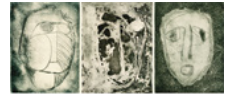


Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

La satisfaction d'une clientèle psychiatrique dangereuse à l'égard des soins et services qu'ils reçoivent : l'expérience de l'Institut Philippe Pinel de Montréal

Linda Garceau et Richard Lusignan

Volume 1, 2000

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074957ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074957ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Garceau, L. & Lusignan, R. (2000). La satisfaction d'une clientèle psychiatrique dangereuse à l'égard des soins et services qu'ils reçoivent : l'expérience de l'Institut Philippe Pinel de Montréal. *Psychiatrie et violence*, 1.
<https://doi.org/10.7202/1074957ar>

La satisfaction d'une clientèle psychiatrique dangereuse à l'égard des soins et services qu'ils reçoivent: l'expérience de l'Institut Philippe Pinel de Montréal

Par

*Linda Garceau
Chef du service de psychologie
Institut Philippe Pinel de Montréal*

*Richard Lusignan
Chef du service de criminologie
Institut Philippe Pinel de Montréal*

Au Québec, les administrateurs des services de santé ont à répondre de la qualité des soins et services qu'ils dispensent. Un des moyens utilisés est de mesurer la satisfaction de la clientèle à l'égard des soins et services. Cependant, différents facteurs méthodologiques et pratiques doivent être considérés avant d'entreprendre une telle démarche.

L'évaluation de la satisfaction des patients psychiatriques, à l'égard des soins et services qu'ils reçoivent, est un indicateur important dans le travail des cliniciens. En plus de faciliter le processus de rétroaction du patient vers le professionnel, elle permet d'apporter des modifications aux programmes de traitement afin d'en améliorer la qualité. En outre, la satisfaction des patients peut influencer le cours et les résultats du traitement (Hansson et al., 1985). Les patients satisfaits collaborent davantage à leur plan de traitement et, par le fait même, ils peuvent donc mieux bénéficier des soins dispensés (Corrigan, 1990).

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle psychiatrique intéresse aussi divers organismes et institutions concernés par la qualité des soins et des services. Une des exigences du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCASS) est que les établissements aient des mécanismes et des outils pour évaluer les soins et les services offerts à la clientèle. Kelstrup et al. (1993) soutiennent qu'une évaluation idéale d'un programme de traitement en psychiatrie doit comprendre:

- 1) une description de la structure actuelle de traitement et des principes de traitement;
- 2) une définition des objectifs de traitement pour différents groupes de patients psychiatriques;
- 3) une évaluation des variables et des indicateurs pertinents à la qualité du processus thérapeutique;
- 4) une comparaison entre la pratique courante et les objectifs définis;
- 5) un ajustement des objectifs afin qu'ils soient conformes à la réalité et un ajustement de la pratique afin d'améliorer la qualité du traitement.

Dans un tel processus d'évaluation du traitement psychiatrique, l'évaluation de la satisfaction de la clientèle sert d'indicateur de la qualité du traitement et aussi d'indicateur de la qualité de la structure et du processus de soins. Vuori (1987) stipule que la satisfaction des patients est une condition préalable à tout traitement de grande qualité. Kalman (1983) indique que la satisfaction des patients influence fortement la poursuite et l'utilisation des services de santé mentale, l'adhésion au traitement ainsi que le succès ou l'échec du traitement. À cet effet, Kazdin et Wilson (1978) ont noté que différents traitements pour un problème spécifique n'ont pas tous le même attrait pour des patients potentiels.

L'essence même d'un traitement, outre son coût et son efficacité, est une caractéristique déterminante de son approbation par le patient. Le traitement le plus efficace n'est pas nécessairement celui le plus attirant pour le patient (McConaghy, 1969). Le degré d'acceptation d'un traitement est intimement relié à la satisfaction du patient. Tout comme l'approbation d'un traitement influence l'utilisation et la poursuite de services de santé mentale, elle a un impact sur le succès d'un traitement. Kazdin et Wilson (1978) soutiennent que si un patient recherche et adhère à un traitement, ce dernier sera plus facile à mettre en oeuvre qu'un traitement que le patient est peu susceptible d'appliquer, même s'il est plus efficace.

Hart et Bassett (1975) proposent d'évaluer les services psychiatriques en tenant compte de trois aspects : l'efficacité, l'efficacé et la satisfaction de la clientèle. Leur recherche a démontré que l'efficacité est intimement reliée à la satisfaction de la clientèle. Korsch et Negrete (1972) ont, de leur côté, démontré que la collaboration du patient au traitement et l'efficacité du traitement dépendent de la communication qui, elle, engendre la satisfaction.

Donc, tout comme Gordon et al. (1979) l'ont noté, l'utilisation et l'efficacité des services psychiatriques peuvent être améliorées en tenant compte des connaissances sur les variables reliées à la satisfaction. Svensson et Hansson (1994) soutiennent que les groupes à risque, auxquels une attention doit être portée dans le développement de l'évaluation de la qualité et de politiques de contrôle de la qualité, sont les patients souffrant de schizophrénie et les patients qui perçoivent une coercition dans le traitement psychiatrique à l'interne.

Facteurs influençant la satisfaction de la clientèle

Les recherches sur la satisfaction des patients psychiatriques à l'égard des soins et services qu'ils reçoivent mettent généralement en évidence de hauts niveaux de satisfaction. Plusieurs chercheurs ont tenté d'identifier les indicateurs clés qui déterminent la satisfaction. Les premières recherches ont identifié la satisfaction à l'égard des résultats thérapeutiques, la continuité des soins, les attentes du patient et particulièrement la relation médecin-patient (Cleary et McNeil, 1988; Gordon et al., 1979). Plus récemment, Elbeck et Fecteau (1990) ont identifié sept

items reliés à la satisfaction de la clientèle. Une analyse factorielle a suggéré deux facteurs principaux. Le premier, nommé autonomie comportementale, comprend les items reflétant la capacité à gérer soi-même ses activités quotidiennes. Le deuxième, nommé bons soins et soutien, comprend les items reliés aux relations interpersonnelles positives avec le personnel. Enfin, Glass (1995) a, quant à elle, identifié un autre facteur, soit les perceptions des patients quant à l'obtention d'un meilleur sentiment de contrôle après le traitement. Elle note que les patients veulent des explications quant à leur traitement, leur médication au moment du congé et veulent aussi savoir où se présenter pour leur rendez-vous à l'externe.

Divers facteurs pouvant influencer le degré de satisfaction ont été étudiés. Le tableau suivant (tableau 1 présente, de façon schématique, un résumé des recherches recensées pour la présente étude. Les variables qui n'ont aucune influence sur la satisfaction, ainsi que celles l'influençant négativement ou positivement y sont répertoriées.

Tableau 1 : Variables étudiées dans la satisfaction de patients psychiatriques

Auteurs	Indicateurs...		
	... qui influencent la satisfaction à la baisse	... sans effet sur la satisfaction mesurée	... qui influencent la satisfaction à la hausse
Kalman, 1983; Lebow, 1982; Weinstein, 1979		le sexe, la race, la classe sociale, l'occupation, l'âge et l'éducation	
Morse, Calsyn, Allen et Kenny, 1994		le sexe, la race, le diagnostic et l'histoire d'itinérance	la présence de services de support, le nombre accru de contacts avec des professionnels de la santé mentale, le nombre accru de contacts avec le programme
Pekarik et Wolff, 1996		le changement thérapeutique	
Jansen et Aldrich, 1973	Les adolescents évaluent plus négativement leur traitement; Durée de l'hospitalisation entre 7 et 12 mois		les patients âgés de plus de trente ans ont une perception plus positive de leur traitement
Getz, Fujita et Allen, 1975	un diagnostic de psychose		
Ciarlo et Reihman, 1977; Getz, Fujita et Allen, 1975	un diagnostic d'abus de drogues		
Woodward, Santa-Barbara, Levin et Epstein, 1978	un pronostic pauvre		
Richman et Charles, 1976	un comportement suicidaire		
Svensson et Hansson, 1994;	les schizophrènes, les		les patients porteurs d'une

Auteurs	Indicateurs...		
	... qui influencent la satisfaction à la baisse	... sans effet sur la satisfaction mesurée	... qui influencent la satisfaction à la hausse
Kelstrup <u>et al.</u> , 1993; Perreault <u>et al.</u> , 1996;	patients paranoïdes, les personnes souffrant de troubles psychotiques		maladie affective
Kelstrup <u>et al.</u> , 1993	patients anti-sociaux et borderline		les patients plus âgés tendent à évaluer les soins plus positivement que les plus jeunes; les patients souffrant de psychose réactionnelle
Svensson et Hansson, 1994	le trait de personnalité qu'ils nomment non-conformisme agressif		
Mavis et Stöffelmeyer, 1994	être référé par un juge, un avocat, un agent de probation ou un agent de libération conditionnelle		
Ankuta et Abeles, 1993			le soulagement significatif des symptômes
Urquhart, Bulow, Sweeney, Shear et Frances, 1986			être plus longtemps en traitement, être en thérapie individuelle, avoir un thérapeute du même sexe, plus expérimenté et non-médecin
Shapiro, Welker et Jacobson, 1997			chez les adolescents, la relation avec le thérapeute et le bénéfice perçu du counseling
Perreault, Rogers, Leichner et Sabourin, 1996			la présence d'un accord entre le thérapeute et le patient sur l'importance de différents aspects du traitement.
Delgado, Lopez-Fernandez, de Dios Luna, 1993			chez les patients hospitalisés, avoir un médecin de sexe féminin
Vandiver, Jordan, Keopraseuth et Yu, 1993			chez les familles, le niveau de scolarisation

Premièrement, la compilation effectuée indique que plusieurs indicateurs de nature démographique demeurent sans effet sur la mesure de la satisfaction. Ainsi le sexe, la race, la classe sociale, l'occupation, l'histoire d'itinérance, l'âge et l'éducation semblent sans lien avec le degré de satisfaction. En outre, le degré de changement thérapeutique n'influence pas le degré de satisfaction.

Deuxièmement, plusieurs indicateurs définis par le diagnostic psychiatrique, la présence de certains traits de personnalité, certaines conditions d'âge et de

durée de l'hospitalisation et la source de référence paraissent associés à de faibles niveaux de satisfaction. Un diagnostic de psychose, d'abus de drogues, un pronostic pauvre et un comportement suicidaire sont des variables corrélées avec un faible niveau de satisfaction (Lebow, 1982). Les schizophrènes, les patients paranoïdes et les personnes souffrant de troubles psychotiques constituent les répondants exprimant le plus faible taux de satisfaction à l'égard des soins et des services. Perreault et al. (1996) relie le haut niveau d'insatisfaction exprimé par les patients souffrant de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques à la sous-évaluation, par le thérapeute, des aspects non biologiques du traitement, tels le soutien social.

Par ailleurs, les traits de la personnalité ou la présence d'un trouble de la personnalité sont des variables influençant le taux de satisfaction exprimé. En ce sens, Kelstrup et al. (1993) ont trouvé que les patients antisociaux et borderline avaient de faibles taux de satisfaction. Ces patients pensaient que le personnel n'avait pas assez de temps pour eux, qu'ils ne recevaient pas assez d'information sur leur maladie ou leur traitement, que leur plan de traitement n'était pas cohérent, que le personnel collaborait mal à leur traitement, que leur congé de l'hôpital était mal planifié et que l'aide était insuffisante après le congé. Ces patients avaient le score le moins élevé de tous à cinq des questions du CSQ-8 (Attkisson et Zwick, 1982), outil mesurant la satisfaction générale.

Svensson et Hansson (1994) ont trouvé que le trait de personnalité qu'ils ont nommé non-conformisme agressif est relié à un faible niveau de satisfaction à l'égard de l'environnement physique et psychosocial de l'unité, du plan de traitement et du programme de traitement. Ce trait de personnalité est associé à une recherche d'indépendance et d'autonomie par rapport aux règles, aux règlements et dans les relations avec les autres. Les auteurs interprètent ces résultats en supposant que les patients présentant un non-conformisme agressif ont plus de difficultés à s'adapter aux aspects communautaires ou aux règles et au cadre inhérents à un traitement à l'interne. Il est à noter que ces patients n'étaient pas moins satisfaits de la relation personnel-patient ou de la qualité du processus de communication sur l'unité et ils n'ont pas démontré une satisfaction générale plus faible.

Un autre facteur identifié comme influençant la satisfaction est la durée de traitement (Jansen et Aldrich, 1973; Weinstein, 1979, Urquhart et al., 1986). Jansen et Aldrich (1973) ont trouvé que les patients, qui étaient hospitalisés depuis 7 à 12 mois, avaient plus de sentiments négatifs à l'égard de leur traitement que ceux étant hospitalisés depuis une plus courte ou une plus longue période. Ces auteurs soutiennent que, durant cette période de 7 à 12 mois d'hospitalisation, les patients réalisent que les problèmes ayant conduit à l'admission ne répondent pas rapidement au traitement et qu'ils peuvent donc demeurer hospitalisés plus longtemps qu'ils ne le croyaient. Les sentiments négatifs semblent diminuer durant la deuxième année d'hospitalisation. Quand l'hospitalisation dure plus de deux ans, les patients semblent avoir plus de

sentiments positifs à l'égard de leur traitement et de leur équipe de traitement. Urquhart et al. (1986) soulignent que, dans leur échantillon, les patients qui étaient en thérapie depuis plus longtemps étaient plus satisfaits.

Mavis et Stöffelmeyer (1994) ont trouvé que la source de référence influence la satisfaction. En effet, les clients référés à un programme de traitement de l'alcoolisme et qui sont référés par un juge, un avocat, un agent de probation ou un agent de libération conditionnelle sont moins satisfaits que les autres. Les auteurs prétendent que les clients référés par la Cour résistent à l'idée qu'ils ont besoin de traitement et perçoivent ce traitement comme un embêtement.

Enfin, en ce qui concerne l'âge, certains chercheurs ont noté que les adolescents évaluent plus négativement leur traitement que les patients âgés de plus de 30 ans (Jansen et Aldrich, 1973).

Troisièmement, un certain nombre d'indicateurs sont reliés à l'expression d'un haut niveau de satisfaction. Les patients porteurs d'une maladie affective apparaissent comme la clientèle la plus satisfaite; les individus souffrant de psychose réactionnelle ont aussi un haut degré de satisfaction. Les patients manifestant un changement cliniquement significatif quant au soulagement de leurs symptômes sont aussi plus satisfaits.

Le facteur temps présente ici deux manifestations particulières : d'une part, les patients plus âgés ont tendance à évaluer les soins plus positivement que leurs pairs plus jeunes. D'autre part, quand l'hospitalisation dure plus de deux ans, les patients semblent afficher plus de sentiments positifs à l'égard de leur traitement et de leur équipe de traitement.

Le type de traitement et les variables reliées au processus thérapeutique influencent positivement la satisfaction. Urquhart et al. (1986) ont trouvé que le fait d'être en thérapie individuelle, d'avoir un thérapeute du même sexe, d'avoir un thérapeute plus expérimenté et non-médecin sont des variables reliées à la satisfaction. Morse et al. (1994) soulignent que la présence de services de support, un nombre accru de contacts avec un professionnel de la santé et un nombre accru de contacts avec le programme influencent positivement la satisfaction chez une population itinérante. Perreault et al. (1996) ont, quant à eux, trouvé que la présence d'un accord, entre le thérapeute et le patient, sur l'importance de différents aspects du traitement est reliée positivement à la satisfaction. Enfin, l'étude de Delgado et al. (1993) démontre que, chez les patients hospitalisés, le fait d'avoir un médecin de sexe féminin augmente le degré de satisfaction.

Finalement, chez les familles des patients, le niveau de scolarisation est directement relié à la satisfaction (Vandiver et al., 1995).

Selon Kelstrup et al. (1993), le degré de satisfaction est, logiquement, une conséquence :

- a) des variables individuelles telles le syndrome mental, les traits de personnalité, les expériences individuelles comme les traitements spéciaux, etc.;
- b) des variables institutionnelles telles le milieu de traitement, l'attitude et les bons soins du personnel, les traitements spécifiques offerts;
- c) de la conjugaison des variables individuelles et institutionnelles.

Aspects méthodologiques

Plusieurs problèmes méthodologiques ont été identifiés dans ce domaine de recherche. **Premièrement**, la comparaison entre les études est difficile puisque plusieurs instruments sont utilisés (Larsen, Attkisson, Hargreaves et Nguyen, 1979; El-Guebaly, Toews, Leckie et Harper, 1983; Sorensen, Kantor, Margolis et Galano, 1979). Afin de contourner ce problème, il est important d'utiliser un questionnaire valide en français mais aussi traduit et validé en plusieurs langues. Il sera donc ainsi possible de comparer les résultats obtenus avec ceux d'autres études.

En outre, Berger (1983) suggère que les échelles globales peuvent générer des réponses qui ne nécessitent pas, de la part du client, une discrimination. Les échelles globales rendent impossible une gradation fine des niveaux de satisfaction. Ceci expliquerait la distribution anormale retrouvée dans les études de satisfaction de la clientèle. Pour contrer cet effet, une échelle multidimensionnelle, évaluant des aspects spécifiques des services, doit être utilisée.

Deuxièmement, un autre problème noté dans la littérature est l'échantillonnage et la représentativité des échantillons ainsi que le haut degré d'attrition des sujets dans les études publiées. Pour contrer ce premier biais, il est important que les patients soient choisis au hasard et que l'étude s'échelonne sur plusieurs semaines afin de rencontrer les grands comme les petits utilisateurs de service. En ce qui a trait à l'attrition, Gravel, Boyer et Lamontagne (1984) soulignent que les instruments auto-administrés peuvent s'avérer peu appropriés pour tous les patients psychiatriques. Beaucoup de données sont manquantes parce que les patients sont trop symptomatiques pour répondre au questionnaire. Même chez les patients qui peuvent participer, les patients souffrant de troubles sévères et chroniques semblent avoir plus de difficultés. En effet, Nguyen, Attkisson et Stegner (1983) ont souligné qu'il y avait beaucoup de données manquantes lorsqu'ils étudiaient la satisfaction chez cette population. Perreault et al. (1993) indiquent deux solutions à ce problème: fournir une aide individuelle au patient lorsqu'il complète le questionnaire ou avoir un interviewer qui lit les questions et qui inscrit les réponses du participant.

Troisièmement, la fiabilité et la validité des données de satisfaction des patients ont été mises en doute. Deux biais ont été identifiés : un d'acquiescement (El-Guebaly, Toews, Leckie et Harper, 1983; Kalman, 1983) et un autre engendré par l'influence des traits de personnalité du patient (Berger, 1983).

Elbeck et Fecteau (1990) ainsi que Larsen, Attkisson, Hargreaves et Nguyen (1979) ont stipulé que l'implication de patients dans le processus d'évaluation peut en augmenter la validité en contrant le biais d'acquiescement et, en même temps donner au patient-consommateur plus de contrôle sur son traitement. Polowczyk et al. (1993) ont complété une étude dans laquelle des patients et des membres du personnel ont effectué un sondage de la satisfaction des patients afin de déterminer si les patients psychiatriques répondraient différemment en fonction du statut de l'interviewer. Leurs résultats indiquent que, bien que les patients interviewés, soit par leurs pairs, soit par le personnel, manifestent un haut degré de satisfaction, les patients rencontrés par les intervieweurs-patients étaient significativement moins satisfaits du traitement ou ont donné des réponses plus honnêtes. Polowczyk et al. (1993) concluent que le sondage patient-patient peut générer plus d'ouverture ou de véracité en minimisant la tendance à répondre d'une manière socialement désirable ou avec acquiescement (Berg, 1967; Couch et Keniston, 1960). Ils ajoutent cependant qu'entre pairs, la réponse socialement désirable peut être de rapporter plus d'insatisfactions que ce qui est vraiment ressenti. Svensson et Hansson (1994) ont trouvé que le phénomène d'acquiescement n'était pas, dans leur étude, relié au degré de satisfaction rapporté par leurs sujets. Jusqu'à ce jour, les conclusions sur l'influence du biais d'acquiescement sur le niveau exprimé de satisfaction sont contradictoires.

En ce qui a trait à l'influence des traits de personnalité du patient proposée par Berger (1983), Kelstrup et al. (1993) ont, tel que mentionné antérieurement, confirmé en partie cette hypothèse. Selon cette étude, les patients présentant un trouble de la personnalité antisociale ou borderline étaient moins satisfaits que les patients ayant une névrose du caractère ou n'ayant pas de diagnostic de trouble de la personnalité. Kelstrup et al. (1993) concluent que les attitudes positives et négatives des patients ayant divers traits de personnalité sont partiellement le résultat d'une co-variance entre le diagnostic de l'axe I et celui de l'axe II.

Dans une autre étude sur l'influence des traits de la personnalité sur le degré de satisfaction des patients, Svensson et Hansson (1994) ont trouvé que les patients manifestant de hauts niveaux du trait de personnalité non-conformisme agressif étaient significativement moins satisfaits de l'environnement physique et psychosocial de l'unité, du plan de traitement et du programme de traitement. Les patients manifestant un haut niveau du trait de sociabilité étaient significativement plus satisfaits du programme de traitement. Dans tous les autres cas, les traits de personnalité n'influençaient pas le degré de satisfaction des patients.

MÉTHODOLOGIE

Milieu interne

Cette portion de l'étude a été faite à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, centre hospitalier psychiatrique à sécurité maximale de 295 lits. Ce centre hospitalier comprend quinze unités, soit onze unités de traitement, deux unités d'admission et deux unités d'expertise et reçoit une clientèle présentant à la fois une problématique psychiatrique et une dangerosité. Dans les onze unités de traitement, huit unités servent au traitement d'une clientèle masculine présentant diverses pathologies, une au traitement de délinquants sexuels, une autre à l'expertise et au traitement auprès d'une clientèle féminine et enfin, une au traitement d'adolescents. La clientèle provient de toutes les régions du Québec. Les patients y sont référés soit par le système judiciaire, soit par le système carcéral, soit par le système hospitalier.

Milieu externe

Cette deuxième portion de l'étude a été faite aux Services Externes de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, qui comprennent deux points de service: le C.P.L.M. et la Post-cure. On y reçoit une clientèle présentant à la fois une problématique psychiatrique et de dangerosité. Au 17 mars 1998, 547 patients étaient inscrits aux Services externes, soit pour évaluation, soit pour traitement. Les services sont répartis en trois programmes: le programme de psychiatrie adulte qui dessert une clientèle masculine et féminine présentant diverses pathologies (307 patients), le programme de délinquants sexuels adultes (128 patients) et le programme de délinquants sexuels adolescents (114 patients). La clientèle provient de toutes les régions du Québec. Les patients y sont référés soit par l'Institut Philippe Pinel de Montréal, soit par le système judiciaire (Cour, Probation), soit par le système carcéral (Centres de détention, Services Correctionnels Canada), soit par le système hospitalier en général, soit par La Direction de la Protection de la Jeunesse.

Sujets

Interne

Les sujets à l'interne proviennent des onze unités de traitement de l'Institut. Deux cent sept patients étaient hospitalisés sur ces unités au moment de l'étude. Pour être pressentis pour cette évaluation, les sujets devaient répondre aux critères suivants :

- 1) être admis à l'Institut depuis au moins une semaine;

- 2) accepter de participer en signant une autorisation écrite;
- 3) être autorisé par le psychiatre traitant à participer au processus. Ce troisième critère a été fixé uniquement dans le but d'éviter que le niveau de dangerosité d'un patient puisse constituer une menace pour la sécurité de l'intervieweur. Ce dernier rencontrait seul les patients afin de préserver la confidentialité.

De ces 207 patients, 136 (66 %) composent notre échantillon. Quarante (19 %) patients n'ont pu être rencontrés, soit parce qu'ils étaient en sortie, soit qu'ils étaient trop symptomatiques (délirants), soit qu'ils pouvaient représenter un risque pour l'évaluateur. Enfin, 31 (15 %) patients ont refusé de participer à cette étude.

Le tableau (tableau 2) qui suit décrit les caractéristiques des répondants.

Tableau 2 : Description des principales caractéristiques des participants à l'étude (N = 136)

Indicateurs	Moyenne	Médiane
Âge	37 ans	35 ans
Durée hospitalisation au moment de la rencontre	4,0 ans	2,1 ans
Scolarisation	9,5 années	10 années
Sexe	127 hommes (93%) 9 femmes (7%)	
Statut légal le plus fréquent	Ordonnance de la Commission d'examen 50%	
Diagnostic principal le plus fréquent	Psychose (schizophrénie) 35%	

Les participants à notre étude s'avèrent majoritairement des hommes (127 ou 93%), âgés en moyenne de 37 ans ayant une scolarité de milieu de cycle secondaire (9,5 années). Au plan légal, la moitié de ces patients (70 ou 50%) fait l'objet d'une ordonnance de la Commission d'examen. Les 20 patients sentencés à un emprisonnement (de nature provinciale ou fédérale) représentent 14% des répondants, ceux en séjour volontaire (sans charge ni mandat) 14% également, les 8 mineurs (6%), les 7 prévenus (5%), et finalement, 16 patients (11%) sont regroupés à l'intérieur des catégories légales résiduelles (cure fermée, ordonnance involontaire de traitement, etc.).

Au niveau clinique, le diagnostic le plus fréquent est celui de psychose posé dans 35% des cas; suivent ceux de troubles de personnalité (20%), de troubles de l'humeur (9%) et de troubles délirants (6%). En tout, les 136 répondants font l'objet de 189 diagnostics principaux, ce qui indique la présence d'un important

contingent d'individus porteurs d'une double et parfois même d'une triple problématique. Le séjour hospitalier des participants à notre étude se poursuit en moyenne depuis 4 ans; cet indicateur de tendance centrale subit la pression inflationniste de deux cas hospitalisés depuis plus de 28 ans. La valeur de la médiane s'établit à 2,1 ans et s'avère un meilleur indicateur de durée de séjour.

En tout, 71 patients se trouvent dans une situation d'exclusion pour des raisons d'absences, de refus ou de symptomatologie. Kalman (1983) souligne bien l'importance de s'intéresser au groupe des patients non-participants afin de mettre en perspective les résultats obtenus par les répondants.

Le tableau suivant (tableau 3) vise à mieux cerner les patients qui n'ont pu ou ont refusé de participer à l'enquête portant sur la qualité des services à l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Tableau 3 : Description des principales caractéristiques des patients absents ou ayant refusé de participer à l'étude (N=71)

Indicateurs	Moyenne	Médiane
Âge	40 ans	39 ans
Durée hospitalisation au moment de la rencontre	4,2 ans	2,0 ans
Scolarisation	8 années	9 années
Sexe	67 hommes (94%) 4 femmes (6%)	
Statut légal le plus fréquent	Ordonnance de la Commission d'examen 44%	
Diagnostic principal le plus fréquent	Psychose (schizophrénie) 61%	

Les deux groupes s'avèrent semblables en ce qui concerne l'âge, le sexe et la durée de leur hospitalisation. Cependant, au plan statistique, il existe des différences significatives ($\chi^2=32,202$; $df=14$; $p < 0,0037$) entre le groupe de patients ayant répondu au questionnaire et celui qui, pour diverses raisons, ne s'est pas prononcé sur la qualité des services reçus.

Ainsi, on peut dire que les répondants constituent un groupe plus jeune et plus scolarisé où se retrouvent plus de porteurs d'un diagnostic de troubles de l'humeur et plus d'individus sentencés, c'est-à-dire ayant été reconnus par les tribunaux aptes à soutenir une intention criminelle. Les non-répondants se distinguent des précédents principalement en ce qu'ils sont plus âgés, moins scolarisés, moins souvent sentencés et majoritairement porteurs d'un diagnostic de psychose (schizophrénie).

Externe

Les participants à l'externe proviennent des trois programmes des services externes. Pour être pressentis pour cette évaluation, les sujets devaient répondre aux critères suivants :

- 1) être inscrit en traitement aux Services externes depuis au moins une semaine;
- 2) accepter de participer en signant une autorisation écrite;

De ces 547 patients, 117 (22 %) composent notre échantillon.

Le tableau (tableau 2) qui suit décrit les caractéristiques des répondants.

Tableau 2 : Description des principales caractéristiques des participants à l'étude (N = 136)

Indicateurs	Moyenne	Médiane
Âge	36,38 ans	37,49 ans
Durée de l'épisode de traitement au moment de la rencontre	2,33 ans	1,51 ans
Scolarisation	10,37 années	11 années
Sexe	111 hommes (95,7%) 5 femmes (4,3%)	
Statut légal le plus fréquent	Volontaire (36,3%)	
Diagnostic principal le plus fréquent	Psychose (schizophrénie) 41,2%	

Les participants à notre étude s'avèrent majoritairement des hommes (111 ou 95,7%), âgés en moyenne de 36 ans ayant une scolarité de milieu de cycle secondaire (10,4 années). Au plan légal, moins du quart de ces patients (27 ou 23,9%) fait l'objet d'une ordonnance de la Commission d'examen. Les 10 patients sentencés (de nature provinciale ou fédérale) représentent 8,8% des répondants, les 41 volontaires (sans charge ni mandat) constituent 36,3% de l'échantillon, les 16 mineurs en représentent 14,2%, les 17 patients sous probation 15%, et finalement, 2 patients (1,8%) sont regroupés à l'intérieur des catégories légales résiduelles.

Au niveau clinique, le diagnostic le plus fréquent est celui de psychose posé dans 41,2% des cas; suivent ceux de la catégorie troubles autres (ex. paraphilies, pédophilie, troubles autistiques, troubles obsessionnel-compulsif) (39,5%), de troubles de l'humeur (7,9%), de troubles de la personnalité (7%), de troubles délirants (3,5%) et de troubles de la conduite (0,9%). En tout, les 117 répondants font l'objet de 209 diagnostics principaux, ce qui indique la présence

d'un important contingent d'individus porteurs d'une double et parfois même d'une triple problématique. Le séjour en traitement externe des participants à notre étude se poursuit en moyenne depuis 2,33 ans. La valeur de la médiane s'établit à 1,51 ans.

Procédure

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire administré verbalement, à l'intérieur d'une entrevue individuelle. Au préalable, chaque sujet avait consenti à participer à cette étude en signant une formule à cet effet. L'intervieweur présentait les consignes standards. Le sujet était assuré de la confidentialité et du fait que ses réponses ne seraient pas versées à son dossier. En cas de refus, aucune pression n'était exercée.

Seulement un intervieweur a rencontré les sujets, ce qui permet d'éviter les biais liés aux différences idiosyncratiques ou aux différences dans l'approche à la clientèle lorsque plus d'un intervieweur sont utilisés. Les entrevues ont été faites par une psychologue de l'Institut qui compte plusieurs années d'expérience auprès d'une clientèle psychiatrique dangereuse. L'instrument utilisé dans cette étude est décrit ci-dessous.

Instrument

Le CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire), un outil de mesure de la satisfaction globale, a été utilisé pour évaluer l'appréciation des services reçus à l'interne et à l'externe. Cette échelle comporte huit items. Chaque item est coté de 1 à 4. Le score total peut aller de 8 à 32, où 32 représente le plus haut niveau de satisfaction. Développé par Attkisson et Zwick (1982), le CSQ-8 est une version abrégée du CSQ-18 de Larsen, Attkisson, Hargreaves et Nguyen (1979). Cet outil est utilisé fréquemment et a de bonnes caractéristiques psychométriques (Nguyen et al., 1983). Dans sa forme initiale, le questionnaire est «l'échelle standardisée qui possède les caractéristiques psychométriques les plus valables ... le CSQ-8 ... présente un degré de consistance interne comparable au CSQ-18, supérieur à 0,90» (Leichner et Perreault, 1990, p.13). Le CSQ-8 est seul le outil traduit et validé en français (Leichner et Perreault, 1990). Les études de validation faites sur la version canadienne-française de cette échelle ont donné des résultats similaires à ceux de la version originale (Perreault et al. 1992; Perreault et al, 1993).

Il est important de signaler que, dans notre étude, les réponses de notre échantillon de répondants sont significativement différentes ($F : 11.95, p < .01$) de celles obtenues auprès de la population normative de l'échelle (Leichner et Perreault, 1990). Notre échantillon répond plus négativement.

Le Questionnaire d'Opinion sur les Services externes (QOSE), développé par Perrault et Leichner (1990) a aussi été utilisé avec les patients en externe. C'est

une échelle multi-dimensionnelle de satisfaction des clients des services externes en psychiatrie. Cet instrument comporte 35 items cotés de 1 à 4 et a été validé par Perrault et Leichner (1990). Les qualités psychométriques du QOSE (validité et fidélité) en font un instrument approprié pour évaluer la satisfaction de la clientèle de services externes en psychiatrie.

Diagnostics

Les sujets de cette étude ont été regroupés en six classes, en fonction des caractéristiques principales de leur diagnostic. Le diagnostic actuel, établi par le médecin traitant, a été utilisé pour effectuer ces regroupements. Les six classes de diagnostics sont :

- 1) Psychoses schizophréniques
Cette catégorie comprend tous les types de schizophrénie tels que schizophrénie paranoïde indifférenciée, chronique ainsi que les troubles schizo-affectifs.
- 2) Troubles de l'humeur
Sous ce terme, nous regroupons les troubles bipolaires et les différentes pathologies dépressives.
- 3) Troubles de personnalité
Sont inclus, les troubles de personnalité schizoïde et les états limites.
- 4) Troubles de conduite et d'adaptation
Cette catégorie comprend les troubles de conduite et de comportement.
- 5) Troubles délirants paranoïaques
Cette classification est gardée car elle diffère des schizophrénies et des troubles affectifs. Elle constitue une catégorie diagnostique spécifique.
- 6) Autres
Cette classification comprend les quelques autres diagnostics n'appartenant pas aux classes ci-haut mentionnées.

Statuts légaux

Les statuts légaux des patients ont aussi été regroupés en catégories. Le statut légal actuel, tel qu'inscrit au service des Archives Médicales de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, servait à effectuer ces regroupements. Tout comme les diagnostics, les statuts légaux ont été regroupés en six classes :

- 1) Ordonnances de la Commission d'examen
Sous ce vocable, se retrouvent toutes les ordonnances de la Commission d'examen émises après un verdict de non responsabilité criminelle pour

cause de troubles mentaux ou, avant février 1992, un acquittement pour cause d'aliénation mentale.

- 2) Sentence
Ce terme inclut toutes les sentences fédérales ou provinciales.
- 3) Volontaire
Ce terme implique toute forme de traitement ou de suivi non contraint par la Loi.
- 4) Tribunal de la jeunesse
Cette classe comprend tous les statuts fondés sur des lois applicables aux mineurs.
- 5) Prévenu
Sont incluses toutes personnes maintenues à l'Institut Philippe Pinel de Montréal ou suivies aux Services Externes, avant ou pendant la tenue de leur procès, pour fins d'évaluation ou de traitement.
- 6) Autres
Tous les autres statuts non préalablement inclus, tels cure fermée, ordonnance d'examen clinique, etc.

RÉSULTATS

À l'interne

Le tableau suivant (tableau 4) situe l'opinion de chacun des répondants en rapport aux différentes questions du CSQ-8.

Le premier constat qui s'impose est à l'effet qu'une majorité de participants (69% en moyenne) se situent au niveau du pôle de la satisfaction eu égard aux diverses questions soulevées.

En ordre décroissant et en considérant la valeur la plus élevée de chacune des colonnes, 54% des répondants se prononcent comme étant assez satisfaits de recevoir les services qu'ils désirent et 47% s'avèrent très satisfaits de ce que les services reçus les aident. En comparaison à ce bilan positif, 30% des participants évaluent que l'Institut Philippe Pinel de Montréal ne répond pas à leurs besoins (même si 36% demeurent assez satisfaits à cet égard) et 24% ne reviendraient pas à l'Institut s'ils avaient encore besoin d'aide (34% de clients très satisfaits reviendraient).

Tableau 4 : Réponses données au CSQ-8 (N=136)

Questions	Réponses			
	Très insatisfait	Peu satisfait	Assez satisfait	Très satisfait
Que pensez-vous de la qualité des services que vous recevez à Pinel?	11%	20%	46%	24%
Recevez-vous le genre de services que vous désirez?	9%	17%	54%	20%
Jusqu'à quel point Pinel répond-il à vos besoins?	8%	30%	36%	27%
Si un ou une ami(e) avait besoin du même type d'aide, recommanderiez-vous Pinel?	22%	14%	32%	32%
Quel est votre degré de satisfaction par rapport à la qualité d'aide?	12%	19%	39%	30%
Est-ce que les services que vous recevez vous aident?	8%	13%	32%	47%
De façon générale et globale : quel est votre degré de satisfaction?	9%	19%	42%	30%
Si vous aviez encore besoin d'aide, vous reviendriez à Pinel?	24%	18%	24%	34%
Moyenne	13%	19%	38%	31%

Les variables âge, éducation, durée d'hospitalisation, diagnostic et statut légal ont été soumises à une analyse de variance. Seule la variable âge a un impact significatif sur la satisfaction ($F : 4.30, p < 0.26$). Plus le répondant est âgé, plus la satisfaction est élevée. Il n'y a pas d'effet d'interaction entre le diagnostic et le statut légal.

Afin de mieux comprendre les différences existant entre les sous-groupes de répondants se situant dans la zone de satisfaction (assez ou très satisfaits) et ceux se trouvant dans la zone d'insatisfaction (peu satisfaits ou très insatisfaits), nous avons utilisé l'analyse discriminante. Cet exercice permet également de dépasser la simple description des faits et d'identifier quels indicateurs saisissent le mieux les caractéristiques distinguant les groupes de participants ainsi comparés.

Compte tenu du faible nombre de femmes ($N=9$), nous n'avons retenu que les hommes ayant répondu au questionnaire ($N=127$) afin de limiter la variance due au sexe des patients. Nous avons réparti nos groupes en utilisant le résultat médian au CSQ-8 comme point de césure. Nos groupes de comparaison distribuent ainsi : d'une part, les individus plutôt satisfaits ($N=63$) et, d'autre part, leurs collègues ($N=64$) plutôt insatisfaits des services cliniques reçus.

Tableau 5 : Résultats au CSQ-8 pour l'ensemble des sujets et selon le diagnostic et le statut légal

Population	Moyenne	e.t.	Nombre de sujets
Échantillon complet	20.86	3.41	133 ¹
Psychose (schizo.)	20.84	3.37	63
Tr. de l'humeur	22.00	1.89	16
Tr. de la personnalité	22.78	3.37	19
Tr. de la conduite	20.66	1.52	3
Troubles délirants	19.54	3.64	11
Autres	19.04	3.61	21
O.C.E.	20.30	3.28	69
Sentence	23.10	3.03	19
Volontaire	21.05	2.71	19
Trib. de la jeunesse	17.37	1.92	8
Prévenus, inaptes	24.20	2.38	5
Autres	21.15	3.97	13

¹ sur les 136 sujets de notre échantillon, trois n'ont pas répondu à toutes les questions. Leurs scores n'ont pas été retenus dans le calcul.

Ajoutons une dernière précision quant à la façon de noter les coefficients de la fonction discriminante : dans ses calculs, le logiciel statistique utilise des coefficients non-standardisés découlant des unités de mesure propres à chaque variable (v.g. l'âge en années, la durée de l'hospitalisation en jours, etc.). Par la suite un coefficient standardisé est produit en ramenant la moyenne de chaque variable à la valeur zéro et l'écart-type à une valeur de un. Kerlinger (1973) et Betz (1987) nous préviennent cependant de l'instabilité des coefficients de régression au plan de l'interprétation : ceux-ci varient au gré des échantillons et sont sensibles à l'addition ou à la soustraction de variables indépendantes à l'équation globale de régression.

Nous avons soumis à l'analyse statistique l'ensemble des indicateurs utilisés dans cette étude : âge, niveau de scolarisation et durée du séjour. Les statuts légaux ainsi que les catégories diagnostiques principales décrivant les répondants ont été reformulés sous forme d'indicateurs factices. La plupart des variables sont absentes de la fonction discriminante finale (tableau 6).

Tableau 6 : Résultats de l'analyse discriminante des indicateurs liés à l'appréciation de la qualité des services(N=127)

Indicateur	Coefficient standardisé de la fonction discriminante	Valeur du lambda de Wilks	Valeur du rapport F
Hospitalisé par décision du Tribunal de la Jeunesse	-0,48877	0,93382	8,86**
Hospitalisé par ordonnance de la Commission d'examen	-0,46192	0,94047	7,91**
Âge actuel	0,40282	0,95408	6,02*

• p < 0,05 ** p < 0,01

La fonction discriminante calculée s'avère statistiquement significative ($\chi^2=30,784$; $dl=13$; $p < 0,0036$) et repose sur trois indicateurs résumant les principales différences entre les sous-groupes étudiés. Les 63 participants qui ont un résultat supérieur à la médiane au CSQ-8 se démarquent des autres par leur âge plus avancé (en moyenne 39 ans Vs 34 ans). En contraste, le sous-groupe dont les résultats se situent sous la médiane tend à être composé d'individus ayant pour statut légal une ordonnance de la Commission d'examen (1,6 fois plus) ou faisant l'objet d'une décision du Tribunal de la jeunesse : tous les adolescents se retrouvent dans ce second groupe.

En se basant uniquement sur l'âge du répondant et son statut légal, il devient possible de prédire si le résultat au CSQ-8 sera supérieur ou inférieur à la valeur médiane. La justesse de la prédiction ainsi réalisée est de 73%, ce qui constitue une nette amélioration sur le strict hasard.

À l'externe

CSQ-8

Le tableau suivant (tableau 3) situe l'opinion de chacun des répondants en rapport aux différentes questions du CSQ-8.

Le premier constat qui s'impose est à l'effet qu'une très grande majorité de participants (90,5% en moyenne) se situent au niveau du pôle de la satisfaction eu égard aux diverses questions soulevées.

En ordre décroissant et en considérant la valeur la plus élevée de chacune des colonnes, 70,9% des répondants se prononcent comme étant très satisfaits de ce que les services reçus les aident, 55,7% s'avèrent assez satisfaits de recevoir les services qu'ils désirent, 54,7% reviendraient définitivement au CPLM ou à la post-cure s'ils avaient encore besoin d'aide, 53% recommanderaient définitivement les services externes à un ami ayant besoin du même type d'aide, 48,7% trouvent que la qualité des services est excellente et que la plupart de leurs besoins sont satisfaits. Généralement et globalement, 47,9% des

participants sont très satisfaits des services qu'ils reçoivent et finalement, 45,3% sont très satisfaits de la qualité d'aide reçue.

Tableau 3 : Réponses données au CSQ-8 (N=136)

Questions	Réponses			
	Très insatisfait	Peu satisfait	Assez satisfait	Très satisfait
Que pensez-vous de la qualité des services que vous recevez au CPLM ou à la Post-cure?	1,7%	6,8%	42,6%	48,7%
Recevez-vous le genre de services que vous désirez?	2,6%	7,8%	55,7%	33,3%
Jusqu'à quel point le CPLM ou la Post-cure répond-il à vos besoins?	2,6%	12,8%	48,7%	35,9%
Si un ou une ami(e) avait besoin du même type d'aide, recommanderiez-vous le CPLM ou la Post-cure?	2,6%	6,0%	38,5%	53%
Quel est votre degré de satisfaction par rapport à la qualité d'aide?	2,6%	7,7%	44,4%	45,3%
Est-ce que les services que vous recevez vous aident?	0,9%	5,1%	23,1%	70,9%
De façon générale et globale : quel est votre degré de satisfaction?	1,7%	5,1%	45,3%	47,9%
Si vous aviez encore besoin d'aide, vous reviendriez au CPLM ou à la Post-cure?	6,0%	3,4%	35,9%	54,7%
Moyenne	2,6%	6,8%	41,8%	48,7%

Les variables âge, éducation, durée de traitement, diagnostic et statut légal ont été soumises à une analyse de variance et à un test de Kruskal-Wallis. Aucune différence significative a été relevée en ce qui a trait au score total du CSQ-8. Les données furent ensuite soumises à une analyse discriminante, sans aucun résultat significatif.

Tableau 4 : Résultats au CSQ-8 pour l'ensemble des sujets et selon le diagnostic et le statut légal

Population	Moyenne	e.t.	Nombre de sujets
Échantillon complet	26,95	4,21	115 ¹
Psychose (schizo.)	26,08	4,63	47
Tr. de l'humeur	27,22	6,85	9

Tr. de la personnalité	26,71	2,05	7
Tr. de la conduite	30,00		1
Troubles délirants	25,50	5,68	4
Autres	27,86	3,12	44
O.C.E.	26,07	5,39	27
Sentence	28,11	2,80	9
Volontaire	27,04	4,14	41
Trib. de la jeunesse	28,12	2,50	16
Prévenus, inaptes	31,00		1
Probation	25,93	4,47	16
Autres	27,00		1

¹ sur les 117 sujets de notre échantillon, deux n'ont pas répondu à toutes les questions. Leurs scores n'ont pas été retenus dans le calcul.

QOSE

Les résultats au QOSE pour l'ensemble des participants sont présentés au tableau 5. Tel qu'indiqué précédemment, il est à noter que les items sont cotés de 1 à 4, où 1 représente le pôle d'insatisfaction et 4 le pôle de satisfaction.

Tableau 5: Résultats au QOSE pour chacun des items de l'instrument

Item	Moyenne	e.t.	Nombre de sujets
Attente pour la première rencontre	3,20	0,8	114
Emplacement du CPLM ou de la Post-cure	2,75	1,05	116
Explications sur les services	2,81	0,9	116
Confidentialité des renseignements	3,41	0,81	116
Ambiance au CPLM ou à la Post-cure	3,30	0,78	116
Comportement des autres patients	3,09	0,88	116
Application du règlement sur la cigarette	2,97	1,18	115
Aménagement de la salle d'attente et des bureaux	3,29	0,75	116
Entretien des locaux	3,72	0,50	116
Réception des secrétaires	3,70	0,51	116

Réponse en cas d'urgence	3,31	0,82	85
Heures des rendez-vous	3,18	0,86	116
Respect des rendez-vous	3,38	0,69	116
Mode d'évaluation clinique	3,32	0,80	114
Temps avec le thérapeute	3,28	0,74	116
Difficulté à rencontrer le thérapeute	3,27	0,79	96
Nombre de rencontres avec le thérapeute	3,45	0,68	116
Compréhension du thérapeute	3,38	0,78	116
Alliance avec le thérapeute	3,28	0,71	116
Résultats et traitement	3,25	0,79	116
Intérêt du thérapeute	3,41	0,66	116
Facilité à comprendre du thérapeute	3,10	0,76	116
Respect du thérapeute	3,58	0,67	116
Accord avec les buts de la thérapie	2,77	0,78	115
Désaccord sur les aspects importants de la thérapie	3,22	0,79	116
Façon de comprendre du thérapeute	3,35	0,71	116
Attitude du thérapeute	3,36	0,66	115
Difficulté de compréhension du thérapeute	3,14	0,88	116
Changement du thérapeute	3,71	0,54	116
Traitement et attentes	3,27	0,81	116
Explications sur la thérapie	3,23	0,80	115
Explications sur la façon de prendre les médicaments	3,58	0,64	77
Informations sur effets des médicaments	3,23	0,85	78
Explications sur maladie/difficultés	3,23	0,80	116
Information sur progrès	2,63	1,11	116
Satisfaction face au ARH consulté	3,51	0,67	63
Satisfaction face à l'agent de probation consulté	3,46	0,78	13
Satisfaction face au criminologue consulté	3,41	0,74	34
Satisfaction face à l'infirmière consultée	3,75	0,50	65

Satisfaction face au psychiatre consulté	3,46	0,77	110
Satisfaction face au psychologue consulté	3,56	0,64	52

Seulement cinq items ont une moyenne inférieure à 3,0 soit: l'emplacement du CPLM ou de la Post-cure (2,75), les explication sur les services (2,81), l'application sur le règlement sur la cigarette (2,97), l'accord avec les buts de la thérapie (2,77) et l'information sur les progrès (2,63). Cependant, il est à noter que, même si ces items ont un score inférieur, les résultats indique néanmoins un bon degré de satisfaction.

Nous avons examiné s'il y avait des différences significatives dans les réponses aux items du CSQ-8 et du QOSE, en fonction du programme, du diagnostic principal et du statut légal. Pour ce faire, les variables ont été soumises à un test de Kruskal-Wallis. Le test de Kruskal-Wallis est un test non-paramétrique utilisé pour comparer trois échantillons ou plus. Ce test est employé pour tester l'hypothèse nulle que toutes les populations ont une distribution identique contre l'hypothèse alternative qu'au moins deux des échantillons diffèrent seulement en fonction de la médiane. Les tests non-paramétriques sont utilisés quand la distribution des résultats diffère d'une distribution dite normale ou quand la variance n'est pas homogène (Pagano, 1994). Le tableau 6 présente les résultats de cette analyse pour les items où il y avait une différence significative.

Tableau 6: Différences aux items selon le programme, le diagnostic et le statut légal

items	Programme	Diagnostic ¹	Statut légal ²
Les services vous aident-ils à mieux affronter vos difficultés?	,037	,011	
Comportement des autres patients	,0001	,032	,0001
Application du règlement sur les cigarettes			,006
Heures des rendez-vous			,035
Temps avec le thérapeute		,012	
Intérêt du thérapeute		,042	
Satisfaction face à l'infirmière consultée			,036
Satisfaction face au psychiatre consulté			,038

1. La catégorie troubles de la conduite/adaptation n'est pas comprise dans l'analyse parce qu'elle comprenait qu'un seul sujet.

2. La catégorie prévenu-inapte n'est pas comprise dans l'analyse parce qu'elle comprenait qu'un seul sujet.

Afin de déterminer, à l'intérieur des regroupements où il y a des différences significatives, entre quels sous-groupes se situent ces différences, les catégories ont été soumises à un test de Mann-Whitney. Le test de Mann-Whitney est aussi un test non-paramétrique, utilisé pour comparer deux échantillons indépendants (Pagano, 1994).

Les services vous aident-ils à mieux affronter vos difficultés?

Pour la question "Les services vous aident-ils à mieux affronter vos difficultés?", les patients du programme Adolescent sont significativement plus satisfaits que ceux du programme Psychiatrie adulte ($p < 0,009$) et les patients ayant un diagnostic autres sont significativement plus satisfaits que ceux ayant un diagnostic de psychose ($p < 0,001$).

Dans la salle d'attente, arrive-t-il que le comportement de certains patients vous dérange?

En ce qui a trait à la question "Dans la salle d'attente, arrive-t-il que le comportement de certains patients vous dérange", les patients du programme Adolescents sont significativement plus souvent dérangés que les patients du programme Délinquants sexuels ($p < 0,044$), que ceux du Programme Post-cure ($p < 0,0001$) et que ceux du programme Psychiatrie adulte ($p < 0,021$). Les patients du programme Post-cure sont significativement moins dérangés que ceux du programme Délinquants sexuels ($p < 0,0001$) et que ceux du programme Psychiatrie adulte ($p < 0,011$).

Dans le regroupement Diagnostic, les patients avec un diagnostic de psychose sont significativement moins dérangés que ceux ayant un diagnostic autre ($p < 0,027$) et les patients avec un diagnostic de trouble délirant sont significativement moins dérangés que ceux avec un diagnostic de troubles de la personnalité ($p < 0,037$).

Enfin, dans le regroupement "Statut légal", les patients sous ordonnance de la Commission d'examen sont significativement moins dérangés par les autres patients que ceux sentencés ($p < 0,006$), ceux volontaires ($p < 0,004$) et ceux sous une décision du Tribunal de la jeunesse ($p < 0,0001$). En outre, les patients sous décision du Tribunal de la jeunesse sont significativement plus dérangés par le comportement des autres que les volontaires ($p < 0,046$) et les patients sous probation ($p < 0,008$).

Êtes-vous insatisfait(e) de la façon dont le règlement sur la cigarette est appliqué au CPLM ou à la Post-cure?

Quant à la question sur l'application du règlement sur les cigarettes, les résultats indiquent que les patients sous Ordonnance de la Commission d'examen sont significativement moins satisfaits que les patients ayant reçu une sentence

($p < 0,020$), que les volontaires ($p < 0,003$) et que les patients sous probation ($p < 0,001$).

Vos rendez-vous sont-ils à des heures qui ne vous conviennent pas?

En ce qui a trait à la question “Vos rendez-vous sont-ils à des heures qui ne vous conviennent pas?”, les patients volontaires sont significativement plus satisfaits que ceux référés par le tribunal de la jeunesse ($p < 0,034$) et ceux référés par la Probation ($p < 0,013$).

Pouvez-vous passer assez de temps avec votre thérapeute?

À la question “Pouvez-vous passer assez de temps avec votre thérapeute?”, les participants ayant un trouble de la personnalité sont significativement moins satisfaits que ceux ayant un trouble délirant ($p < 0,028$) et ceux ayant un trouble de l’humeur ($p < 0,042$); les participants ayant un diagnostic autre sont significativement moins satisfaits que ceux ayant un trouble délirant ($p < 0,042$) et ceux ayant un trouble de l’humeur ($p < 0,025$).

Êtes-vous satisfait(e) de l’intérêt que porte votre thérapeute aux choses que vous vivez?

À la question “Êtes-vous satisfait(e) de l’intérêt que porte votre thérapeute aux choses que vous vivez?”, les répondants ayant un trouble de l’humeur sont significativement plus satisfaits que ceux ayant un diagnostic de psychose ($p < 0,014$), ceux ayant un trouble délirant ($p < 0,003$) et ceux ayant un trouble de la personnalité ($p < 0,030$).

Quelle est votre satisfaction face à l’infirmière consultée? Quelle est votre satisfaction face au psychiatre consulté(e)?

Enfin les participants volontaires sont significativement plus satisfaits que ceux sous probation quant à leurs rencontres avec leur infirmière ($p < 0,009$) et leur psychiatre ($p < 0,003$).

DISCUSSION

Pour les patients hospitalisés

Tout comme dans la plupart des études sur la satisfaction de la clientèle psychiatrique à l’égard des soins et services qu’ils reçoivent, les sujets de cette étude ont un taux de satisfaction assez élevé. Il appert cependant que notre échantillon est significativement moins satisfait que la population normative de l’échelle. Il est important de noter que les quatre items obtenant les plus hauts taux de satisfaction sont, en ordre décroissant, celui sur l’efficacité thérapeutique des services (79%), celui sur les attentes face au genre de services (74%), celui

sur la satisfaction à l'égard de l'ensemble des services (72%) et enfin, celui sur la qualité des services (70%). Les quatre items obtenant les plus faibles taux sont, en ordre décroissant, celui relié la qualité d'aide (69%), celui relié à une recommandation éventuelle de l'Institut à un proche (64%), celui relié aux besoins des patients (63%) et enfin celui relié à une réhospitalisation future en cas de besoin (56%). Même si les sujets constatent l'effet thérapeutique des services de l'Institut, qu'ils en sont satisfaits, que ces services répondent à leurs attentes et sont de bonne qualité, ils ne veulent pas être réhospitalisés à l'Institut. D'autres facteurs que le succès thérapeutique, le type de services et la qualité des services influencent la satisfaction.

Notre échantillon de répondants se distingue aussi des non-répondants à cette étude. Les répondants sont plus jeune et plus scolarisés. On retrouve dans ce groupe plus de gens porteurs d'un diagnostic de troubles de l'humeur et plus de sentencés. Les non-répondants sont, eux, plus âgés et moins scolarisés, plus souvent porteurs d'un diagnostic de psychose (schizophrénie) et moins souvent sentencés. Il est important de tenir compte de ces différences dans l'interprétation. En effet, Kalman (1983) soutient que les non-répondants refusent de collaborer aux enquêtes de satisfaction parce qu'ils sont insatisfaits. Leurs caractéristiques distinctives aident à identifier des variables reliées à la satisfaction. Néanmoins, il serait sûrement intéressant d'obtenir l'opinion de ces usagers à l'endroit des services qu'ils ont reçus; en ce sens, les 31 personnes ayant refusé pourraient être relancées après l'obtention de leur congé médical.

Notre étude confirme les résultats de Jansen et Aldrich (1973) et de Kelstrup et al. (1993) à l'effet que l'âge des individus influence le taux de satisfaction. Plus les patients sont âgés, plus le taux de satisfaction est élevé. Deux statuts légaux sont reliés à un faible taux de satisfaction : l'ordonnance de la Commission d'examen et une décision du Tribunal de la jeunesse. Dans ce dernier cas, il est important de tenir compte, en plus du statut légal, de l'âge des sujets, les plus jeunes de l'Institut. Ni les autres statuts légaux, ni les catégories diagnostiques, ni l'éducation, ni la durée d'hospitalisation ont d'effet, négatif ou positif, sur la satisfaction des sujets.

La contrainte réelle, telle que mesurée par le statut légal, n'affecte pas le taux de satisfaction. Si tel était le cas, les volontaires se seraient distingués des autres groupes contraints, par la loi, à l'hospitalisation ou à l'internement (les sentencés et les prévenus). Une autre variable pourrait sensiblement affecter la satisfaction des patients : la coercition perçue. Monahan et al. (1995) la définit comme la croyance qu'a le patient qu'il n'est pas libre de refuser son admission dans un hôpital psychiatrique. Le concept de coercition perçue est plus valide que le statut légal puisqu'il tient compte de l'expérience subjective du patient, la distinction volontaire-involontaire s'avérant le résultat de la superposition de plusieurs effets (Monahan et al., 1995). Par exemple, bien qu'une personne soit contrainte par la loi à l'internement (sentence), elle peut accepter volontairement son hospitalisation. Pour cette personne, il n'y a pas de coercition perçue. Une

autre personne peut avoir été admise sur une base volontaire mais s'être sentie contrainte à l'hospitalisation, parce qu'elle craignait de perdre sa place dans un foyer. Pour cette dernière personne, il y a coercition perçue.

Svensson et Hansson (1994) ont utilisé la coercition perçue comme variable. Ils ont trouvé que les patients qui percevaient avoir été contraints à l'hospitalisation exprimaient significativement moins de satisfaction à l'égard des soins et ce, dans tous les domaines mesurés. En outre, les patients qui se croyaient contraints s'amélioraient significativement moins durant le traitement. Ils ont aussi étudié l'interaction entre les traits de personnalité, le diagnostic et la coercition perçue à l'égard de la satisfaction. Leurs résultats indiquent que les patients qui se caractérisaient par un haut niveau de non-conformisme agressif et qui, en plus, percevaient leur hospitalisation comme obligatoire, présentaient un taux significativement moins élevé de satisfaction à l'égard du programme de traitement.

Pour les patients des Services Externes

Les patients des services externes démontrent un taux de satisfaction très élevé à l'égard des soins et services qu'ils reçoivent. En moyenne, 90,5% des participants se situent au niveau du pôle de la satisfaction au CSQ-8. Aucune différence significative a été relevée entre les différents regroupements au score global.

Au QOSE, seulement cinq items sont sous la barre de 3, soit l'emplacement du CPLM ou de la Post-cure, les explications sur les services, l'application du règlement sur la cigarette, l'accord avec les buts de la thérapie et l'information sur le progrès. Il serait possible d'améliorer le taux de satisfaction à trois de ces items en fournissant plus d'explications sur les services, en s'assurant qu'il y a un accord patient-thérapeute sur les buts de la thérapie et en donnant une information plus fréquente sur le progrès. En ce qui a trait à l'emplacement du CPLM ou de la Post-cure, les données recueillies ne nous permettent pas d'identifier les motifs d'insatisfaction (distance, endroit, etc.). Il est à noter qu'il n'y a pas de différences sur le taux de satisfaction entre les deux points de service. Finalement, les résultats à l'item sur l'application du règlement sur la cigarette sont difficilement interprétables puisque nous ne savons pas si les patients moins satisfaits sont fumeurs ou non.

Des différences significatives entre les regroupements ont été notées sur huit items du CSQ-8 ou du QOSE. Contrairement aux conclusions de Jansen et Aldrich(1973), les patients du programme Adolescents sont significativement plus satisfaits que ceux du programme Psychiatrie adulte à l'item "Les services vous aident-ils à mieux affronter vos difficultés?". C'est cependant le groupe le plus dérangé par le comportement des autres patients dans la salle d'attente.

Les résultats provenant de la comparaison des regroupements diagnostiques confirment les conclusions de divers auteurs, à savoir qu'un diagnostic de psychose, de trouble délirant et de trouble de la personnalité influencent négativement la satisfaction alors qu'un diagnostic de troubles de l'humeur influence positivement la satisfaction (Getz, Fujita et Allen, 1975; Kelstrup et al., 1993, Perreault et al. 1996; Svensson et Hansson, 1994).

Enfin, en ce qui concerne les regroupements en fonction du statut légal, les patients sous OCE sont les moins dérangés par le comportement des autres patients dans la salle d'attente mais les plus insatisfaits quant à l'application du règlement sur la cigarette. Quant aux patients sous Probation, ils sont les moins satisfaits à l'égard des heures des rendez-vous, de l'infirmière et du psychiatre consultés. Mavis et Stöffelmeyer (1994) soulignent d'ailleurs que ces clients résistent à l'idée qu'ils ont besoin d'un traitement et le perçoivent comme un embêtement. Ceci pourrait expliquer les plus faibles taux de satisfaction des patients sous Probation aux trois items mentionnés.

CONCLUSION

Les résultats de l'étude à l'interne nous laissent croire que plusieurs facteurs non identifiés influencent la satisfaction, entre autres la coercition perçue. Dans une étude ultérieure, il serait important de tenir compte de cette dernière variable. Gardner et al. (1993) ont développé une échelle à cinq items permettant de mesurer cette variable. Il serait donc pertinent d'intégrer cette échelle dans l'évaluation de la satisfaction des patients afin d'en mesurer l'impact. L'aversion du patient face à la contrainte, l'insatisfaction face au traitement qui en résulte et les conséquences potentielles de ces perceptions (diminution de l'adhésion au traitement) sont les coûts d'une hospitalisation contrainte (Gardner et al., 1993).

Afin d'améliorer le taux de satisfaction de la clientèle des services externes, il serait important de fournir plus d'explications sur les services, de s'assurer d'un accord patient-thérapeute quant aux buts de la thérapie et de donner plus d'informations sur les progrès. Lors d'une prochaine étude, il serait important de vérifier les motifs sous-jacents à l'insatisfaction à l'égard de l'emplacement du CPLM et de la Post-cure et à l'égard de l'application du règlement sur la cigarette.

Finalement, il serait aussi intéressant de comparer les résultats au CSQ-8 des patients suivis en externe à ceux hospitalisés. Nous pourrions ainsi mesurer l'impact des modalités de traitement sur la satisfaction.

BIBLIOGRAPHIE

- Ankula, G.Y., Abeles, N. (1993). Client satisfaction, clinical significance and meaningful change in psychotherapy. Professional Psychology: Research and Practice, 24, 70-74
- Attikson, C.C., Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire : psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Evaluation and Program Planning, 5, 233-237.
- Berg, I.A. (1967). Response set in personality assessment. Chicago : Aldini.
- Berger, M. (1983). Toward maximizing the utility of consumer satisfaction as an outcome in : M.J. Lambert, E.R. Christensen; SS DeJulio (Eds). The assessment of psychotherapy outcome. New-York : Wiley.
- Betz, N.E. (1987). Use of discriminant analysis in counseling psychology research. Journal of Counseling Psychology, 34, 393-403.
- Ciarlo, J.A., Reihman, J. (1977). The Denver community mental health questionnaire : development of a multidimensional program evaluation instrument in R.D. Coursey, G.A. Specter, S.A. Murrell, B. Hund (Eds) Program evaluation for mental health : methods strategies and participants. New-York : Grune : Stratton.
- Cleary, P.D., McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of care. Inquiry, 25, 25-36.
- Corrigan, P.W. (1990). Consumer satisfaction with institutional and community care. Community Mental Health Journal, 26, 151-165.
- Couch, A., Keniston, K. (1960). Yessayers and naysayers : agreeing response set as a personality variable. Journal of Abnormal and Social Psychology, 60, 151-174.
- Delgado, A., Lopez-Fernandez, L.A., de Dios Luna, J. (1993). Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. Medical Care, 31, 795-800.
- Elbeck, M., Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. Hospital and Community Psychiatry, 41, 998-1001.

- El-Guebaly, N., Toews, J., Leckie, A., Harper, D. (1983). On evaluating patient satisfaction : methodological issues. Canadian Journal of Psychiatry, 28, 24-29.
- Gardner, W., Hoge, S.K., Bennett, N., Roth, L.H., Lidz, C.W., Monahan, J., Mulvey, E.P. (1993) Two scales for measuring patients perceptions for coercion during mental hospital admission. Behavioral sciences and the Law, 11, 307-321.
- Getz, W., Fujita, B., Allan, D. (1975). The use of paraprofessionals in crisis intervention. American Journal of Community Psychology, 3, 135-144.
- Glass, A.P. (1995). Identifying Issues Important to Patients on a Hospital Satisfaction Questionnaire. Psychiatric Services, 46, 83-85.
- Gordon, D., Alexander, D. A., Dietzan, J. (1979). The psychiatric patient : a voice to be heard. British Journal of Psychiatry, 135, 115-121.
- Gove, W.R., Fain, T. (1977) A comparaison of voluntary and committed psychiatric patients. Archives of General Psychiatry, 34, 669-676.
- Gravel, G.B., Boyer, R., Lamontagne, Y. (1984). Attitude des malades chroniques envers l'hôpital psychiatrique. L'Encéphale, 10, 39-44.
- Hansson, L. Berglund, M., Liljencrantz, C., Andersson, G., Ohman, R. (1985). Patients attitudes in short-term psychiatric care : Relations to social and psychiatric background, clinical symptoms, and treatment model. Acta Psychiatrica Scandinavica, 72, 193-201.
- Hart, W.T., Bassett, L. (1975). Measuring consumer satisfaction in Mental Health Center. Hospital and Community Psychiatry, 26, 512-515.
- Jansen, D.G., Aldrich, M.W. (1973). State hospital psychiatric patients evaluate their treatment teams. Hospital and Community Psychiatry, 11, 768-770.
- Kalman, T.P. (1983). An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment. Hospital and Community Psychiatry, 34, 48-54.
- Kazdin, A.E., Wilson, G.T. (1978). Criteria for evaluating psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 35, 407-416.
- Kelstrup, A., Lund, K., Lauritsen, B., Bech, P. (1993). Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients : relationship to diagnosis and medical treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, 374-379.

- Kerlinger, F.N. (1973). Foundations of behavioral research. New-York : Holt, Rinehart, Winston.
- Korsch, B.M., Negrete, V.F. (1972). Doctor-patient communications. Scientific American, 226, août 1972, p. 69.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client / patient satisfaction : development of a general scale. Evaluation and Program Planning, 2, 197-207.
- Lebow, J. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. Psychological Bulletin, 91, 244-259.
- Leichner, P., Perreault, M. (1990). Développement et validation d'une échelle multidisciplinaire de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie. Rapport final. Centre de Psychiatrie communautaire. Centre hospitalier Douglas.
- Mavis, B.E., Stöffelmeyer, B.E. (1994). Program factors influencing client satisfaction in alcohol treatment. Journal of substance abuse, 6, 345-354.
- McConaghy, N. (1969). A controlled trial of imipramine, amphetamine, pad-and-bell conditioning, and random awakening in the treatment of nocturnal enuresis. Medical Journal of Australia, 2, 237-239.
- Monahan, J., Hage, S.K., Lidz, C., Roth, L.H., Bennett, N., Gardner, W., Mulvey, E. (1995). Coercion and commitment : understanding involuntary mental hospital admission. International Journal of Law and Psychiatry, 8, 249, 263.
- Morse, G.A., Calsyn, R.J., Allen, G., Kenny, D.A. (1994). Helping homeless mentally ill people: what variables mediate and moderate program effects? American Journal of Community Psychology, 22, 661-683.
- Nguyen, T.D., Attkisson, C.C., Stegner, B.L. (1983). Assessment of patient satisfaction : development and refinement of a service evaluation questionnaire. Evaluation and Program Planning, 6, 299-314.
- Pagano, R.R.(1994). Understanding statistics in the behavioral sciences. 4ième édition. St-Paul, MN.: West Publishing Company..
- Pekarik, G., Wolfff, C.B. (1996). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. Professional Psychology: Research and Practice, 27, 202-208.

- Perreault, M., Leichner, P. (1990). Développement et validation d'une échelle multidimensionnelle de satisfaction des patients de services ambulatoires en psychiatrie. Rapport final 881315. Montréal: Fonds de la Recherche en Santé du Québec.
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., Gendreau, P. (1993). Patient satisfaction with outpatient psychiatric services. Evaluation and Program Planning, 16, 109-118.
- Perreault, M., Leichner, P., Sabourin, S., Gendreau, P. (1992), Caractéristiques psychométriques de la version canadienne-française d'une échelle de satisfaction pour patients hospitalisés en psychiatrie. Revue canadienne de psychiatrie, 37, 221-227.
- Perreault, M., Rogers, W.L., Leichner, P., Sabourin, S. (1996). Patients' request and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting. Psychiatric Services, 44, 287-292.
- Polowiczzyk, D., Brutus, M., Orvieto, A.A., Vidal, J., Cipriani, D. (1993). Comparison of patient and staff surveys of consumer satisfaction. Hospital and Community Psychiatry, 44, 589-591.
- Richman, J., Charles, E. (1976). Patients' dissatisfaction and attempted suicide. Community Mental Health Journal, 12, 301-305.
- Shannon, P. J. (1976). Coercion and compulsory hospitalization : some patients' attitudes. Medical Journal of Australia, 2, 798-800.
- Shapiro, J.P., Welker, C.J., Jacobson, B.J. (1997). The youth satisfaction questionnaire: Development, construct validation and factor structure. Journal of Child Clinical Psychology, 26, 87-98.
- Sorensen, J., Kantor, L., Margolis, R. Galano, J. (1979). The extent nature and utility of evaluating consumer satisfaction in community mental health centers. American Journal of Community Psychology, 7, 320-337.
- Svensson, B., Hansson, L. (1994). Patient satisfaction with inpatient psychiatric care : the influence of personality traits, diagnosis and perceived coercion. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90, 379-384.
- Urquhart, B., Bulow, B., Sweeney, J., Shear, M.K., Frances, A. (1986). Increased specificity in measuring satisfaction. Psychiatric Quarterly, 58, 128-133.
- Vandiver, V.L., Jordan, C., Keopraseuth, K.-o., Yu, M. (1995). Family empowerment and service satisfaction: an exploratory study of Laotian

families who care for a family member with mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal, 19, 47-54.

Vuori, H. (1987). Patient satisfaction : an attribute or indicator of the quality of care. Quality Review Bulletin, 13, 106-108.

Weinstein, R. M. (1979). Patient attitudes toward mental hospitalization : a review of quantitative research. Journal of Health and Social Behavior, 20, 237-258.

Woodward, C., Santa-Barbara, J., Levin, S., Epstein, N. (1978). Aspects of consumer satisfaction with brief family therapy. Family Process, 17, 399-407.