoureux de soutien communautaire à Boulder au Colorado, ont été évaluées à l'aide des mêmes mesures de psychopathologie et de qualité de vie que celles utilisées pour l'évaluation de personnes similaires traitées dans des services hospitaliers et communautaires à Manchester, en Angleterre. La psychopathologie était plus grande dans l'échantillon de Boulder. Toutefois, sur le plan de la qualité de vie, les résultats des patients étatsuniens n'étaient pas moins bons que ceux des patients anglais. Nous examinons ici la relation entre ces conclusions, les systèmes de soins et la disponibilité des lits dans les hôpitaux psychiatriques.

**E**n matière de soins en santé mentale, le système anglais se distingue du système étatsunien par certaines caractéristiques clés. En Angleterre, le Service national de santé fournit des soins gratuitement à tous les citoyens par l'entremise d'un seul et unique système de financement. Aux États-Unis, par contre, les soins donnés aux personnes ayant des troubles mentaux sont fournis par différents praticiens, agences et hôpitaux. Ces agences et hôpitaux sont soit publics, soit privés. Dans ce dernier cas, ils sont avec ou sans but lucratif. Les soins peuvent être financés par des programmes conjoints d'assurance-santé, fédéral et d'État (Medicaid et Medicare), par de l'assurance-santé privée, ou par du financement direct provenant de l'État, du comté ou de la ville. Ces programmes, de complexi-

---

\* Richard Warner est Directeur médical du Mental Health Center of Boulder County, et professeur associé aux Départements d'anthropologie et de psychiatrie de l'Université du Colorado.

\*\* Peter Huxley est professeur en travail social psychiatrique et Directeur du Mental Health Social Work Research Unit du Département de psychiatrie, à Manchester.

té variable, ont chacun une politique et un mécanisme de remboursement propres.

En Angleterre, la fermeture des hôpitaux psychiatriques et la diminution de leur nombre se sont étalées sur une longue période. Toutefois, l'ampleur de cette désinstitutionnalisation n'a pas été aussi radicale qu'aux États-Unis. Dès 1985, le nombre de patients admis chaque jour en psychiatrie en Grande-Bretagne et au pays de Galles (13: 10 000) (Thornicroft et Bebbington, 1989) était beaucoup plus élevé qu'aux États-Unis (hôpitaux publics: 6: 10 000; hôpitaux privés: 2: 10 000) (Witkin et al., 1987). En Grande-Bretagne, le nombre de personnes ayant des troubles mentaux parmi les sans-abri et la population carcérale augmente peut-être et retient donc davantage l'attention (Thornicroft et Bebbington, 1989). Mais ces problèmes n'ont, semble-t-il, pas atteint l'ampleur qu'ils connaissent aux États-Unis.

En Grande-Bretagne, ce sont encore plutôt les hôpitaux qui dispensent les services en santé mentale. Et les services communautaires n'y sont pas, dans l'ensemble, suffisamment développés. On a créé un certain nombre de centres communautaires de santé mentale, mais la nature des services qu'ils offrent et des publics qu'ils visent reste mal définie. Les médecins de famille jouent un rôle de premier plan dans le souci de la communauté pour les troubles psychiatriques. C'est le service local d'habitation qui, en lien étroit avec les services sociaux, est le premier responsable de la provision de logis aménagés en fonction des besoins des personnes ayant des troubles mentaux.

En Grande-Bretagne, on s'intéresse de plus en plus aux caractéristiques cliniques et administratives du système étatsunien, telles la coordination des plans de services, l'hospitalisation réduite et la transformation de certaines composantes des services de santé en entités ou en agences autonomes qui négocient avec le gouvernement un contrat pour la provision de services. Il est par conséquent de plus en plus valable de comparer directement les résultats du traitement, en Grande-Bretagne et aux États-Unis, des personnes ayant des troubles mentaux. Des rencontres conjointes ont donc eu lieu dans le but d'examiner ce qui rapproche et ce qui distingue les deux systèmes de livraison des soins en santé mentale (Marks et Scott, 1990). Cependant, il n'y a pas eu de comparaisons directes récentes. Aussi, pour avancer dans ce sens, présentons-nous ici une étude sur la qualité de vie et la psychopathologie des personnes ayant des troubles mentaux et qui sont traitées dans le cadre du système de soutien communautaire à Boulder au Colorado (Mosher et Burti, 1989). Pour ce faire, nous

prenons les mêmes mesures que celles utilisées pour l'évaluation des personnes retenues dans l'échantillon hospitalier et communautaire de Manchester Sud, en Angleterre (Simpson et al., 1989).

La population de Manchester Sud est de 200 000 habitants. Cette zone, qui est desservie par un hôpital général de district n'ayant aucun appui en santé mentale, dispose de plus de 140 lits d'hôpital pour des adultes nécessitant des soins psychiatriques. Un refuge offre un service de réhabilitation pour un groupe stable de dix patients résidents en séjour prolongé. Le centre local des services sociaux, de même qu'un organisme de charité gèrent tous deux des maisons de groupe pour des résidents ayant des troubles mentaux; du personnel, non résident, y effectue une visite hebdomadaire.

Le centre de santé mentale de Boulder, au Colorado, dessert une population mixte, urbaine et rurale, de 225 000 personnes. Comparé à Manchester, il a cependant beaucoup moins de lits d'hôpital pour les adultes nécessitant des soins psychiatriques. Ce centre a accès à 15 lits pour adultes à l'hôpital psychiatrique d'État et à quelques lits dans un hôpital général privé sans but lucratif. La section qui suit décrit les caractéristiques du système d'appui communautaire que l'on trouve à Boulder.

### **La méthode**

On a pris au hasard un échantillon de 81 patients psychotiques fonctionnels, traités dans le cadre du système de soutien communautaire de Boulder, au Colorado (c'est environ 20 % du nombre total de ces patients). On voulait les évaluer avec les mêmes instruments que ceux utilisés pour évaluer la qualité de vie et la psychopathologie d'un échantillon anglais (Simpson et al., 1989). On a établi l'échantillon de Boulder à partir de l'ensemble des patients psychotiques non hospitalisés du comté, l'état de ces derniers variant entre très fonctionnel et très perturbé. Douze de ces personnes n'ont pas été rejointes aux fins de l'évaluation ou ont refusé de participer à l'étude. Les 69 autres se trouvaient dans l'une des trois situations cliniques suivantes: en soins résidentiels intensifs ( $n = 13$ ), en soins externes intensifs ( $n = 16$ ) ou en soins externes ordinaires ( $n = 40$ ).

Les personnes en soins résidentiels intensifs se trouvent soit dans une unité de traitement de crise de 15 lits, soit dans un endroit pouvant accueillir 5 personnes en séjour prolongé. Aux deux endroits, un personnel offre des programmes actifs de traitement et de réhabilitation 24 heures par jour.

Les personnes en soins externes intensifs sont sous la responsabilité d'une équipe. Chaque thérapeute de l'équipe a de 12 à 15 cas à sa charge et assure un contact et un dépistage quotidiens, des conseils pour la médication, la gestion de l'argent, la coordination des plans de services et, pour de nombreux clients, la supervision ou la gestion d'un logement. Certains patients de ce groupe sont en soins externes intensifs contre leur gré. Environ 20 % des patients psychotiques du centre sont en soins externes intensifs, les autres reçoivent des soins externes ordinaires.

À Boulder, les patients en soins externes ordinaires sont vus moins souvent et suivis de moins près. Ils mènent une vie indépendante et ne reçoivent que les services dispensés au bureau même. Leurs thérapeutes voient de 35 à 40 patients chacun, une fois par semaine ou moins. Un psychiatre les voit cependant aussi souvent que nécessaire, afin d'évaluer leur état et de leur prescrire des médicaments. Les patients sont choisis pour les diverses sortes de soins, selon leur degré d'incapacité et la vraisemblance d'une rechute.

Les sujets ont été diagnostiqués par des psychiatres indépendants à l'aide des critères DSM-III-R, puis évalués à partir des deux instruments décrits ci-après.

Le profil Quality of Life (QOL), mis au point par Oliver (1988) en Angleterre, consiste en une interview structurée de 25 minutes et basée sur les travaux de Lehman (1983). Le QOL a conservé les neuf domaines cernés par Lehman, ainsi que son système de pointage gradué en sept points. Il ajoute cependant à l'entrevue de Lehman une évaluation de l'estime de soi et de l'affect positifs et négatifs (Rosenberg, 1965), l'échelle de Cantrill, ainsi qu'une échelle QOL que l'interviewer doit remplir. Pour cette étude, les interviews ont été menées par des interviewers indépendants et formés à cette fin.

Pour évaluer les symptômes affectifs positifs et négatifs, on s'est servi de l'échelle de Krawiecka, Goldberg et Vaughn (KGV) (Krawiecka et al., 1977). L'échelle KGV, élaborée à Manchester, en Angleterre, est une méthode simple servant à évaluer les patients psychotiques chroniques. Pour chaque sujet de l'échantillon, le psychiatre traitant fixait la psychopathologie du patient à zéro pour le mois précédent, en se servant d'une version de la KGV comportant des ancres. Les cinq psychiatres traitants ont complété les évaluations de leurs patients selon les consignes données par un psychiatre anglais (RW) quant à l'utilisation de l'échelle. Aucun test de fiabilité inter-interviewer n'a été effectué.

Les résultats obtenus lors de l'évaluation de l'échantillon de Boulder ont été comparés à ceux obtenus par Simpson et ses confrères (1989). Ces derniers avaient utilisé l'entrevue QOL et l'échelle KGV pour évaluer un échantillon hospitalier et communautaire de personnes ayant des troubles mentaux, dans Manchester Sud, en Angleterre. Cet échantillon comprenait 11 patients en séjour prolongé (plus de six mois) de l'aile de crise d'un hôpital général du district, 10 résidents d'un refuge et 13 résidents de maisons de groupe.

### Les résultats

Trente-sept (53,6 %) sujets de l'échantillon de Boulder étaient des hommes; cette donnée est inconnue pour celui de Manchester. L'âge moyen des sujets de Boulder était de 41 ans (variance de 22 à 69 ans). À Manchester, les âges moyens des patients étaient de 45 ans (é. t. = 14) à l'hôpital; de 42 ans (é. t. = 15) dans le refuge; et de 40 ans (é. t. = 12) dans les maisons de groupe. À Boulder, les diagnostics se distribuaient ainsi: 51 % de schizophrénie, 20 % de troubles bipolaires, 16 % de troubles schizoaffectifs et 13 % d'autres psychoses. À Manchester, les diagnostics se distribuaient de la façon suivante: 41 % de schizophrénie, 38 % de troubles affectifs, 18 % d'autres psychoses et 3 % de troubles obsessionnels compulsifs.

Le tableau 1 compare les résultats des symptômes positifs, négatifs et affectifs des deux échantillons, et le tableau 2 présente les résultats subjectifs du QOL dans tous les domaines. On a appliqué l'analyse de la variance simple en se servant du mécanisme de comparaison multiple de Scheffé ( $\alpha = 0,05$ ), afin de tester l'homogénéité des groupes pour chacune des trois composantes de psychopathologie. Pour la psychopathologie des symptômes positifs et affectifs, les résultats ne sont pas homogènes d'un groupe à l'autre. Les symptômes positifs sont plus élevés chez les sujets de Boulder qui reçoivent des soins résidentiels intensifs ou externes intensifs, que chez ceux des maisons de groupe de Manchester. Les symptômes affectifs sont plus élevés chez les sujets de Boulder recevant des soins externes ordinaires, que chez ceux de l'hôpital de Manchester. Par contre, les symptômes négatifs sont les mêmes d'une distribution à l'autre.

On a également appliqué l'analyse de la variance simple en utilisant le mécanisme de comparaison multiple de Scheffé ( $\alpha = 0,05$ ), afin de tester l'homogénéité des groupes pour chacun des sept domaines de la qualité de vie (sauf «école» et «relations familiales», dont les données étaient incomplètes dans l'échantillon de Boulder). Trois domaines de la qualité de vie testés révèlent des distributions non

**Tableau 1**  
**Résultats psychopathologiques des échantillons de Boulder et de Manchester, moyenne (écart type).**

|                       | BOULDER                            |                                   |                                    | MANCHESTER       |                           |                             |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------|
|                       | Soins résidents intensifs (n = 13) | Soins externes intensifs (n = 16) | Soins externes ordinaires (n = 40) | Hôpital (n = 11) | Salle de refuges (n = 10) | Maisons de groupes (n = 13) |
| Symptômes positifs ]  | 6,85*<br>(2,76)                    | 5,38*<br>(3,70)                   | 2,67<br>(2,68)                     | 4,00<br>(2,37)   | 3,10<br>(2,81)            | 1,77*<br>(1,42)             |
| Symptômes négatifs ]  | 3,69<br>(3,73)                     | 4,88<br>(3,42)                    | 3,40<br>(3,27)                     | 4,81<br>(2,68)   | 2,80<br>(2,70)            | 1,77<br>(1,59)              |
| Symptômes affectifs ] | 3,08<br>(2,43)                     | 3,38<br>(1,82)                    | 3,57*<br>(1,89)                    | 1,27*<br>(1,74)  | 1,80<br>(1,47)            | 1,77<br>(1,79)              |

]: probabilité de  $F > ,001$  pour l'analyse totale de la variance

\*: répartition non homogène par rapport aux autres du test à comparaison multiple de Scheffé ( $\alpha = ,05$ ), pour cette composante de psychopathologie.

**Tableau 2**  
**Résultats de la qualité de vie subjective des échantillons de Boulder et de Manchester, moyennes (écart type).**

|                           | BOULDER                            |                                   |                                    | MANCHESTER       |                           |                             |
|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------|
|                           | Soins résidents intensifs (n = 13) | Soins externes intensifs (n = 16) | Soins externes ordinaires (n = 40) | Hôpital (n = 11) | Salle de refuges (n = 10) | Maisons de groupes (n = 13) |
| Situation de vie ]        | 3,52*<br>(0,93)                    | 4,82<br>(1,63)                    | 4,85<br>(0,99)                     | 3,74*<br>(1,40)  | 4,76<br>(0,81)            | 5,31*<br>(0,48)             |
| Relations familiales* ]   | 3,33<br>(0,00)                     | —                                 | 5,00<br>(1,13)                     | 4,25<br>(1,67)   | 4,60<br>(0,97)            | 4,68<br>(1,27)              |
| Relations sociales ]      | 4,21<br>(1,25)                     | 4,23<br>(1,12)                    | 4,92*<br>(1,26)                    | 3,49*<br>(1,00)  | 3,96<br>(1,19)            | 4,61<br>(1,04)              |
| Loisir ]                  | 4,52<br>(0,79)                     | 5,21<br>(0,77)                    | 4,87<br>(1,01)                     | 3,92<br>(1,15)   | 4,43<br>(1,33)            | 5,01<br>(0,85)              |
| Travail** ]               | 4,75<br>(0,35)                     | 5,83<br>(0,52)                    | 4,91<br>(1,03)                     | 3,21<br>(1,97)   | 3,70<br>(1,60)            | 3,74<br>(1,14)              |
| École** ]                 | —                                  | —                                 | —                                  | —                | 4,83<br>(0,94)            | 4,97<br>(1,78)              |
| Religion ]                | 4,78<br>(0,62)                     | 4,91<br>(0,80)                    | 4,96<br>(1,39)                     | 4,16<br>(1,29)   | 4,12<br>(1,03)            | 5,02<br>(0,96)              |
| Finances ]                | 3,25<br>(1,39)                     | 4,25<br>(1,51)                    | 4,27<br>(1,49)                     | 3,09<br>(1,65)   | 3,67<br>(1,03)            | 4,65<br>(0,96)              |
| Sécurité ]                | 5,45*<br>(0,85)                    | 5,09<br>(1,34)                    | 5,52*<br>(1,11)                    | 3,58*<br>(1,62)  | 4,82<br>(1,21)            | 4,61<br>(0,90)              |
| Santé ]                   | 4,64<br>(1,10)                     | 4,60<br>(1,42)                    | 4,84<br>(1,01)                     | 3,68<br>(1,42)   | 4,35<br>(1,12)            | 5,17<br>(1,10)              |
| Moyenne de qualité de vie | 4,33                               | 4,78                              | 4,89                               | 3,68             | 4,32                      | 4,98                        |

]: Probabilité de  $F > ,01$  pour l'analyse totale de la variance

\*: répartition non homogène par rapport aux autres du test à comparaison multiple de Scheffé ( $\alpha = ,05$ ), pour ce domaine de la qualité de vie.

\*\* : répartitions non testées quant à l'homogénéité pour ce domaine de qualité de vie.

homogènes. Les trois différences suivantes sont significatives au niveau de ,05. Le résultat des patients de l'Hôpital général du district de Manchester était: 1) plus bas que celui des patients de Boulder en soins résidentiels intensifs ou externes ordinaires pour la catégorie «sécurité»; 2) plus bas que celui des patients de Boulder en soins externes ordinaires pour la catégorie «relations sociales»; et 3) plus bas que celui des résidents des maisons de groupe de Manchester pour la catégorie «situation de vie». Pour cette dernière catégorie, les patients en soins résidentiels intensifs à Boulder ont également obtenu un résultat moins élevé que les résidents des maisons de groupe de Manchester.

## **Discussion**

On peut rarement comparer les distributions de traitement de deux pays, les instruments de recherche utilisés étant rarement les mêmes aux deux endroits. Nous avons tenté de résoudre ce problème en utilisant les mêmes instruments pour évaluer les patients traités en milieu communautaire aux États-Unis, que ceux utilisés pour notre étude en Angleterre. La prudence s'impose toutefois au moment d'interpréter les conclusions de cette étude, en raison du manque de comparabilité des échantillons. D'une part, en effet, les patients de Manchester, tirés de cadres de traitement choisis, étaient peut-être peu représentatifs de l'ensemble des patients psychotiques de ce milieu. D'autre part, on n'a pas voulu assortir les sujets de Manchester à ceux de Boulder, car cela aurait créé un groupe artificiel peu représentatif, lui aussi, de l'ensemble des patients de Boulder traités en milieu communautaire. Finalement, l'approche diagnostique utilisée à Manchester était le programme CATEGO, alors que celle utilisée à Boulder était la DSM-III-R.

Ces différences méthodologiques interdiraient de tirer des conclusions concernant des maladies spécifiques ou des interactions avec le milieu ou avec le traitement. Les données nous autorisent toutefois à faire quelques observations générales sur les différences flagrantes observées parmi les populations de personnes des deux communautés ayant différents troubles mentaux.

Que les patients traités en milieu communautaire soient de Manchester ou de Boulder, leur qualité de vie diffère peu. Elle est toutefois moins bonne, pour quelques catégories, dans le cas des patients en séjour prolongé à l'Hôpital général de Manchester. Par contre, la psychopathologie des patients étatsuniens semble être plus grande. Même si l'on écarte les patients qui sont en soins résidentiels



à Boulder, parce que leur état très perturbé interdit de les comparer aux patients en séjour prolongé à l'hôpital de Manchester, quand même, les deux groupes de patients de Boulder en soins externes sont davantage perturbés (pour l'une ou l'autre dimension psychopathologique) que ceux des échantillons, hospitalier ou externe, de Manchester. Quatre facteurs peuvent expliquer ce niveau plus élevé de psychopathologie chez les sujets étatsuniens: 1) une distorsion dans l'échantillonnage; 2) une distorsion chez l'interviewer; 3) les patients de Boulder seraient plus mal en point à cause de divers facteurs dans le traitement ou l'environnement; ou 4) à Boulder, plus de patients gravement perturbés seraient traités en milieu communautaire, à cause de la rareté relative des lits réservés aux soins psychiatriques dans les hôpitaux publics du Colorado.

### *La distorsion dans l'échantillonnage*

Il est possible que l'échantillon de patients choisi à Manchester soit moins perturbé que la population totale des patients vivant dans cette région, ou que les patients de l'échantillon de Boulder soient plus perturbés que ne le sont l'ensemble des personnes ayant des troubles mentaux dans Boulder. À Boulder, les patients sont placés en soins externes intensifs à cause, par exemple, d'une pathologie plus grande et d'une réponse moins bonne au traitement. De façon similaire, à Manchester, on place peut-être les patients dans les maisons de groupe sur la base de leur faible niveau de pathologie.

Les sujets de Boulder ont été choisis au hasard parmi un échantillon entier de patients externes. Cependant, les deux groupes de patients recevant des soins externes, ordinaires ou intensifs, montrent des niveaux pathologiques comparativement élevés. De plus, il semble peu plausible que les patients en séjour prolongé dans la salle de crise de l'Hôpital général de Manchester aient un niveau de pathologie plus faible que celui des patients du milieu avoisinant. Pourtant, leurs résultats ne sont pas plus élevés que ceux des patients de Boulder qui reçoivent des soins externes intensifs, et ce, quelle que soit la dimension psychopathologique. Leurs résultats sont même, pour une dimension psychopathologique, beaucoup plus bas que ceux des patients de Boulder en soins externes ordinaires. D'où l'hypothèse que les patients de Boulder traités en milieu communautaire sont, en fait, plus perturbés que ceux de la communauté de Manchester.

### *La distorsion chez l'interviewer*

À Boulder, les psychiatres ont peut-être systématiquement attribué un taux de pathologie plus élevé aux patients que ne l'ont fait les chercheurs de Manchester. Cette explication est toutefois peu vraisemblable, étant donné qu'on a utilisé une échelle standardisée avec des ancres très bien définis, en plus du fait que les psychiatres de Boulder ont été formés à l'utilisation de l'échelle KGV par un psychiatre anglais (RW). Aucun test de fiabilité inter-interviewer n'a été effectué, mais il n'y a aucune raison *a priori* de penser qu'on ait pratiqué à Boulder une distorsion systématique consistant à noter les patients à la hausse.

### **L'exacerbation de la maladie**

Les cadres de traitement pour les patients externes sont relativement bien structurés à Manchester. L'un d'eux est une unité de refuge très structurée, et les autres patients externes résident dans des maisons de groupe visitées chaque semaine par du personnel non résident. À Boulder, certains patients en soins externes intensifs vivent dans des centres de réadaptation supervisés ou partiellement supervisés. Mais un plus grand nombre encore vivent de manière indépendante en gardant contact chaque jour, ou moins souvent, avec le personnel externe. Par contre, aucun patient de Boulder qui reçoit des soins externes ordinaires n'habite dans un endroit supervisé ou n'a de contact plus fréquent qu'une fois par semaine pour un traitement. Bien que les patients de Boulder soient l'objet d'une coordination des plans de services ou d'un dépistage plus intensifs, lorsque c'est nécessaire, cette intensité reste encore moins structurée que l'unité de refuge en Angleterre. Les patients psychotiques traités dans le cadre de programmes externes à Boulder ont peut-être plus de symptômes en raison du stress découlant de leurs conditions de vie non structurées et non supervisées. Toutefois, cette hypothèse n'expliquerait pas le niveau psychopathologique très faible des patients de Manchester qui vivent en maisons de groupe, ces dernières étant peu supervisées.

Alors, la médication des patients serait-elle moins efficace à Boulder qu'à Manchester? Cela semble peu vraisemblable, car chaque patient rencontre fréquemment un psychiatre qui lui prescrit une médication optimale sans être trop forte. En outre, la plupart ont reçu un traitement à l'essai de carbonate de lithium, des anticonvulsifs et des antidépresseurs, en plus de neuroleptiques lorsque cela s'est avéré nécessaire. La médication est surveillée et administrée au besoin par le personnel.

Une autre étude (Warner et al., en préparation) a montré que plus du tiers des sujets tirés de la population de patients psychotiques de l'agence de Boulder consomment beaucoup ou passablement de drogues et d'alcool. Il n'existe par contre aucune étude comparative concernant l'abus des drogues par les personnes ayant des troubles mentaux en Angleterre et aux États-Unis. Des rapports empiriques suggèrent toutefois que ce problème est plus courant chez les patients étatsuniens. Si c'est le cas, ce facteur peut mener à l'exacerbation de la maladie des patients étatsuniens et expliquer en partie la pathologie élevée observée dans l'échantillon de Boulder.

### *La disponibilité des lits d'hôpital*

Au Colorado, les lits publics réservés aux soins psychiatriques internes pour adultes sont beaucoup moins nombreux qu'en Angleterre. Pour les résidents du comté de Boulder, le nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques publics (pour adultes de 18 à 60 ans) qui servent pour un usage non légal est inférieur à 7: 100 000. Ces lits servent à peu près à parts égales pour des situations de crise et pour des soins prolongés (plus de trois mois). En tout temps, le centre de santé mentale de Boulder peut être appelé à interner, pour traitement de crise, deux à trois autres patients par 100 000 de population dans un hôpital général privé couvert par une assurance-santé gouvernementale ou privée. (Un autre bloc de 26 patients adultes assurés au privé, par 100 000 de population en moyenne, sont dans le réseau de soins du secteur privé du comté de Boulder. Par contre, ces patients ne sont pas psychotiques. Ils ne seraient donc sans doute traités en cadre interne s'ils se trouvaient dans un centre public de soins en santé mentale. Ce dernier chiffre exclut les patients en soins hospitaliers prolongés.)

En Angleterre, contrastant avec cette situation, le nombre de lits à usage non gériatrique et destinés aux soins intensifs est de 50 pour 100 000 de population, comme le recommandait le gouvernement dans son Livre blanc de 1975. Pour les séjours prolongés, le nombre recommandé de lits est de 17 pour 100 000 (Hirsch, 1988). Ces deux recommandations dépassent plusieurs fois le nombre de lits disponibles pour les patients du secteur public au Colorado. Au moment de l'étude de Simpson, le nombre de lits pour adultes nécessitant des soins de crise ou un séjour prolongé dans Manchester Sud (sans compter les soins gériatriques, le traitement de l'alcoolisme et les lits des refuges) était de 73 pour 100 000 (ce nombre dépasse un peu les normes du ministère de la Santé, à cause de la présence d'un hôpital

universitaire dans le secteur). Ce nombre indique tout de même qu'il y a, à Manchester, 60 lits de plus par 100 000 habitants que dans les services psychiatriques publics de Boulder, et près du double du total des lits des secteurs privé et public destinés aux soins psychiatriques à Boulder.

Cette rareté relative de lits destinés à des soins psychiatriques internes au Colorado a pour conséquence que des patients gravement perturbés doivent être traités dans le réseau communautaire. Plusieurs de ces patients, s'ils vivaient en Angleterre, recevraient des soins hospitaliers à long terme. Cette différence entre les deux systèmes peut expliquer, en partie du moins, les niveaux élevés de pathologie observée dans les échantillons de Boulder.

Il est intéressant de noter, toutefois, que même si les patients de Boulder ont une symptomatologie plus élevée que celle des patients anglais dans la communauté, subjectivement, leur qualité de vie se compare à celle des patients de Manchester. Cela peut s'expliquer par la liberté relative que procure la vie en milieu communautaire, un facteur qui contribue à la qualité de vie dans de nombreux domaines. La pire qualité de vie est celle des patients qui sont en soins hospitaliers de longue durée à Manchester. Pratiquement tous les patients interviewés à Boulder ont dit préférer la vie communautaire à un placement hospitalier. À ce chapitre, nos conclusions semblent conforter les partisans d'un système de soutien communautaire rigoureux et d'un recours minimal aux soins hospitaliers.

Avec ce genre de système, cependant, il est certain que la communauté est obligée d'accepter la présence de personnes vraiment très perturbées en son sein. Thornicroft et Bebbington (1989) n'ont-ils pas dit que «les soins apportés par la communauté, s'ils sont bien faits, peuvent en fait améliorer la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves. Mais il faudra encore toujours donner asile aux plus perturbés d'entre eux (p. 749).» L'importance de cet asile qu'il faudra trouver — le nombre de lits d'hôpitaux disponibles — dépendra en partie du niveau de tolérance de la communauté à l'endroit des comportements perturbés.

## RÉFÉRENCES

- THORNICROFT, G., BEBBINGTON, P., 1989, Deinstitutionalization — from Hospital to Service Development, *British Journal of Psychiatry*, 155, 739-753.

- WITKIN, M.J., ATAY T.E., FELL A.S. et al., 1987, State Mental Health Services: Selected Characteristics of Delivery Systems, Manderscheid, R.W., et Barrett, S.A., eds., Mental Health, United States, National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland.
- MARKS, I., SCOTT, R., éd., 1990, *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*, Cambridge University Press.
- MOSHER, L.R., BURTI, L., 1989, *Community Mental Health: Principles and Practice*, New York, Norton.
- SIMPSON, C.J., HYDE, C.E., FARAGHER, E.B., 1989, The Chronically Mentally Ill in Community Facilities: a Study of Quality of Life, *British Journal of Psychiatry*, 154, 77-82.
- OLIVER, J.P.J., 1988, *The Quality of Life of the Chronically Mentally Disabled in the Preston/Chorley Area of Lancashire: Research Progress Report*, Manchester, Mental Health Social Work Research Unit, University of Manchester.
- LEHMAN, A.F., 1983, The Well Being of Chronic Mental Patients: Assessing Their Quality of Life, *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- ROSENBERG, M., 1965, *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, Princeton University Press.
- KRAWIECKA, M., GOLDBERG, D., VAUGHN, M., 1977, A Standardized Psychiatric Assessment Scale for Rating Chronic Psychotic Patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 299-308.
- WARNER, R., TAYLOR, D., WRIGHT, J., et al., *Substance Use Among the Mentally Ill: Prevalence, Reasons for Use and Effects on Illness*, Submitted for publication.
- HIRSCH, S., 1988, *Psychiatric Bed and Resources: Factors Influencing Bed Use and Service Planning*, Londres, Gaskell/The Royal College of Psychiatrists.

## ABSTRACT

### **Psychopathology and Quality of Life among the Mentally Ill: British and U.S. Samples Compared**

Sixty-nine mentally ill patients in treatment in an intensive community support system in Boulder, Colorado, were evaluated using the same measures of quality of life and psychopathology as were used in assessing mentally ill patients in hospital and community facilities in Manchester, England. Psychopathology was greater in the Boulder samples, but quality of life scores were no worse for the American patients. The relationship of these findings to systems of care and psychiatric hospital bed availability is discussed.