

a) Comparons les épisodes observés chez les psychotiques (I) et chez les patients présentant des symptômes (III); on obtient une répartition presque identique des épisodes entre les 6 catégories, ou encore l'"indépendance" entre groupes diagnostiques et catégories de prise en charge lorsqu'on se borne aux deux groupes mentionnés ($\chi^2 = 1.06$ pour 5 degrés de liberté).

Le type 2 (peu d'événements, assez proches et répartis régulièrement) est le plus fréquent : environ 30% des prises en charge. Les types 2, 5 et 6 réunissent environ 70% des prises en charge; ce sont les types les moins "extrêmes", si on les compare aux types 1, 3 (beaucoup d'événements) et 4 (peu d'investissement du médecin ou du patient).

b) En ce qui concerne les névroses (IIA et B), la répartition est différente; par exemple, les groupes IIA et III donnent un χ^2 de 8.23 pour 5 degrés de liberté. Il apparaît un changement lorsque le médecin décide (alors qu'il peut l'éviter par le biais du groupe III) de poser le diagnostic de névrose; le type 1 (beaucoup d'événements proches) est alors aussi fréquent que le type 2; que ce soit le groupe IIA ou la totalité des névroses, le type 1 recouvre 24% des prises en charge (contre moins de 12% dans les groupes I et III).

Conclusion

Le type 1 de prise en charge paraît accompagner plus fréquemment le diagnostic de névrose que les autres.

Poser le diagnostic de névrose amène à des situations plus extrêmes (du côté d'un investissement maximum, type 1 et 3, ou minimum, type 4) que se borner à mentionner des symptômes, ou que parler de psychose : dans ces deux derniers cas, la répartition des épisodes entre les différentes catégories est la même, et les types 2 et 6 prédominent.

Ouvrages cités

- (1) CAILLIEZ F. et PAGES, J.P.
Introduction à l'analyse des données,
Smash, Paris, 1976
- (2) GIEL R., G.H.M.N. ten HORN
The indistinctiveness of mental health services: a cohort study from the new Dutch pilot area
Seventh Meeting on Mental Health Services in Pilot Study Areas, Tampere, Finland, mai 1980
- (3) HANEY, C.A.,
Psychological Factors Involved in Medical Decision Making, in COOMBS R.H. & VINCENT C.E.: Psychological Aspects of Medical Training, Ch.C. Thomas, Springfield, 1971
- (4) TRICOT C. & RAFFESTIN C.,
Elaboration et construction d'un nouvel indice de concentration, L'Espace géographique 1, (No 4): 303-310, 1974

Résumé

Il s'agit de mettre en rapport le rythme des consultations et le diagnostic des patients psychiatriques ambulatoires (out-patients). Différents types d'évolution des soins au cours du temps sont définis, et n'apparaissent pas avec les mêmes fréquences selon le diagnostic.

Zusammenfassung

Diagnose und Behandlungsverlauf der ambulatorischen Psychiatrie
Es handelt sich darum, das Konsultationsrythmos und der Diagnose von den psychiatrischen ambulären Kranken in Anklang zu bringen. Verschiedene allmählichen Entwicklungstypen von den Pflegen werden festgestellt; sie treten nicht mit den gleichen Frequenzen vor, je nach Diagnose.

Summary

Diagnosis and pattern of care in ambulatory psychiatry
Our purpose is to connect rhythm of consultations and diagnosis of psychiatric out-patients. Different pattern of care during the time are defined and depending on diagnosis do not occur with the same frequencies.

Correspondance

L. TRICOT,
Centre psycho-social universitaire
Unité d'investigation clinique
6, rue du XXXI-Décembre
CH - 1207 Genève

Erratum

In Heft Nr. 3 vom Juli 1981 haben sich im Artikel «Hörschäden durch Impulslärm» von B. W. Hohmann auf Seite 165 unter «2.2 Verhalten im Zeitbereich» zwei kleine, aber schwerwiegende Fehler eingeschlichen.

Richtig muss es heissen:

«Messungen haben ergeben, dass auch bei ideal steilem Schalldruckanstieg im freien Schallfeld (zum Beispiel Anstiegszeit eines Waffenknalls von 0,1 Mikrosekunden [14]) am Trommelfell nicht mit Anstiegszeiten unter 25 Mikrosekunden zu rechnen ist [5].

Wir bitten Sie um Entschuldigung.

Vogt-Schild AG