

Université de Montréal

Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental : développement d'un
modèle et d'un instrument de mesure

par Amélie Felx

Programme des Sciences biomédicales

Département de psychiatrie

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Doctorat (Ph.D.) en Sciences Biomédicales
option Sciences psychiatriques

Août 2013

© Amélie Felx, 2013

Université de Montréal Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental : développement d'un
modèle et d'un instrument de mesure

présentée par :

Amélie Felx

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Roger Godbout, président-rapporteur

Alain D. Lesage, directeur de recherche

Marc Corbière, codirecteur de recherche

François Champagne, membre du jury

Giovanni De Girolamo, examinateur externe

Thèse acceptée le :

11 mars 2014

RÉSUMÉ FRANÇAIS

Ce projet de recherche revisite la conceptualisation du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Les objectifs visent : (1) à identifier les attributs, dimensions et domaines ; (2) à développer un nouveau modèle ; (3) à concevoir un instrument de mesure pour décrire l'éventail des ressources résidentielles en santé mentale.

Méthodologie

Phase 1: Le devis de recherche s'articule autour de la cartographie de concepts, caractérisée par une méthodologie mixte. L'échantillonnage, par choix raisonné, a permis de recueillir une pluralité de perceptions et d'expériences (p.ex. personnes utilisatrices de services, proches, responsables de ressources résidentielles, gestionnaires). Les participants proviennent de cinq régions du Québec (nombre total de participations = 722). Au cours des six étapes de la cartographie de concepts, les participants ont généré des attributs décrivant le logement (n = 221), leur ont accordé une cote numérique (n = 416) et les ont regroupés en catégories (n = 73). Douze participants ont interprété des cartes conceptuelles produites par des analyses multivariées, soit l'échelonnage multidimensionnel (MDS) et la typologie hiérarchique. Des analyses par composantes principales (PCAs) ont été utilisées pour raffiner la conceptualisation (n = 228). **Phase II:** L'instrument a été développé, utilisé et ajusté à la suite de deux groupes de discussions (n = 23) et d'une étude transversale auprès de ressources résidentielles (n = 258). La passation se fait via une entrevue téléphonique semi-structurée enregistrée, d'une durée moyenne de 130 minutes.

Résultats

Les participants ont généré 1382 idées (99.5% de saturation). Les cartes conceptuelles issues de la cartographie de concepts comprennent 140 idées (attributs du logement), 12 dimensions et cinq domaines (indice de stress MDS = 0.2302, 10 itérations). Les analyses PCAs ont permis de retenir quatre domaines, 11 composantes ($\alpha = 0.600$ à 0.933) et 81 attributs. Les domaines sont : (1) *environnement géophysique*; (2) *atmosphère et fonctionnement du milieu*; (3) *soutien et interventions offerts*; (4) *pratiques organisationnelles et managériales*. L'instrument développé comprend quatre domaines, 10 dimensions et 83 attributs. À cela s'ajoutent des variables descriptives. L'instrument résulte des Phases I et II de ce projet.

Conclusion

L'instrument a été développé en collaboration avec diverses parties prenantes, à partir de considérations ontologiques, réalistes, causales et statistiques. Il dresse le profil détaillé d'une ressource résidentielle sous ses différentes facettes et s'appuie sur la prémisse qu'il n'existe pas de milieu résidentiel idéal pour tous.

MOTS CLÉS

- Psychiatrie
- Santé mentale
- Logement
- Ressources résidentielles
- Environnement humain
- Intervention complexe
- Cartographie de concepts
- Approche participative
- Instrument de mesure
- Conceptualisation

RÉSUMÉ ANGLAIS

It is still a challenge to systematically describe housing for adults with severe mental illness and identify attributes that differentiate between facilities. While revisiting housing conceptualization, this research project objective is threefold: (1) identify common and commensurate housing attributes, dimensions and domains; (2) generate a new housing model; (3) develop an environmental instrument to describe housing ranging from 24-hour staffed congregate settings to apartment with no onsite support.

Methods

Phase 1: A mixed-methods participatory approach as well as a purposeful sampling strategy designed to gather a mixture of relevant viewpoints were used. Participants were from five regions of Quebec and included multiple stakeholders (e.g. consumers, family members, operators of facilities, managers). As part of a six-step group concept mapping process, participants brainstormed (n = 221), rated (n = 416) and sorted (n = 73) into categories housing attributes. Participants (n = 12) were also involved in the interpretation of the conceptual maps produced using two-dimensional multidimensional scaling (MDS) and hierarchical cluster analysis (total incidents of participation = 722). These maps and the rating data obtained from a subgroup of participants (n = 228) were used to conduct principal components analyses (PCAs) to refine the conceptualization. **Phase II:** An instrument was designed, used and adjusted. The study design included two focus groups with experts (n = 23) as well as a cross sectional survey with 258 residential facilities. The instrument was administered using audio-taped semi-structured telephone interviews (130 minutes in average).

Results

Participants brainstormed 1382 statements (99.5% saturation). The conceptual maps (MDS stress value = 0.2302, 10 iterations) comprised 140 selected statements (housing attributes), 12 dimensions and five preliminary domains. Corroboration and refinement using PCAs retained four domains, 11 components ($\alpha = 0.600$ to 0.933) and 81 attributes. The domains are: (1) *geo-physical environment*; (2) *milieu atmosphere and functioning*; (3) *provision of services and support*; (4) *organizational and managerial practices*. Based on Phase I and II results, the environmental instrument comprises 4 domains, 10 dimensions and 83 attributes. It also includes descriptive variables.

Conclusion

The instrument was designed with stakeholders' inputs and based on conceptual, statistical and empirical considerations. It provides a multifaceted facility profile based on multiple levels attributes. It covers several elements of healthcare quality assessment starting from the assumption that there is no ideal setting for all.

MOTS CLÉS

- Psychiatry
- Mental illness
- Housing
- Community-based residential facilities
- Human environment
- Complex intervention
- Concept mapping
- Participatory approach
- Instrument
- Conceptualization

TABLE DES MATIÈRES

Identification du jury	iii
Résumé français	iv
Résumé anglais	vi
Table des matières	viii
Liste des figures	xii
Liste de tableaux	xiii
Liste des abréviations	xiv
Dédicace	xvi
Exergue	xvii
Remerciements et soutien financier	xviii

Chapitre 1 - Introduction

1.1. Problème de recherche	6
1.2. Objectifs du projet de recherche	7
1.3. Principaux utilisateurs	8
1.4. Survol de la thèse	9

Chapitre 2 – Recension des écrits

2.1. Couverture de la recension des écrits	14
2.2. Manuscrit 1	17
<i>De l'institution à l'appartement : l'éventail du logement pour les personnes avec un trouble mental</i>	
La variété des types de logement pour les personnes avec un trouble mental	20
Le Logement : trois grands modèles pour l'appréhender	24
Le logement pour les personnes avec un trouble mental au Québec	34
Logement et rétablissement : y a-t-il un futur pour les ressources actuelles	53

Chapitre 3 – Cadre conceptuel

3.1. Présentation du cadre conceptuel : un modèle préliminaire du logement et des ressources résidentielles en santé mentale	66
--	----

3.2. Définitions des principales variables à l'étude	68
3.3. Positionnement épistémologique	70
Chapitre 4 – Méthodologie	
4.1. Description générale du projet de recherche	75
4.1.1. Composition de l'équipe de recherche	76
4.2. Phase I du projet de recherche	77
4.2.1. Stratégie de recherche de la Phase I (planification opérationnelle)	77
4.2.1.1. Devis de recherche	77
4.2.1.2. Population cible : les différentes parties prenantes	78
4.2.1.3. Milieu et échantillonnage	80
4.2.2. Phase opérationnelle de l'étude	83
4.2.2.1. Manuscrit 2	84
<i>La cartographie de concepts : Une représentation visuelle et spatiale pour décrire les ressources résidentielles en santé mentale au Québec</i>	
Description générale de la cartographie de concepts	86
Évolution et utilisation de la cartographie de concepts	88
La cartographie de concepts : étape par étape	90
Exemple d'application : déroulement de la démarche	102
Cartes conceptuelles et autres résultats (étape 5)	107
Conseils pratiques et analyse critique de la cartographie de concepts	113
4.2.2.2. Analyses qualitatives et quantitatives des données	118
4.3. Phase II du projet de recherche	121
4.3.1. Stratégie de recherche de la Phase II (planification opérationnelle)	122
4.3.1.1. Groupes de discussion focalisée	122
4.3.1.2. Devis de recherche de l'étude de transversale	123
4.3.1.3. Population cible de l'étude transversale	123
4.3.1.4. Milieu et échantillonnage	124
4.3.2. Instrumentation	126
4.3.3. Phase opérationnelle de l'étude	126
4.3.3.1. Collecte de données et saisie du matériel	126
4.4. Considérations éthiques	126

4.4.1. Rémunération	127
Chapitre 5 - Résultats	
5.1. Caractéristiques clés des ressources résidentielles et du logement en santé mentale	130
5.1.1. Manuscrit 3	131
<i>Components of housing and community-based residential facilities for adults with mental illness : stakeholders' perceptions</i>	
5.2. Conceptualisation du logement et des ressources résidentielles	142
5.2.2. Manuscrit 4	142
<i>Using concept mapping to develop a conceptual model of housing and community-based residential settings for adults with severe mental illness</i>	
5.3. Raffinement et corroboration empirique de la conceptualisation	170
5.3.1. Manuscrit 5	170
<i>The measure of quality of care in community-based residential facilities for adults with severe mental illness : housing attributes, dimensions and domains</i>	
Chapitre 6 – Instrument de mesure développé	
6.1. Développement du CaSPER-SM	207
6.2. Passation du CaSPER-SM	210
6.3. Contenu du CaSPER-SM	211
Chapitre 7 – Discussion	
7.1. Retour sur l'analyse conceptuelle	226
7.1.1. De quoi parle-t-on ?	226
7.1.1.1. Le recensement des caractéristiques	229
7.1.1.2. L'analyse et la sélection des caractéristiques	229
7.1.1.3. La conceptualisation	231
7.1.1.4. L'opérationnalisation : construction de l'instrument de mesure	238
7.2. De quoi n'a-t-on pas parlé ?	239
7.3. Limites méthodologiques et qualité du projet de recherche	253
7.3.1. Validité interne ou crédibilité	254
7.3.2. Validité externe ou transférabilité	254
7.3.3. L'instrument de mesure et la conceptualisation	255

7.4. Implications cliniques, managerielles et scientifiques	256
---	-----

Chapitre 8 – Conclusion

Références	265
Annexes	
Annexe 1 Lettres d'information	xx
Exemple d'une lettre d'information (PI)	xxi
Lettre d'information (PII)	xxii
Annexe 2 Formulaires de consentement	xxiii
Exemple d'un formulaire de consentement (PI)	xxiv
Exemple d'un formulaire de consentement (PII)	xxxii
Annexe 3 Grille d'entrevue pour le groupe de discussions focalisées (PII)	xl
Annexe 4 Instruments de mesures (PII)	xlvii
CaSPER-SM	xlviii
MCAS	cxx
Annexe 5 Affiche pour les séances de groupe (PI)	cxxiv
Annexe 6 Organigramme ministériel	cxxvi

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Exemple 1. Une résidence au caractère dynamique...	25
Figure 2	Dépenses publiques en santé mentale au Québec par secteur d'activité	40
Figure 3	Dépenses publiques en santé mentale selon la typologie de l'ESMS	40
Figure 4	Exemple 2. Une résidence de groupe (RI) pour les personnes en perte	46
Figure 5	Exemple 3. Paul-Pau, un foyer de groupe pour les jeunes adultes	48
Figure 6	Exemple 4. PECH, un organisme communautaire québécois	50
Figure 7	Cadre conceptuel préliminaire	72
Figure 8	Six étapes de la cartographie de concepts	91
Figure 9	Exemple de regroupements d'idées et leurs transformations en matrices	98
Figure 10	Carte de la distribution géographique des idées (<i>Point Map</i>) (n =73)	108
Figure 11	Carte des regroupements d'idées (<i>Cluster Map</i>) (n = 73)	110
Figure 12	Carte des regroupements d'idées avec cote de l'importance moyenne selon les personnes utilisatrices de services (<i>Cluster Rating Map</i>)	111
Figure 13	Relation entre la présence et l'importance des idées du regroupement 8 (<i>Go-Zone</i>) (n =73)	112
Figure 14	Relations entre la présence et l'importance attribuées aux regroupements par les utilisateurs de services (<i>Pattern Matching</i>)	113
Figure 15	Synthèse de la démarche et du développement de l'instrument de mesure	128
Figure 16	Computer-generated two-dimensional cluster map of the attributes of community- based residential settings and housing	168
Figure 17	Final concept map resulting from group interpretation	169

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Éventail du logement pour les adultes avec un trouble mental	22
Tableau II	Offre de services résidentiels selon le niveau de services	35
Tableau III	Considérations initiales sur le positionnement épistémologique de la candidate	70
Tableau IV	Survol des deux phases du projet de recherche	76
Tableau V	Description des détenteurs d'enjeux et de leurs principaux intérêts	79
Tableau VI	Particularités de la cartographie de concepts	87
Tableau VII	Exemples d'énoncés pour un remue-méninges	92
Tableau VIII	Pense-bête pour la préparation d'une rencontre de remue-méninges	95
Tableau IX	Exemples d'idées aléatoires comprises dans deux regroupements et leurs cotes en importance et présence (n =73)	109
Tableau X	Défis rencontrés durant la démarche	114
Tableau XI	Taux de participation à l'étude transversale par territoire (PII)	125
Tableau XII	Components of housing and community based residential facilities (CRF) as perceived by stakeholders (n =221)	137
Tableau XIII	Participants (number and sociodemographic characteristics)	165
Tableau XIV	Examples of statements from the final 12 clusters and mean importance ratings	166
Tableau XV	Instrument used to measure attributes of housing for adults with mental	196
Tableau XVI	Description of participants involved in the rating of housing attributes (relative presence)	201
Tableau XVII	Geo-physical Environment (domain 1) PCA solution (n = 228)	202
Tableau XVIII	Milieu atmosphere and functioning (domain 2) PCA Solution (n = 228)	203
Tableau XIX	Provision of services and support (domain 3) PCA Solution (n= 228)	204
Tableau XX	Organizational and managerial practices (domain 4) PCA Solution (n = 228)	205
Tableau XXI	Extraits des grilles d'entrevue et de cotation du CaSPER-SM	213
Tableau XXII	Attributs, dimensions et domaines du CaSPER-SM	215

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AGIR	Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement
APUR	Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec
AQPAMM	Association Québécoise des parents et amis de la maladie mentale
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
CAMEE	Centre d'activités de Montréal-Nord pour le maintien de l'équilibre émotionnel
CaSPER-SM	Caractéristiques structurales et procédurales des environnements résidentiels en santé mentale
CER	Comité d'éthique de la recherche
COOP	Habitations gérées par des coopératives
COPEs	<i>Community-Oriented Programs Environment Scale</i>
CSSS	Centre de la santé et des services sociaux
Ed	Édition ou éditeurs
ESMS	<i>European Services Mapping Schedule</i>
FOHM	Fédération des OSBL d'habitation de Montréal
HLM	Habitation à loyer modique
HHPS	<i>Hospital and Hostel Practices Profile</i>
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LRR	Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions légales
OCH	Organisme communautaire d'hébergement
OBNL	Organisme à but non lucratif (autre abréviation utilisée : OSBL)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
MANOVA	Analyse de variance multivariée
MCAS	<i>Multnomah Community Ability Scales</i>
MDS	<i>Multidimensional Scaling</i> (échelonnage multidimensionnel)

MRC	<i>Medical Research Council (Grande-Bretagne)</i>
MPQ	<i>Management Practices Questionnaire</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
n°	Numéro
PCA	<i>Principal Component Analysis (analyse par composantes principales)</i>
PECH	Projet d'encadrement clinique et d'hébergement
PUQ	Presses de l'Université du Québec
PSC	Projet suivi communautaire
PSL	Programme de supplément au loyer
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RA	Ressource autre
RACOR	Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de l'île de Montréal
RAC	Ressource à assistance continue
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
RESSAQ	Regroupements des ressources résidentielles adultes du Québec
RE	Ressource d'établissement
RI	Ressource intermédiaire
RESPPI	<i>Residential Substance Abuse and Psychiatric Program Inventory</i>
ROBSM	Regroupement des organismes de base en santé mentale
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SAMSHA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
SHQ	Société d'habitation du Québec
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
SQS	Société québécoise de la schizophrénie
TAPS	<i>Team for the Assessment of Psychiatric Services</i>
US	Unité de sens

DÉDICACE



*À Rose, ma guide, l'aventure n'aurait pas été
la même sans toi*

*À Daniel, pour tout, et pour m'avoir montré
à pêcher*

*À ceux qui ont partagé avec nous
leur quotidien*

À ceux qui cherchent un asylum

EXERGUE



It is important to grasp that the size of the hospital is unrelated to the harm it can cause: indeed it is possible to become institutionalised in the back bedroom of an ordinary house. It is the lack of stimulation combined with the difficulty in taking independent decisions that seems to do the harm.

Goldberg cité dans Thornicoff & Goldberg, 1998



REMERCIEMENTS ET SOUTIEN FINANCIER



Nommer quelqu'un, c'est en oublier d'autres. Comment remercier en quelques lignes toutes les personnes des différentes régions du Québec qui ont contribué au recrutement des participants, à la collecte des données du projet, aux résultats du projet et à mon cheminement au doctorat. Sans vous, la mission aurait été impossible. Il y a aussi tous ceux et celles qui ont alimenté mes réflexions et qui ont partagé avec nous leur quotidien, leurs défis et leurs espoirs. Vous avez été d'une grande générosité.

Merci à Rose Rheault, Myriam Portaria, Khadija Toudghi et Natacha David (assistantes de recherche). Merci aux chercheurs et collaborateurs rattachés au projet : Gilles Côté, Monique Carrière, Dr Sylvain Laniel, Jean Jacques Leclerc, Dr Luc Nicole, Myra Piat et Luc Vigneault (annexe 2). Merci aux gestionnaires des différentes régions et à leurs équipes qui ont rendu possible ce projet : Serge Champagne, Chantal Gibeau, Lyne Sauriol et Dr Albert, Sylvie Lessard et Michel Brassard, M.-F. Lafond, Léo Fortin et l'équipe de la DSIS, Sylvie Cadorette, Alexandre St-Germain, Sonia Côté, Suzanne Boulerice, Ginette Gingras et Gilbert Thérien. Un merci particulier à l'ARIHQ (M. Castonguay), au RESSAQ (C. Vaillancourt, Y. Trudel, D. Arcand, P. Leclerc), à l'AQPAMM, La Boussole, CAMÉÉ (J.-N. Ouellet), la Maison les étapes Inc., l'APUR, PECH, Croissance travail, la Croix blanche et tous les autres ...

À mes deux directeurs, guides assidus, un merci sans borne. À mes patrons, merci de m'avoir permis de poursuivre ma route.

Et, enfin, merci à mes proches ...

La candidate au doctorat, durant sa formation, a été détentrice d'une bourse d'études supérieures du Canada, *Frederick Banting & Charles Best* des IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada). Elle a aussi été boursière des programmes de formation stratégiques des IRSC, AnÉIS (Analyse et évaluation des interventions en santé) et RAMHPS (Recherche sur les politiques et services en santé mentale et toxicomanies). Le projet a aussi reçu un appui financier des IRSC, relativement aux activités de dissémination qui y sont rattachées (**# KDE 228601**).

Chapitre 1

Introduction

1.1. Problème de recherche

1.2. Objectifs de la recherche

1.3. Principaux utilisateurs des résultats

1.4. Survol de la thèse

INTRODUCTION

L'importance de l'environnement n'est plus uniquement reconnue dans des disciplines rattachées aux sciences humaines et sociales, telles l'anthropologie, l'écologie et la sociologie. Ces dernières décennies, la biologie, la biochimie, la génétique et la médecine, entre autres, ont démontré un intérêt grandissant pour les facteurs environnementaux. En 2000, après plusieurs années de débats (Fougeyrollas, 2002), l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) intégrait les facteurs contextuels, incluant les facteurs environnementaux et les facteurs personnels, à la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (OMS, 1980 ; 2000)¹. De nos jours, les individus, les collectivités et les organisations porteuses d'opinions se préoccupent davantage de l'influence des facteurs environnementaux, en raison, entre autres, de la dégradation de l'environnement et de son effet sur la santé et le bien-être des populations.

L'histoire de la psychiatrie témoigne de l'influence des facteurs environnementaux sur la santé, les symptômes et les comportements humains (p.ex. Pinel, 1806; Stanton & Schwartz, 1954; Caudill, 1958, Goffman, 1961 ; Grob, 1966; Wing & Brown, 1970). Les travaux de Pinel et de Tuke sur le traitement moral (Pinel, 1806 ; Tuke, 1813)² et ceux de Goffman (Goffman, 1961) fondés sur l'observation *in vivo* dans un hôpital psychiatrique de plus de 7000 lits, aux États-Unis, sont parmi les plus connus. Ce dernier a d'ailleurs introduit

¹ Par ce choix, l'OMS s'éloigne du modèle de *Processus de production du handicap* (PPH) (Fougeyrollas, 2002) qui tend à distinguer ce qui appartient spécifiquement à la personne (facteurs identitaires, systèmes organiques, aptitudes) des facteurs environnementaux.

² Les circonstances des travaux de Pinel et de Tuke sont différentes. Le premier, scientifique, œuvre au sein d'hôpitaux tels La Salpêtrière et Bicêtre. Tuke est un riche philanthrope quaker qui crée une retraite en campagne. Ils reconnaissent tous les deux la maladie mentale et le besoin de la traiter.

la notion de « *total institution* » selon laquelle le simple fait de demeurer dans une institution psychiatrique renforce la sévérité de la maladie mentale et conditionne une partie des comportements. Les critiques de Goffman à l'endroit du système asilaire du milieu du XX^e siècle et la multiplication des cris d'alarme aux niveaux international et local (p.ex. *Les fous cris au secours* (Pagé, 1961)) sont venues ébranler le fonctionnement des institutions psychiatriques de l'époque. De plus, le XX^e siècle, frappé par deux grandes guerres, a connu une succession de découvertes dans divers domaines et en psychiatrie. Nous lui devons l'évolution rapide des traitements (p.ex. lobotomie, psychopharmacologie, communauté thérapeutique) et de la réadaptation psychosociale, et l'intensification des pressions des mouvements sociaux, qui ont contribué à l'écroulement des systèmes asilaires surpeuplés de plusieurs États et pays. Il s'agit sans doute de l'un des changements les plus marquants de l'histoire de la psychiatrie. La célèbre loi italienne (N° 180) de 1978 qui marque la fin, sur le plan légal, des hôpitaux psychiatriques, en Italie, en est certes l'une des manifestations les plus radicales (Mosher, 1983).

Étymologiquement, le terme asile (*asylum*) se rapporte au bâtiment dans lequel une personne trouve sécurité et protection. Toutefois, le terme désigne aussi la fonction définie comme : *the protection given by a sanctuary or refuge* (Lamb, 1979 ; Bachrach, 1984 ; Wing, 1990). Ainsi, tel que souligné par la sociologue américaine, Leona Bachrach, à l'origine, l'asile (le bâtiment) avait, à la fois, la fonction *asylum* et celle de *total care*, c'est-à-dire le déploiement de tous les services requis par une personne dans un même endroit (Bachrach, 1984 ; Thornicroft & Bebbington, 1989 ; Henderson & Thornicroft, 1997). D'après Bachrach, le fait que ces fonctions n'aient pas toujours été remplies de façon adéquate ne devrait pas être interprété comme un échec du concept. Ainsi, il faut éviter de confondre la structure (le bâtiment) et le contenu des services offerts. Cette mise en garde vaut pour les différents milieux résidentiels. En effet, il est aussi possible de retrouver certains des éléments associés à l'institutionnalisme à l'extérieur des murs des hôpitaux, dans la collectivité (Wing

& Brown, 1970). Une personne demeurant dans son propre appartement peut connaître un retrait social et la sous-stimulation. En ce qui concerne les ressources résidentielles, les études de Murphy *et al.* (1972 ; 1976) et celle de Lamb (1979), réalisées dans les années 1970 en Amérique du Nord, y décrivent des conditions de vie se rapprochant de celles de « mini-institutions ». Ces chercheurs rapportent que les résidents y font peu d'activités, sont pris en charge et contribuent peu aux tâches quotidiennes (p.ex. préparation des repas, entretien ménager). À travers les années, cette image négative des ressources résidentielles traditionnelles semble être demeurée ancrée dans les perceptions populaires.

Au Québec, l'institutionnalisation a connu son apogée dans les années 1960. Cette décennie marque aussi la fin de la *période asilaire* (\approx 1845 à 1960)³ (Aird & Amyot, 1981). La transformation des services de santé mentale a débuté vers 1962. Dès lors, au fil des années, vont se succéder des rapports et des plans d'action (Dorvil *et al.* 1997). Au Québec, comme ailleurs, la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques aura eu des conséquences inattendues, voire, parfois, néfastes pour les personnes avec un trouble mental (Bachrach 1978 ; 1984 ; Dorvil *et al.* 1997 ; Chinman *et al.* 2001) engendrant, notamment, l'itinérance, l'instabilité résidentielle, la porte tournante et la transinstitutionnalisation⁴. Outre les fonds insuffisants, certains auteurs considèrent que l'un des problèmes de la désinstitutionnalisation concerne le fait que certaines personnes avec des besoins de soins, d'encadrement et de soutien résidentiel (*total care*) n'ont pas toujours accès à l'ensemble des services requis dans la collectivité (p.ex. Belcher & DeForge, 1997).

La désinstitutionnalisation et la prestation des soins et des services dans la collectivité reposent sur des principes humanistes et de normalisation (Woflsenberger, 1972) et sur des raisons thérapeutiques et économiques. Le fait que la qualité de vie des personnes soit

³ Il importe de distinguer la période asilaire de celle du *grand enfermement* (Foucault 1972 ; Bachrach, 1984).

⁴ La transinstitutionnalisation consiste en un déplacement, de l'institution psychiatrique, vers un autre lieu (p.ex. la prison).

supérieure dans la collectivité à celle dans un hôpital psychiatrique est une prémisse maintenant confirmée (p.ex. the *Team for the Assessment of Psychiatric Services* (TAPS) (Leff & Trieman, 2000)). Outre ces deux grands principes, avec la diversification des services et la prestation des soins dans la collectivité émerge la notion du *milieu de vie le moins restrictif* (Test & Stein, 1977 ; Bachrach, 1980). Le milieu le moins restrictif doit pouvoir répondre aux besoins d'une personne, mais ne pas combler un besoin qu'elle peut satisfaire par elle-même. L'influence des mouvements sociaux américains et des batailles légales des années 1960 et 1970 n'est pas étrangère à cette notion (Lecomte, 1988).

Avec la désinstitutionnalisation se produit l'exode des patients, des asiles vers la collectivité et le développement de cliniques externes, de cliniques communautaires, de la psychiatrie communautaire et de ressources résidentielles (Lecomte, 1997). Les premières ressources résidentielles, les foyers nourriciers⁵ issus des premières vagues de la désinstitutionnalisation, feront place, avec les années, à une diversité de ressources résidentielles. Aujourd'hui, les ressources résidentielles rattachées à des établissements publics de santé représentent une part importante des ressources résidentielles disponibles au Québec. À cet effet, en 2006, le nombre de ressources non institutionnelles⁶ en santé mentale était estimé à 1007 et le nombre de personnes avec un trouble mental qui y demeuraient était de 6853⁷. Les ressources non institutionnelles en santé mentale et plus largement les ressources résidentielles rattachées au secteur public desservent [ou devraient desservir] principalement des personnes avec un trouble mental grave. Bien que plusieurs auteurs reconnaissent le flou du concept en pratique, la définition du trouble mental grave englobe habituellement différentes dimensions (Ruggeri *et al.* 2000 ; Lesage, 2010). Les plus communes sont : (1) le diagnostic ; (2) le fonctionnement (des incapacités modérées ou sévères ou des limitations d'activité) ; (3) la durée prolongée. Les troubles mentaux graves entraînent des difficultés de fonctionnement importantes dans les sphères sociale, professionnelle, occupationnelle, psychologique ou autre. Tel que mentionné dans

le premier manuscrit⁵, les personnes avec un trouble mental grave représentent un faible pourcentage (environ 1.5%) de la population, alors que l'ensemble des troubles mentaux représentent de 20 à 25% de la population (Lesage, 2010). Les troubles mentaux graves, particulièrement les diagnostics de troubles psychotiques, sont plus fréquents parmi les résidents des ressources résidentielles au Québec (p.ex. Piat *et al.* 2008) et ailleurs (p.ex. Pribe *et al.* 2009 ; De Girolamo *et al.* 2005). Cela dit, l'univers complexe du logement pour les adultes avec un trouble mental (grave, important, modéré ou léger (Lesage, 2010)) s'étend au-delà des ressources résidentielles. Il regroupe des acteurs de divers secteurs : communautaire, public, ministériel (habitation, santé et services sociaux) et privé⁵.

1.1. Problème de recherche : définir et mesurer le logement et les ressources résidentielles

Malgré l'importance incontestable d'avoir un logement et la part importante du budget public consacré aux ressources résidentielles (figure 2, p. 40) plusieurs interrogations subsistent sur leur efficacité pour les [différents sous-groupes de] personnes avec un trouble mental. De plus, l'information disponible pour guider l'évaluation et l'implantation des ressources résidentielles en santé mentale s'avère insuffisante (Newman, 2001 ; De Girolamo *et al.* 2005 ; Kloos & Shah, 2009). Cela peut être relié aux faiblesses méthodologiques des études réalisées dans le domaine (cf. Newman, 2001 ; Fakhoury *et al.* 2002 ; Wong & Salomon, 2002 ; Harkness *et al.* 2004 ; Tabol *et al.* 2010 ; Tsai *et al.* 2013 ; Rog *et al.* 2014), aux définitions hétérogènes et aux multiples appellations désignant les types de ressources dans la littérature, aux différentes taxinomies utilisées, à la diversité des ressources résidentielles existantes (entre les types de ressources et dans un même type de ressources) (Randolph *et al.* 1991 ; Segal & Sawyer, 1996 ; Fakhoury *et al.* 2002 ; De Girolamo & Bassi,

⁵ Voir manuscrit 1, Chapitre 2.

⁶ Les ressources non institutionnelles définies dans le manuscrit 1 comprennent les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (résidences d'accueil) (RTF). À celles-ci s'ajoutent les ressources autres (RA).

⁷ Le nombre de résidents en pavillons (RI) et en résidences d'accueil était de plus de 11000 en 1988 (Gendreau, 1988). En mars 2013, le nombre de places occupées reconnues en santé mentale était de 5 617 (MSSS, 2014).

2004 ; Tabol *et al.* 2010) et, enfin, au peu d'information sur les rôles et les activités du personnel qui œuvre dans des ressources résidentielles. Certains auteurs reprochent aussi à la majorité des études de ne pas reposer sur un cadre conceptuel (cf. Newman, 2001). Bref, malgré les nombreuses études, peu d'entre elles examinent en détail les ressources résidentielles et considèrent l'ensemble des caractéristiques structurales et procédurales qui les définissent.

Un des écueils de la recherche concerne le fait que le logement et les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental s'apparentent à une intervention complexe. Par définition, *l'intervention complexe* en santé comporte de nombreuses caractéristiques, de multiples dimensions et un environnement à niveaux imbriqués (MRC, 2000 ; Champagne *et al.* 2009a). De plus, elle s'adresse à des problèmes divergents et elle possède de nombreuses finalités (p.ex. réduire l'instabilité résidentielle, développer des habiletés fonctionnelles, offrir une protection). Les caractéristiques de l'intervention (à différents niveaux) interagissent entre elles et avec les facteurs personnels pour produire des résultats au niveau individuel (figure 7, p. 72). L'évaluation et le développement de milieux résidentiels mieux adaptés reposent donc sur une meilleure compréhension des multiples facettes du concept ou de l'ensemble du *système* (Shiell *et al.* 2008). Pour mieux comprendre l'influence du milieu résidentiel sur les différents groupes de personnes avec un trouble mental, il faut pouvoir décrire, distinguer et comparer les différentes ressources résidentielles. Et, avant d'en arriver à une représentation systématique, il importe, en premier lieu, de bien identifier les aspects à mesurer et à opérationnaliser.

1.2. Objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche de doctorat correspond aux stades I (théorique) et II (modélisation) de l'évaluation des interventions complexes en santé (MRC, 2000). Il aspire à la création d'un modèle du logement et des ressources résidentielles, ainsi qu'au

développement d'un instrument de mesure spécifique à l'éventail des ressources résidentielles en santé mentale, adapté au contexte québécois. Le projet de recherche comprend trois objectifs spécifiques :

1. Identifier les caractéristiques clés du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental, selon la perspective de diverses parties prenantes du Québec.
2. Développer un modèle des ressources résidentielles en santé mentale en fonction des caractéristiques clés, de l'opinion des parties prenantes et de la recension des écrits.
3. Développer un instrument de mesure servant à dresser le portrait d'une ressource résidentielle en santé mentale en fonction de diverses caractéristiques structurales et procédurales.

Les caractéristiques structurales décrivent le milieu, par exemple, la localisation, la proximité des services, le nombre de membres du personnel, le nombre de résidents, les règlements, etc. Quant aux caractéristiques procédurales, elles se rapportent au fonctionnement du milieu et aux types d'interventions réalisées par le personnel telles que la supervision, l'accompagnement communautaire, la préparation des repas, les traitements médicaux, l'écoute, les activités en place, l'atmosphère, etc.

1.3. Principaux utilisateurs des résultats du projet de recherche

Ce projet poursuit deux buts. En premier lieu, il vise une contribution aux connaissances existantes (finalité fondamentale) et, en second lieu, il aspire à l'amélioration des services offerts dans les ressources résidentielles et à la bonification du soutien au personnel œuvrant dans ces milieux (finalité formative) (Champagne *et al.* 2009a).

Les résultats intéresseront, principalement, les parties prenantes concernées par le logement et les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental : les intervenants œuvrant dans le domaine de la santé mentale, le personnel et les responsables de ressources résidentielles, les gestionnaires, les proches et les personnes utilisatrices de services.

1.4. Survol de la thèse

Le premier manuscrit de la thèse présente un éventail du logement. Le logement y est défini dans son sens le plus large, soit l'ensemble des milieux dans lesquels peuvent vivre les personnes avec un trouble mental, et ce, de l'institution à l'itinérance. Une attention particulière est portée aux différents types d'organisation résidentielle au Québec, de même qu'au contexte historique et économique entourant leur développement. Le manuscrit aborde l'importance du logement, en tant que droit et point d'ancrage dans la collectivité, et survole les évidences existantes entourant les grands modèles de logement. Il amorce une réflexion sur des idéologies et sur des valeurs, parfois contradictoires, rattachées au logement. Il garde cependant sous silence le contexte politique actuel de rééquilibrage entre les différents types de services résidentiels, entre autres, à travers la décroissance des ressources non institutionnelles traditionnelles (RNI) en faveur du logement autonome avec soutien (ASSSM, 2009). De plus, il ne décrit pas les dernières modifications législatives et administratives apportées (lois et règlements du Québec) suite à l'adoption de la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions légales* (LRR) (L.R.Q. c. R-24.0.2). Il est à noter que ces dernières remodelent actuellement le cadre des relations de travail des ressources non institutionnelles ainsi que les rôles et responsabilités (et pouvoirs) des différents acteurs, incluant les établissements gestionnaires et les intervenants qui assuraient auparavant le *suivi professionnel des ressources*. Elles vont certainement modifier le paysage résidentiel et l'organisation des

services au cours des prochaines années. Un cadre de référence déposé en avril 2014 (MSSS, 2014) s'inscrit dans le nouveau contexte législatif. En somme, le premier manuscrit décrit l'univers complexe des ressources résidentielles en santé mentale au Québec, tout en relevant certaines ambiguïtés entourant les différents types de ressources résidentielles et leur description. Tel que mentionné par De Girolamo & Bassi (2004), une typologie complète et commune du logement et des ressources résidentielles en santé mentale se fait toujours attendre. Celle proposée par Siskind *et al.* (2013) viendra-t-elle, en partie, combler ce manque ?

Afin de mieux définir et de décrire les ressources résidentielles en santé mentale, plusieurs aspects doivent être considérés : leur complexité, leur diversité (entre les types de ressources, et pour un même un type de ressources), la pluralité des acteurs (voir section 4.2.1.2.) et la nécessité de tenir compte à la fois des caractéristiques structurales et procédurales de ces ressources. Pour y parvenir, le choix de la stratégie de recherche est crucial. Le deuxième manuscrit concerne la technique retenue pour revisiter la conceptualisation du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Le manuscrit décrit la technique nommée *cartographie de concepts* choisie pour réaliser la Phase I du projet de recherche. Cette technique structurée qui compte six étapes permet de combiner le point de vue d'une pluralité d'acteurs et de savoirs disciplinaires, pratiques et expérientiels. Son application aura permis à une diversité de parties prenantes de réfléchir sur des composantes clés des ressources résidentielles et du logement et de créer ainsi une représentation visuelle du phénomène étudié. Ancrée dans un paradigme hybride et une méthodologie mixte (voir manuscrit 2), cette technique permet d'explorer en profondeur un phénomène ou une intervention complexe et, donc, de mieux la comprendre. Au demeurant, elle témoigne du positionnement de l'auteure de la thèse, situé à la limite du néopositivisme (Champagne *et al.* 2009b), si ce n'est du pragmatisme (Creswell, 2003). Rédigé en collaboration avec l'un des auteurs de la technique, Mary Kane, le

deuxième manuscrit décrit, étape par étape, la cartographie de concepts, rarement utilisée dans le domaine de la santé mentale.

Les troisième, quatrième et cinquième manuscrits inclus dans la thèse présentent les résultats de la Phase I du projet de recherche. D'abord, le troisième manuscrit ouvre sur la richesse des idées transmises par les participants, lors de la deuxième étape de la cartographie de concepts. Il révèle la complexité sous-jacente à la description des ressources résidentielles et du logement en santé mentale à travers la multitude de caractéristiques générées par les participants. Le recours à l'analyse de contenu aura été nécessaire pour traiter et synthétiser l'ensemble des données obtenues (Van der Maren, 1996).

Le quatrième manuscrit aborde, toujours sous l'angle de la complexité, la conceptualisation du logement et des ressources résidentielles en santé mentale selon diverses parties prenantes. Il en explore les attributs, les dimensions et les domaines et, progressivement, évolue vers la conceptualisation des environnements humains et thérapeutiques que viennent étayer les travaux incontournables de Moos et de ses collaborateurs (p.ex. Moos, 1973; 1997). La conceptualisation présentée dans ce manuscrit résulte de la cartographie de concepts. Elle illustre la perspective écologique déjà utilisée par plusieurs auteurs pour décrire les ressources résidentielles en santé mentale (p.ex. Hall *et al.* 1987; Wong & Solomon, 2002; Kloos & Shah, 2009 ; Sylvestre *et al.* 2009).

Le cinquième manuscrit creuse plus avant l'identification d'attributs, de dimensions (composantes) et de domaines qui pourraient être utilisés, au Québec et ailleurs, pour dépeindre le logement et les ressources résidentielles en santé mentale. Pour y parvenir, il fonde ensemble des considérations ontologiques, causales, réalistes et statistiques. De plus, il survole les nombreux instruments de mesure qui, depuis les trois dernières décennies, ont été utilisés pour décrire les ressources résidentielles ou certains de leurs aspects (p.ex. les

interactions entre les résidents et le personnel, l'environnement physique).

Entre ces manuscrits s'insèrent les chapitres 3 et 4. Le chapitre 3 décrit le cadre conceptuel préliminaire et le chapitre 4 apporte des précisions méthodologiques. Enfin, le chapitre 6 présente l'instrument développé dans le cadre de ce projet de recherche. Cet instrument s'inspire des résultats obtenus et des idées émises par les différentes parties prenantes. Il a pour objectif de mesurer les caractéristiques des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. La discussion finale, au chapitre 7, tente de joindre ensemble la réflexion amorcée de façon éclatée dans chacun des manuscrits de la thèse. La dernière section aborde les implications éventuelles de ce projet de recherche et suggère des pistes de travaux futurs.

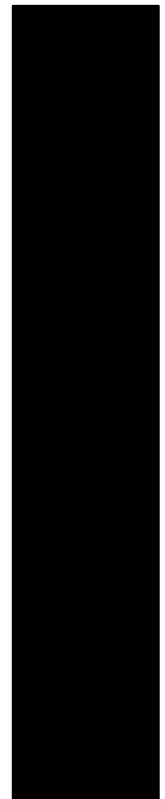
En définitive, la thèse consiste en un projet de recherche de développement (Contandriopoulos *et al.* 1990 ; Van der Maren, 1996). Elle s'inscrit dans une démarche de conceptualisation, à l'instar de la déclinaison de Daigneault (2010) qui comprend quatre parties (étapes) : la recension des différentes définitions du concept dans la littérature, le recensement et l'analyse des caractéristiques associées au concept, la sélection des caractéristiques les plus pertinentes et l'élaboration de la structure du concept et son opérationnalisation. Sans vouloir semer la confusion, la thèse aborde la conceptualisation à la fois sous l'angle du concept à définir (Daigneault, 2010 ; Daigneault & Jacob, 2012) et sous celui de la modélisation des interventions dans le domaine de la santé et des services.

Chapitre 2

Recension des écrits

2.1. Couverture de la recension des écrits

2.2. Manuscrit 1



RECENSION DES ÉCRITS

2.1. Couverture de la recension des écrits

La recension des écrits a permis de se pencher sur les articles scientifiques publiés de 1976 à 2013 et sur la *littérature grise* (p.ex. articles de journaux, rapports de recherches). Son objectif premier visait à faire le point sur l'état des connaissances et de mieux comprendre l'intervention étudiée dans ce projet. Compte tenu des faiblesses méthodologiques et conceptuelles des études dans le domaine du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental (cf. Carling, 1993 ; Newman, 2001 ; Fakhoury *et al.* 2002 ; Harkness *et al.* 2004 ; Chilvers *et al.* 2006 ; Leff *et al.* 2009 ; Tabol *et al.* 2010), la recension des écrits a été réalisée selon une perspective de double inclusion : **1)** les articles ont été retenus en fonction de leur pertinence et non en fonction de leurs qualités méthodologiques ; **2)** la période de couverture a été élargie, vu le nombre d'articles et de travaux pertinents parus au cours des années 1970 et 1980 (p.ex. Moos 1972 ; Moos *et al.* 1979 ; Segal & Aviram, 1978 ; Garety & Morris, 1984 ; Kruzich & Kruzich, 1985 ; Hall *et al.* 1987).

Plusieurs séries de recherches ont été effectuées dans les trois grandes bases de données suivantes : Medline, Embase et PsychInfo (OVID). La littérature grise provient des sites gouvernementaux et de Google. Compte tenu de la surabondance des termes utilisés dans la littérature pour désigner le logement et les ressources résidentielles, différentes combinaisons entre deux catégories de termes ont été utilisées pour le repérage des articles :

- **Catégorie A** : resident* OR mental health OR mental illness OR psychiatr*
- **Catégorie B**: housing OR accommod* OR home* OR shelter* OR foster care OR board- and-care OR

residential treatm* OR residential facility* OR residential care OR supported housing OR supportive housing OR hostel*

Des recherches ont été effectuées manuellement, à partir des références d'articles clés. Ces derniers comprennent des articles synthèses (Cournos, 1987 ; Ogilvie, 1997 ; Parkinson *et al.* 1999 ; Newman, 2001 ; Fakhoury *et al.* 2002 ; De Girolamo & Bassi, 2004 ; Macpherson *et al.* 2004 ; Chilvers *et al.* 2006 ; Leff *et al.* 2009 ; Kirsh *et al.* 2009 ; Nelson *et al.* 2010) et des chapitres de livres (Corrigan, 2008 ; Shepherd & Macpherson, 2011). La recension des écrits a aussi examiné les modèles (voir manuscrit 4) et les instruments de mesure existants pour décrire le logement et les ressources résidentielles en santé mentale (voir manuscrit 5).

La question du logement et des ressources résidentielles a été examinée sous différents angles tels que la réduction des symptômes, le fonctionnement adaptatif, l'intégration sociale, la ré-hospitalisation, la préférence résidentielle, la satisfaction et la qualité de vie. Nombre d'études se sont attardées aux caractéristiques de l'environnement social et physique des milieux résidentiels (p.ex. Coulton *et al.* 1985 ; Wykes *et al.* 1982 ; Kruzich, 1985 ; Picardi *et al.* 2006 ; Wright & Kloos, 2007), incluant les interactions entre le personnel et les résidents (p.ex. Ball *et al.* 1992 ; Holmqvist, 2000). Quelques études ont décrit les caractéristiques du quartier (p.ex. Newman, 1994 ; Townley & Kloos, 2011), d'autres, le phénomène *Not in my backward* (NIMBY) qui témoigne de la réticence des collectivités à accueillir des ressources résidentielles sur leur territoire (p.ex. Carling, 1993 ; Piat, 2000). Plus récemment, plusieurs études se sont penchées sur le *modèle de soutien au logement*, sur l'importance du choix de la personne eu égard au milieu de vie et sur l'accès à la propriété (p.ex. Forchuk *et al.* 2006 ; Sylvestre *et al.* 2007 ; Krish *et al.* 2009). À la fin des années 2000, sont parus quelques articles plus critiques à l'égard du modèle du *soutien au logement* (p.ex. Siegel *et al.* 2006 ; Leff *et al.* 2009 ; Tsai *et al.* 2010 ; Townley & Kloos, 2011), pourtant considéré, depuis plusieurs années, comme supérieur aux autres modèles (voir manuscrit 2).

Les techniques de collecte de données utilisées pour étudier la question résidentielle sont multiples : observation *in vivo* participante ou non, questionnaires autoadministrés, questionnaires postaux, groupes de discussions, technologies (p.ex. *Geographic information systems* (Townley & Kloos, 2011)), entrevues, etc. Plusieurs instruments de mesure et questionnaires ont été utilisés pour documenter et décrire les différents environnements résidentiels (voir manuscrit 5).

La recension des écrits a permis de déconstruire l'intervention et d'en identifier plusieurs des caractéristiques. Celles-ci sont présentées dans la figure 7 (p. 72, chapitre 3) et reprises dans les manuscrits 3, 4 et 5. La recension des écrits a aussi fait ressortir l'abondance des articles rattachés au logement et aux ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Elle témoigne des embûches méthodologiques dans un domaine où les essais randomisés sont rares¹. De plus, elle suggère un intérêt certain pour la description des différentes facettes des ressources résidentielles. Cet intérêt s'est maintenu à travers les quatre dernières décennies.

2.2. Manuscrit 1

Le manuscrit 1 s'attarde aux différents modèles de logement au Québec et dans différents États et pays. Il expose l'importance des ressources résidentielles pour le rétablissement des personnes avec un trouble mental.

- **Titre du manuscrit** : *De l'institution à l'appartement : l'éventail du logement pour les personnes avec un trouble mental*
- **Date de publication** : 2012 (la version publiée comprend des variantes)
- **Nom de la revue scientifique ou du livre** : Manuel de réadaptation psychiatrique, 2^e éd.
- **Éditeurs** : Presse de l'Université du Québec à Montréal (PUQ) (Chapitre 14)

¹ La littérature souligne les enjeux éthiques à réaliser un essai clinique randomisé considérant que l'orientation résidentielle repose habituellement sur la congruence personne – environnement (p.ex. Fakhoury *et al.* 2002).

Titre

De l'institution à l'appartement

L'éventail du logement pour les personnes avec un trouble mental

Auteurs

Amélie Felx

Université de Montréal et Direction du soutien à l'intégration sociale de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine²

Myra Piat

Institut Universitaire en santé mentale Douglas et Université McGill

Alain Lesage

Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et Université de Montréal

Sonia Côté

Projet Chez Soi, Commission de la santé mentale du Canada et Institut Universitaire en santé mentale de Montréal

Sylvie Cadorette

Direction du soutien à l'intégration sociale de l'Hôpital Louis-H.- Lafontaine

Marc Corbière

Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine et Université de Sherbrooke

Résumé (français)

Ce chapitre dresse un portrait de l'éventail du logement pour les personnes avec un trouble mental, éventail qui s'étend de l'hébergement en institution à l'habitation autonome. Entre ces extrêmes se retrouve une diversité de milieux de vie qui offrent ou non un encadrement et des services de soutien. Les auteurs effectuent un survol des modèles dominants liés au logement en santé mentale ainsi que des pratiques et recherches qui y sont associées. Ils s'attardent davantage aux grands secteurs de logement au Québec, aux différents types de ressources résidentielles avec encadrement et au contexte historique et économique québécois dans lequel elles ont évolué. Finalement, les auteurs relèvent certains enjeux et

² L'Hôpital Louis-H.-Lafontaine porte aujourd'hui le nom d'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal.

contradictions qui se présentent lorsqu'il s'agit d'identifier le «bon» milieu de vie pour une personne.

Abstract

This chapter aims to describe the range of housing options for people with mental illness, from the institution to independent living. Between these two extremes, there is a diversity of living arrangements with or without support. The authors present an overview of the dominant housing models, of the different types of residential resources in Quebec, and of the historical and economical contexts in which these evolved. Finally, the authors underline specific issues and contradictions that can arise when attempting to identify the “best” housing option for someone with a mental illness.

En 1948, la *Déclaration universelle des droits de l'homme* a reconnu officiellement le droit au logement (OMS, 1948). L'accès à un logement³ constitue le point d'ancrage d'une personne dans la société. Il figure parmi les éléments les plus importants de l'intégration dans la communauté des personnes avec un trouble mental et il est indispensable à leur rétablissement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Dorvil, Morin *et al.*, 2002; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Leff, Chow *et al.*, 2009). De plus, le logement représente un espace unique pour développer des habiletés domestiques et sociales, pour s'adonner à des occupations, pour avoir un pouvoir décisionnel et pour exercer un contrôle sur son environnement (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Malheureusement, l'accès à un logement demeure difficile et s'avère source de frustration pour plusieurs personnes avec un trouble mental.

Au cours des cinquante dernières années, une diversité de milieux de vie pour les personnes avec un trouble mental ont été développés dans la communauté, et ce, dans plusieurs États industrialisés, y compris au Québec, au Canada et aux États-Unis. Ces milieux de vie se sont développés conséquemment à la désinstitutionnalisation et à la non-institutionnalisation. Ils visent à permettre aux personnes avec un trouble mental de vivre une vie la plus normale possible dans la communauté. Ils s'étendent des milieux hautement supervisés avec du personnel professionnel, à d'autres où la personne vit dans son propre logis. Pour les personnes avec un trouble mental, vivre dans une ressource résidentielle est généralement lié à l'acceptation de services formels de santé mentale ou de réadaptation (Piat et Sabetti, 2010). Au fil du temps se sont développés des modèles alternatifs de logement caractérisés par une plus grande souplesse et par un encadrement et des services modulés aux besoins et aux désirs de la personne (Dorvil, Morin *et al.*, 2002; Macpherson, Shepherd *et al.*, 2004 ; Piat et Sabetti, 2010). En Amérique du Nord, la tendance actuelle

³ Dans ce chapitre, le terme logement désigne l'ensemble des milieux dans lesquels peuvent vivre les personnes avec un trouble mental. Notons que certains auteurs (p. ex. Dorvil, Morin *et al.*, 2002), dans leur définition du logement, considèrent uniquement les habitations inspirées du *modèle du soutien au logement* et les habitations autonomes (p. ex. appartements).

favorise le *modèle de soutien au logement*, un modèle dans lequel le logement est distinct des services, c'est-à-dire que les services ne sont plus rattachés à un bâtiment ou à un logis, mais à la personne. Cette tendance résulte des nombreuses critiques envers les ressources issues du *modèle traditionnel de logement* et envers les ressources résidentielles auxquelles se rattache obligatoirement un encadrement (Ridgway et Zipple, 1990; Carling, 1993; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).

Ce chapitre comprend quatre sections. La première section expose la variété des types de logement pour les personnes avec un trouble mental, selon une perspective internationale. La deuxième section présente les modèles et les idéologies dominantes liés au logement ainsi que les évidences qui y sont associées. La troisième section décrit le logement au Québec pour les personnes avec un trouble mental. Enfin, la quatrième section aborde certains des enjeux actuels rattachés au logement.

1. Variété des types de logement pour les personnes avec un trouble mental

La terminologie qui entoure le logement est confuse, voire parfois contradictoire (Parkinson, Nelson *et al.*, 1999; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). Dans la littérature internationale, plus d'une trentaine de termes sont utilisés pour décrire les milieux résidentiels de logement ⁴ (p. ex. Lesage et Morissette, 1989; De Girolamo et Bassi, 2004; Chilvers, Macdonald *et al.*, 2006). Au Québec, la terminologie couramment utilisée comprend les ressources intermédiaires, les résidences d'accueil, les foyers de groupe, les résidences de groupe, les ressources d'établissement, les ressources d'intégration sociale (Clément, Bolduc *et al.*, 2009), les maisons de chambres et les appartements supervisés (Lesage et Morissette, 1989; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Ministère de la Santé et des

⁴ En voici quelques exemples: *nursing home, foster home, foster care, board-and-care home, boarding home, hostel, single room occupancy hostel, residential facility, group home, halfway house, cooperative apartment, shelter, congregate living, supportive housing, supported housing, independent supportive housing, dedicated housing, quarter way house, tertiary care residential facility.*

Services sociaux, 2003; ASSSM, 2009). Quelques-unes de ces appellations sont propres au Québec, alors que d'autres sont communes à plusieurs provinces, États ou pays. Deux appellations désignent parfois des milieux résidentiels semblables au regard de leur structure et des services de soutien offerts. De plus, des milieux inscrits sous une même appellation peuvent correspondre à des types distincts de logement ou poursuivre des objectifs différents (De Girolamo et Bassi, 2004; Felx, manuscrit non publié). Par exemple, les foyers de groupe tels que définis dans le tableau I diffèrent des «*group homes*» britanniques. Pour pallier les contradictions, la recherche sur les services a créé des typologies communes du logement comme celle de l'«*European Services Mapping Schedule*» (ESMS) (Johnson, Kuhlmann *et al.*, 2000) qui, pour le logement, distingue, par exemple, les ressources résidentielles hospitalières et les ressources résidentielles non hospitalières. Cela dit, le logement représente une structure polymorphe appelée à répondre à des besoins multiples (Mercier, 1989).

Manifestement, l'éventail du logement et des formes d'hébergement est large avec, à une extrémité, l'hébergement en institution et, à l'autre, les personnes qui demeurent de façon autonome dans leur appartement. Entre ces pôles, il existe une diversité de ressources résidentielles qui offrent, ou non, différents services de soutien et d'encadrement. Le tableau I présente un éventail des types de logement et d'hébergement pour les adultes avec un trouble mental retrouvés dans plusieurs États ou pays. Certains auteurs ajoutent à cet éventail du logement, l'itinérance qui représente en soi une forme d'habitat (Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Leff, Chow *et al.*, 2009; Nelson, Aubry *et al.*, 2010). Selon une estimation de Torrey (2001), aux États-Unis, environ 34% des personnes avec un trouble mental vivent de façon autonome dans leur propre logis et 25% habitent avec leur famille; par comparaison, 8% sont hébergées dans des centres d'accueil, 18% demeurent dans des ressources résidentielles individuelles ou de groupe avec encadrement, 6% sont hébergées

dans des établissements carcéraux et 5% dans des hôpitaux; enfin, 5% vivent dans des refuges ou dans la rue (Torrey 2001, cité dans Corrigan, Mueser *et al.*, 2008).

Tableau I. Éventail du logement pour les adultes avec un trouble mental

TYPE DE LOGEMENT	BRÈVE DESCRIPTION
Milieus avec un encadrement intensif (24 heures par jour) et dans lesquels il y a habituellement la présence de professionnels ou d'intervenants	
Pénitencier, centre de détention et maison de correction	Établissement carcéral où la personne reconnue coupable d'un délit purge une sentence ou séjourne lorsqu'elle est en attente d'un procès ou du prononcé d'une sentence.
Centre hospitalier psychiatrique sécuritaire	Établissement sécuritaire, ou à sécurité maximale. Fournit le traitement, l'évaluation et la réadaptation de personnes avec un trouble mental présentant un risque élevé de comportements violents.
Centre hospitalier (psychiatrique)	Établissement de santé dans lequel la personne séjourne dans une unité de courte ou de longue durée. Fournit des soins et une supervision médicale (psychiatrique) constante, 24 heures par jour.
Centre de crise	Milieu dans lequel la personne séjourne habituellement quelques jours, le temps de stabiliser sa condition psychiatrique. Fournit une solution de rechange à l'urgence psychiatrique en offrant une supervision 24 heures par jour. Le personnel peut être composé de non-professionnels (p. ex. intervenants psychosociaux).
Centre d'accueil ou d'hébergement (Centre d'hébergement de soins de longue durée – CHSLD)	Milieu de vie substitut dans lequel la personne séjourne de façon permanente ou temporaire. Fournit des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance 24 heures par jour, ainsi que plusieurs autres services (p. ex. réadaptation, services psychosociaux, médicaux, infirmiers et pharmaceutiques) aux personnes qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel en raison d'une importante perte d'autonomie.
Ressource résidentielle psychiatrique tertiaire	Milieu offrant des services multidisciplinaires intensifs aux personnes qui requièrent des soins médicaux ou des services de santé mentale et de réadaptation psychosociale. Le rapport personnel-résidents y est similaire à une unité hospitalière psychiatrique. Héberge habituellement moins de 25 personnes.
Milieus avec un encadrement allant de léger à intensif et dans lesquels il y a présence ou non de personnel (professionnel ou non-professionnel)	
Pavillon	Milieu qui héberge plus de 10 résidents. Les chambres sont individuelles ou partagées. L'hébergement est habituellement à long terme et offre gîte, couvert et lessive. Fournit une supervision pour la vie quotidienne et un encadrement 24 heures par jour. Les services de soutien et d'assistance sont dispensés par les propriétaires ou leur personnel, qui ne demeurent pas sur place. Il y a habituellement la visite de professionnels (p. ex. infirmiers).
Famille ou maison d'accueil, ressource de type familial ou résidence d'accueil	Milieu qui fournit habituellement gîte et couvert dans une atmosphère familiale, en plus de services de soutien et d'assistance. Les services sont offerts 24 heures par jour par des propriétaires privés, souvent des non-professionnels, qui demeurent sur place.
Foyer de groupe	Milieu qui loge environ de 4 à 12 résidents. Les chambres sont individuelles ou partagées. Fournit habituellement une large gamme de

	services de soutien et de réadaptation avec la présence d'intervenants sur place, un minimum de 35 heures par semaine. Certains milieux peuvent aussi offrir un soutien mobile, sur appel.
Auberge ou «Hostel»	Milieu qui héberge habituellement plus de 10 résidents. Les chambres sont individuelles. Les résidents partagent des aires communes et les repas sont habituellement fournis. Dispense des services de soutien ou de réadaptation d'une intensité très variable (intensif à très léger).
Chambres et pension ou maison de chambres	Immeuble dans lequel sont regroupées des chambres individuelles. Certains immeubles donnent accès à des pièces communes (cuisine, salon, salles de bains, etc.). Peut parfois fournir certains services de soutien et d'assistance. Ces ressources sont souvent gérées par des propriétaires privés dans un but lucratif.
Ressource transitoire ou de désengorgement	La personne y séjourne habituellement quelques jours ou quelques mois (séjour limité), le temps de trouver un autre type de logement. Peut fournir des services de réadaptation et d'évaluation pour identifier une ressource appropriée. Le personnel est habituellement sur place 24 heures par jour.
Appartement supervisé	La personne demeure dans un appartement avec ou sans colocataire(s). Elle n'est habituellement pas la signataire du bail. Les services de soutien sont intégrés et varient de quelques heures par semaine à plusieurs heures par jour. Ces appartements peuvent être individuels ou regroupés dans un même immeuble. Dans les appartements supervisés regroupés, le personnel peut être sur place.
Refuge	Milieu qui fournit un hébergement d'urgence ou temporaire (court terme) pour les personnes sans-abri.
Famille naturelle	La personne vit avec sa famille naturelle. Le soutien reçu peut varier en fonction des besoins de la personne et de l'implication de la famille.
Milieux permanents avec ou sans encadrement (soutien mobile / visites)	
Appartement du marché lucratif	La personne demeure dans son appartement et est signataire du bail. Une supervision à distance peut parfois lui être offerte d'un organisme extérieur (p. ex. suivi intensif), mais il n'y a aucun encadrement présent sur place.
Habitation à loyer modique (HLM)	La personne occupe un loyer subventionné pour lequel elle paie un loyer correspondant à 25% (Québec) du revenu total du ménage. Un soutien à distance peut parfois être reçu d'un organisme extérieur (le soutien est externe au HLM).
Coopérative ou COOP	La personne est à la fois locataire et «collectivement» propriétaire du bâtiment avec les autres locataires. Cette habitation partagée est fondée sur le principe de la coopération; les tâches d'entretien et de gestion de l'immeuble sont partagées. Un soutien extérieur peut parfois être reçu.
Supplément au loyer	La personne habite un appartement du marché lucratif, d'une coopérative ou d'un OBNL. Le prix du loyer est similaire à celui payé pour un HLM (au Québec, 25% du revenu total du ménage ou 30% aux États-Unis). Le supplément au loyer est rattaché à la personne et non au milieu.
Habitation gérée par le secteur associatif (p. ex. OBNL)	La personne habite un appartement dans un complexe géré par des locataires et des bénévoles, membres d'un organisme à but non lucratif (OBNL) ou d'une association. Les habitations gérées par des OBNL sont souvent destinées à des groupes ayant des situations particulières (aînés, mères monoparentales, personnes avec un trouble mental, etc.).

Le financement des milieux présentés dans le tableau 14.1 peut provenir de fonds publics, privés ou mixtes; leur gestion peut relever du secteur public, privé, communautaire, associatif ou être mixte. Ces aspects administratifs seront approfondis pour les différents types de logement disponibles au Québec pour les personnes avec un trouble mental, à la section 3 de ce chapitre.

2. Le logement: trois grands modèles pour l'appréhender

La littérature retient habituellement trois grands modèles liés au logement. Les approches associées au logement ont évolué du *a*) modèle traditionnel (*custodial*), au *b*) modèle de traitement résidentiel (*supportive housing*) jusqu'au *c*) modèle de soutien au logement (*supported housing*). Quelques auteurs résument l'évolution de ces trois grands modèles et leurs caractéristiques (p. ex. Ridgway et Zipple, 1990; Parkinson, Nelson *et al.*, 1999; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). Bien qu'en théorie ces modèles soient distincts, en pratique, leurs frontières sont floues et différentes approches coexistent. Par exemple, l'étude multicentrique de Rog et Randolph (2002) révèle la présence d'un continuum de *soutien au logement* plutôt qu'une adhésion aux caractéristiques exclusives de ce modèle. Ainsi, certaines caractéristiques qui définissent le *soutien au logement* (p. ex. choisir son lieu de résidence) se retrouvent dans des ressources classées dans le *modèle traditionnel*. Ce constat pourrait être relié à l'aspect dynamique du logement qui reflète, notamment, les idéologies d'une époque (Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Leff, Chow *et al.*, 2009). Pensons aux résidences d'accueil québécoises qui, d'un *modèle traditionnel*, ont graduellement évolué jusqu'à intégrer certaines des valeurs de la réadaptation psychosociale et du rétablissement, se rapprochant ainsi des deux autres modèles de logement.

La ressource décrite dans l'exemple 1 peut être associée à deux types de logement tels que définis dans le tableau I : une ressource de type familial et un appartement

supervisé. Elle rejoint les attributs associés aux modèles de *soutien au logement* (p. ex. le choix de son lieu de résidence) et de *traitement résidentiel* (p. ex. le développement d'habiletés, la progression vers un milieu de vie qui permet une plus grande autonomie).

Figure 1. Exemple 1. Une résidence au caractère dynamique...

M^{me} Gingras est propriétaire de deux grands duplex qui communiquent entre eux. Elle héberge dans un premier duplex six personnes avec un trouble mental qui ont chacune leur chambre. Elle leur offre gîte et couvert dans une atmosphère familiale. Dans l'autre duplex, elle et son conjoint vivent au premier étage et le rez-de-chaussée a été transformé en appartement où sont hébergées trois personnes avec un trouble mental. Deux d'entre elles ont d'abord demeuré dans la résidence d'accueil (premier duplex) où elles ont pu développer certaines habiletés (tâches domestiques, gestion du budget et préparation des repas, etc.) avant d'aller vivre dans l'appartement du rez-de-chaussée. La troisième personne est arrivée à la suite d'une hospitalisation; elle souhaitait demeurer dans un milieu où il y avait plus d'encadrement que dans un appartement dans la communauté. Bien que ces trois personnes s'organisent seules au quotidien, il arrive qu'elles prennent un repas avec le groupe de résidents. Elles reçoivent aussi de la supervision pour leur budget et pour leur épicerie. Une des trois personnes, qui travaille à temps plein, reçoit quotidiennement ses médicaments de M^{me} Gingras. Les deux autres personnes gèrent elles-mêmes leur médication. M^{me} Gingras peut aussi intervenir, à l'occasion, pour les tâches ménagères et les relations interpersonnelles entre les trois résidents. Elle discute aussi avec eux de la possibilité d'aller vivre dans leur propre appartement.

2.1. Modèle traditionnel (*custodial housing*)

Le *modèle traditionnel* prend son essor lors des premières vagues de désinstitutionnalisation. Les personnes avec un trouble mental qui demeurent dans ces milieux réalisent peu, ou pas, de rôles et d'activités domestiques ou autres (Murphy, Pennee *et al.*, 1972; Lamb, 1979; Parkinson, Nelson *et al.*, 1999). Le développement des habiletés et de l'autonomie des résidents ne font pas partie des valeurs recherchées. L'hébergement, habituellement de longue durée, se fait dans des ressources de petite ou grande taille (Parkinson, Nelson *et al.*, 1999). Les responsables offrent les soins de base tels que la préparation des repas, la lessive, l'entretien ménager et la gestion des médicaments, sans participation des personnes qui demeurent dans la ressource. Dans ce modèle, la personne a peu de pouvoir décisionnel. Selon Parkinson *et al.* (1999), la clientèle qui y demeure serait

moins autonome, présenterait plus de symptômes psychiatriques et aurait moins d'habiletés sociales et fonctionnelles que les personnes avec un trouble mental qui vivent de façon autonome ou dans des appartements supervisés. Elle aurait aussi vécu de plus nombreuses hospitalisations.

Les critiques à l'égard de ce modèle ont été très nombreuses, malgré le peu de recherche s'y rapportant. On reproche, entre autres, à ce modèle de recréer des environnements institutionnels, d'entretenir la dépendance et de ne pas promouvoir les valeurs du rétablissement (Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Leff, Chow *et al.*, 2009; Nelson, Aubry *et al.*, 2010). La condition des personnes hébergées révèle peu, ou pas, d'amélioration après plusieurs années dans le milieu (Segal et Kotler, 1993). Malgré les critiques, ce modèle représente encore une part importante des ressources résidentielles en Amérique du Nord (Parkinson, Nelson *et al.*, 1999; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008 ; Trainor, Taillon *et al.* 2013).

2.2. Modèle de traitement résidentiel (*supportive housing*)

Le *modèle de traitement résidentiel* s'appuie sur les valeurs des soins communautaires et de la réadaptation psychosociale. Selon sa prémisse, la réadaptation peut et doit se faire à l'intérieur du milieu résidentiel. Le logement est ici une composante rattachée au traitement/réadaptation et non un «milieu de vie» en soi. Il vise donc le développement d'habiletés sociales et fonctionnelles pour permettre aux personnes avec un trouble mental d'évoluer dans la communauté et de s'y intégrer. Le personnel peut être composé de professionnels mais, selon Parkinson *et al.* (1999), la formation du personnel est souvent limitée. Le personnel est habituellement sur place dans le milieu, mais il peut aussi offrir des services de soutien mobiles (visites). Les ressources sont de petite ou moyenne taille (6-12 personnes) (Parkinson, Nelson *et al.*, 1999). Sous sa première forme, ce modèle offre un continuum résidentiel composé de différentes ressources graduées en fonction du soutien offert aux résidents (Ridgway et Zipple, 1990). Étape par étape, les résidents

évoluent et développent des habiletés pour, éventuellement, vivre de façon autonome. Par exemple, une personne pourrait passer successivement d'un foyer de groupe à un appartement supervisé, à une habitation autonome. Ce modèle correspond donc à un modèle «*train and place*» (Corrigan et McCracken, 2005) dans lequel les habiletés développées doivent, en théorie, se transplanter dans le prochain milieu de vie. Le «*train and place*» fait référence à la notion d'entraîner (*train*) la personne puis, ensuite, de lui trouver un milieu de vie ou de travail approprié (*place*). Un parallèle peut être établi avec les modèles de soutien à l'emploi.

Sous son autre forme, ce modèle s'articule autour de l'hétérogénéité et de la diversité des besoins des personnes avec un trouble mental (Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). Les auteurs parlent d'un éventail de ressources offrant différents degrés de soutien ou «*array of resources*». Cette deuxième forme, plus flexible que celle du continuum résidentiel, prévoit que le soutien offert dans le milieu doit être adapté aux besoins de la personne, à ses habiletés et à ses préférences. Le pairage ou le jumelage entre la personne et son environnement est donc un élément clé. Cette forme s'adresse à des personnes avec un trouble mental qui nécessitent un soutien et qui pourraient difficilement vivre seules dans leur propre logis. Les critiques à l'égard de ce modèle, nombreuses, visent principalement le continuum résidentiel. Dans le continuum résidentiel, les personnes sont censées évoluer et acquérir une autonomie. Or, les études démontrent que peu d'entre elles atteignent l'étape finale, soit l'acquisition de son propre logis (Ridgway et Zippel, 1990). Peu de systèmes ou d'organisations possèdent ou investissent assez de ressources pour mettre en place un continuum complet. Qui plus est, la notion de continuum résidentiel ne tient pas compte de la trajectoire non linéaire des troubles de santé mentale et de la fluctuation des besoins au cours de la vie (Rog, 2004). Chaque changement de milieu oblige les personnes à s'adapter à un nouveau milieu et à créer de nouveaux liens sociaux. Ces transitions sont souvent perçues comme stressantes et difficiles (Patterson, McIntosh *et al.*, 2007; Corrigan, Mueser *et al.*,

2008; Leff, Chow *et al.*, 2009). On reproche aux deux formes du *modèle de traitement résidentiel* de confondre logement et traitement, rendant le premier conditionnel au second (Dorvil, Morin *et al.*, 2002; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). De plus, les services de réadaptation offerts peuvent difficilement être individualisés, compte tenu du contexte de groupe⁵. Enfin, le personnel du programme peut facilement devenir préoccupé par des aspects de logistique (le nombre de places occupées, le bâtiment, les règles du milieu, le roulement du personnel, etc.) au lieu de se concentrer sur le traitement et la réadaptation (Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). Enfin, les modèles «*train and place*» (Corrigan et McCracken, 2005), à l'instar du *modèle de traitement résidentiel*, reposent sur une généralisation des habiletés acquises. Or, le transfert des habiletés et des connaissances à d'autres environnements est parfois difficile.

2.3. Modèle de soutien au logement (*supported housing ou permanent supportive housing*)

Le *modèle de soutien au logement* émerge dans les années 1980. Il répond à plusieurs des critiques faites aux modèles décrits précédemment et s'inscrit dans un nouveau paradigme (Ridgway et Zipple, 1990). Par définition, le *soutien au logement* renvoie à une habitation autonome dans la communauté auquel se greffent des services de soutien (Carling, 1993). Ce modèle prône la différenciation entre logement et traitement. Il milite aussi pour les droits et responsabilités des personnes avec un trouble mental demeurant dans des appartements (locataires réguliers) (Parkinson, Nelson *et al.*, 1999; Patterson, McIntosh *et al.*, 2007). L'aide des professionnels se situe à l'arrière-plan (Carling, 1993; Parkinson, Nelson *et al.*, 1999). Leur rôle est celui d'un accompagnateur ou d'un facilitateur qui oriente la personne vers les ressources appropriées dans la communauté, ou la guide dans la prise de décisions. Les personnes devraient pouvoir choisir leur milieu de vie, leur(s) colocataire(s) et parmi les services de soutien offerts. Ce modèle privilégie l'appropriation du

⁵ Le principe de l'individualité est l'un des principes de base de la réadaptation (p. ex. Pratt, Gill *et al.*, 1999.) et du rétablissement.

pouvoir et encourage les réseaux sociaux naturels à même la collectivité. La personne apprend sur place les habiletés nécessaires à la vie autonome sans qu'une transition ultérieure ne soit nécessaire: il s'agit d'un modèle «*place and train*» (Corrigan et McCracken, 2005). Le soutien et les services sont adaptés aux besoins de la personne et sont reçus sur une base volontaire. Ce modèle rejoint les services de soutien intensif et d'intensité variable puisqu'ils sont souvent offerts conjointement (Patterson, McIntosh *et al.*, 2007; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). Un parallèle peut encore être établi avec les principes des services de soutien à l'emploi. En 2002, Rog et Randolph identifiaient six principes qui distinguent les habitations propres à ce modèle :

1. la personne peut avoir un bail à son nom ou être propriétaire de son domicile;
2. la personne a le choix de son lieu de résidence et du soutien qu'elle reçoit;
3. l'organisation responsable d'offrir les services de santé est distincte de celle du logement;
4. les services de santé ou de soutien sont reçus sur une base volontaire;
5. les services reçus sont implantés dans la communauté (et ne sont préférablement pas offerts par des professionnels);
6. les services sont disponibles 24 heures par jour, mais ils ne sont pas localisés sur place (visites).

Récemment, Rog, Marshall *et al.* (2014) ont ajusté ces critères. Ces auteurs utilisent l'appellation « *permanent supportive housing* » conformément à la terminologie de la SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). «Pathway to Housing» ou le programme «Housing First», d'abord implanté dans la région de New York, au début des années 1990 (Tsemberis et Eisenberg, 2000; Pathways to Housing, 2009), est un exemple notoire du *modèle de soutien au logement* combiné avec un soutien de type suivi intensif dans la communauté ainsi qu'avec une forme de supplément au loyer. Ce programme dessert une clientèle itinérante avec un trouble mental. Il est l'un des plus souvent cités pour appuyer le *modèle de soutien au logement*.

Le *modèle de soutien au logement* se répand dans les années 1990, malgré une absence de données probantes en sa faveur (Rog, 2004; Patterson, McIntosh *et al.*, 2007). Il

suscite peu de critiques. Cependant, quelques auteurs indiquent que certaines personnes, à des étapes initiales dans leur processus de rétablissement, pourraient bénéficier de milieux offrant davantage d'encadrement; les personnes avec un trouble mental ne forment pas un groupe homogène, aussi devrait-il exister une variété de milieux résidentiels pouvant répondre à leurs besoins (Fields, 1990; Dincin, 1993; Fakhoury, Murray *et al.*, 2002; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). Une deuxième critique, importante, concerne l'isolement et la solitude que peuvent vivre les personnes qui demeurent dans leur propre appartement (Parkinson, Nelson *et al.*, 1999; Walker et Seasons, 2002; Browne et Courtney, 2005; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Nelson, Aubry *et al.*, 2010). Le fait d'avoir son propre appartement n'est pas toujours synonyme d'intégration sociale. Ainsi, plusieurs personnes avec un trouble mental demeurent confinées dans leur appartement, ont peu de contacts avec l'extérieur et utilisent peu les services dont elles pourraient bénéficier. Enfin, trouver un logis abordable et adéquat dans un quartier sécuritaire demeure un défi de taille, considérant le faible revenu dont disposent plusieurs des personnes avec un trouble mental (Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Nelson, Aubry *et al.*, 2010).

2.4. Préférences résidentielles

Les résultats de l'analyse de 26 études effectuées par Tanzman (1993), et totalisant un échantillon non aléatoire d'environ 4000 personnes avec un trouble mental, indiquent que près de 60 à 70% d'entre elles préféreraient vivre dans leur propre résidence ou appartement. D'autres études arrivent à des conclusions similaires (Srebnik, Livingston *et al.*, 1995; Palmer, MacFarlane *et al.*, 2000; Browne et Courtney, 2005). Toutefois, cette même analyse de Tanzman (1993) indique aussi que plusieurs des personnes interrogées sont ouvertes à d'autres types de milieux résidentiels. Les résidences de groupe et les maisons de chambres figurent souvent parmi les options les moins populaires (Tanzman, 1993; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008). Dans leur étude sur les préférences résidentielles auprès d'un échantillon de 315 personnes vivant dans des ressources résidentielles avec encadrement à

Montréal, Piat *et al.* (2008) relèvent que 53,3% des personnes interviewées préféreraient vivre dans un milieu défini comme autonome. Parmi elles, 22% préféreraient vivre dans leur propre appartement ou résidence, 18% dans des habitations à loyer modique (HLM) ou des OBNL d'habitation et 0,3% dans des maisons de chambres sans service. En contrepartie, 38% des personnes interviewées préféreraient vivre dans des ressources résidentielles avec encadrement: 15% dans des appartements supervisés, 7% dans des foyers de groupe, 11,5% dans des résidences d'accueil et 4,5% dans des pavillons. Ces résultats divergent de ceux des intervenants interrogés qui préfèrent, pour les personnes avec un trouble mental, les appartements supervisés (26%) et les autres ressources résidentielles avec encadrement, comme les résidences d'accueil (25%), les résidences de groupe (15%) et les pavillons (12%). Ils n'envisagent les milieux autonomes (propre appartement ou résidence, OBNL d'habitation et HLM) que pour 23% des personnes. Cet écart entre les préférences des personnes avec un trouble mental et celles des professionnels et des familles est rapporté par d'autres auteurs. Selon Newman (2001), les personnes dont le milieu de vie correspond à leur préférence seraient plus satisfaites et atteindraient une meilleure stabilité résidentielle. De plus, dans une perspective de rétablissement, la décision concertée de la personne avec ses intervenants, laquelle tient compte des préférences de la personne, est une pratique basée sur des données probantes (Drake, Merrens *et al.*, 2005 ; Rog, Marshall *et al.*, 2014).

Une étude récente (Tsai, Bond *et al.*, 2010) confère une dimension temporelle à la notion de préférence. Par exemple, même si plusieurs des personnes avec un trouble mental souhaitent éventuellement vivre dans leur appartement, certaines d'entre elles affirment qu'à un moment dans leur vie demeurer dans un milieu de groupe avec encadrement a été bénéfique. Les études de Piat *et al.*, au Québec, vont dans le même sens (Piat et Sabetti, 2010). Bien que certaines personnes n'aient jamais souhaité demeurer dans des ressources avec encadrement, cette étape semble les avoir aidées dans leur processus de rétablissement. Plusieurs des répondants parlent donc de préférences futures, tout en étant satisfaits du lieu

actuel de résidence (Tsai, Bond *et al.*, 2010). En ce sens, des études québécoises relèvent peu d'insatisfaction chez les personnes demeurant dans des résidences d'accueil ou dans des ressources intermédiaires (Mercier, 1989; Piat, Ricard *et al.*, 2006; Clément, Bolduc *et al.*, 2009). La majorité des répondants se sentent soutenus, aimés et respectés; ils rapportent aussi une meilleure stabilité résidentielle et financière (Clément, Bolduc *et al.*, 2009).

En somme, une majorité des personnes avec un trouble mental préféreraient vivre dans des milieux qui leur procurent une plus grande autonomie. Toutefois, selon Tsai *et al.* (2010), deux autres aspects doivent être considérés en lien avec les préférences résidentielles: 1) les personnes peuvent souhaiter demeurer dans un autre type de logement, à certains moments dans leur vie (aspect temporel); 2) il doit y avoir un équilibre entre les préférences et les besoins. Ce deuxième aspect soulève l'importance de documenter les caractéristiques des personnes avec un trouble mental qui participent aux études étant donné que ces caractéristiques pourraient influencer sur les résultats au niveau individuel, pour les différents modèles de logement (Rog, Marshall *et al.*, 2014).

2.5. Efficacité des différents modèles de logement: y en a-t-il un meilleur?

Plusieurs auteurs et intervenants s'entendent pour dire que le *soutien au logement* est un modèle supérieur aux autres, et ce, malgré la revue Cochrane (Chilvers, Macdonald *et al.*, 2006) et d'autres auteurs (Fakhoury, Myrray *et al.*, 2002; Rog, 2004; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Leff, Chow *et al.*, 2009) qui concluent qu'il n'y a pas assez de preuves pour appuyer cette assertion. Pourtant, la question résidentielle fut examinée sous plusieurs angles (symptômes, intégration sociale, hospitalisation, stabilité résidentielle, fonctionnement, qualité de vie, satisfaction, choix résidentiel, itinérance, etc.). Les études existantes sont principalement descriptives, de faible puissance statistique et plusieurs omettent de décrire les caractéristiques des milieux (l'étude de Rog *et al.* est une des rares exceptions) (Newman, 2001; Fakhoury, Myrray *et al.*, 2002; Leff, Chow *et al.*, 2009). Dans d'autres études, les

caractéristiques des personnes en pré- et post-hébergement ne sont pas prises en considération lors des comparaisons entre les milieux (Leff, Chow *et al.*, 2009; Rog, Marshall *et al.* 2014). Certes, le *modèle de soutien au logement* concorde avec les préférences dominantes des personnes avec un trouble mental et il rejoint davantage la philosophie du rétablissement. Il permet aussi de limiter la stigmatisation et la ghettoïsation associées aux milieux de groupe (Macpherson, Shepherd *et al.*, 2004). De plus, le *modèle de soutien au logement* est une initiative moins onéreuse que celle des ressources issues du *modèle de traitement résidentiel* (Pathways to Housing, 2009; Priebe, Saidi *et al.*, 2009). Toutefois, la littérature ne permet pas de déterminer, sur un plan empirique, quel modèle entre le *soutien au logement* et le *modèle de traitement résidentiel* est le plus efficace pour les [sous-groupes de] personnes avec un trouble mental (stabilité résidentielle, réduction des symptômes, intégration sociale, etc.) (Rog, 2004; Chilvers, Macdonald *et al.*, 2006; Patterson, McIntosh *et al.*, 2007; Corrigan, Mueser *et al.*, 2008; Leff, Chow *et al.*, 2009; Nelson, Aubry *et al.*, 2010).

Quelques conclusions se dégagent tout de même de la littérature. Premièrement, la vie dans la communauté est préférable à celle en institution. Les études qui comparent des clientèles hébergées durant plusieurs années dans une institution psychiatrique, puis intégrées dans la communauté, à des clientèles institutionnalisées ont démontré que la vie dans la communauté a ses avantages: de meilleures habiletés fonctionnelles et sociales, une meilleure satisfaction, une meilleure qualité de vie, etc. (p. ex. le projet TAPS) (Leff, Dayson *et al.*, 1996; De Girolamo et Bassi, 2004). Deuxièmement, les études montrent un écart entre les mesures subjectives et objectives de la qualité de vie des personnes avec un trouble mental demeurant dans différents milieux résidentiels (Horan, Muller *et al.*, 2001; De Girolamo et Bassi, 2004). Selon la recension des écrits de De Girolamo et Bassi (2004), les personnes hébergées dans des ressources résidentielles avec encadrement rapportent habituellement une bonne qualité de vie subjective. Plusieurs études établissent un lien entre le milieu et la qualité de vie subjective (p. ex. Mercier, 1989; Lehman, Slaughter *et al.*,

1991; Horan, Muller *et al.*, 2001). Troisièmement, peu importe le modèle, le fait de demeurer dans un environnement offrant du soutien diminue les journées d'hospitalisation et les journées d'itinérance (Leff, Chow *et al.*, 2009). Concernant le *modèle de traitement résidentiel*, des études rapportent des résultats positifs pour ce qui est de la stabilité résidentielle et de la diminution des symptômes (Patterson, McIntosh *et al.*, 2007; Leff, Chow *et al.*, 2009). Le *modèle de soutien au logement* est aussi associé à une meilleure stabilité résidentielle et à une satisfaction accrue pour son milieu de vie. Quatrièmement, bien que le *modèle de traitement résidentiel* ait été abondamment critiqué, il existe dans la littérature un argumentaire en sa faveur. En effet, quelques auteurs considèrent que les personnes demeurant dans des milieux de groupe avec de l'encadrement forment un sous-groupe de personnes avec un trouble mental distinct de celui des personnes qui vivent dans leur propre logis, puisque certaines d'entre elles peuvent difficilement vivre sans soutien (Rog, 2004). De plus, des études concluent que pour certaines personnes avec un trouble mental plus sévère demeurer dans un milieu sans encadrement pourrait contribuer à une diminution du niveau de fonctionnement dans diverses sphères (Dickey, Normand *et al.*, 1996; Patterson, McIntosh *et al.*, 2007). Ainsi, pour quelques auteurs, les milieux de groupe avec de l'encadrement seraient appropriés pour satisfaire les besoins de personnes avec un trouble mental ayant des besoins plus importants (Rog, 2004). Plusieurs auteurs sont donc favorables à l'idée d'un éventail de ressources, lequel comprend les milieux rattachés au *modèle de soutien au logement* (Fakhoury, Murray *et al.*, 2002; Macpherson, Shepherd *et al.*, 2004; Priebe, Saidi *et al.*, 2009). Toutefois, la congruence entre la personne, ses besoins et les services offerts par l'environnement résidentiel demeure un enjeu important, le processus de jumelage ou de pairage n'étant pas, pour l'instant, fondé sur des données probantes (Corrigan *et al.*, 2008).

3. Le logement pour les personnes avec un trouble mental au Québec

Au Québec, il est possible de distinguer quatre grands secteurs de logement pour les personnes avec un trouble mental, soit *a)* les ressources résidentielles sous la responsabilité

d'un établissement désigné qui regroupent les ressources non institutionnelles et les ressources d'établissement, *b*) les organismes communautaires d'hébergement incluant des organismes à but non lucratif (OBNL), *c*) le «logement social et communautaire» et *d*) les habitations privées à but lucratif (Côté, 2002). Les données exhaustives sur le nombre de places et les caractéristiques des personnes desservies pour les quatre secteurs de logement sont inexistantes (voir Côté 2002 ; ASSSM, 2009 ; Trainor, *et al.* 2013). Enfin, bien que ceci ne soit pas abordé dans cette section, il importe de rappeler que plusieurs personnes avec un trouble mental vivent avec leur famille (tableau I, p. 22).

Peu importe le secteur de logement, des services de soutien et de réadaptation peuvent ou non être offerts: accompagnement auprès des services publics, aide aux activités de la vie courante (gestion du budget et de la médication, entretien ménager, préparation des repas, etc.), gestion des conflits entre les locataires ou les résidents, intervention de crise, intervention psychosociale et organisation communautaire (ASSSM, 2009). D'ailleurs, le niveau de services offerts peut aussi servir à catégoriser les ressources et les services résidentiels (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005; ASSSM, 2009):

Tableau II. Offre de services résidentiels selon le niveau de services

Code 30	Encadrement intensif à durée limitée: Offre des activités de soins, de traitement, de réadaptation et d'encadrement intensif [...] Les services professionnels ou spécialisés sont organisés sur une base continue 24 heures par jour (p. ex. organisme communautaire d'hébergement, ressource intermédiaire, ressource d'établissement).
Code 31	Soutien léger/modéré à durée illimitée: Essentiellement des ressources intermédiaires et des ressources de type familial mandatées afin d'offrir aux personnes hébergées des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles du milieu naturel.
Code 32	Soutien au logement: Offre des activités de soutien continu ou de supervision en appartement autonome ou en appartement supervisé.

3.1. Contexte historique et économique entourant les ressources résidentielles au Québec

Au Québec, la transformation des services de santé mentale asilaire a débuté dans les années 1960. En 1961, le livre intitulé *Les fous crient au secours* écrit par un ex-patient de

Saint-Jean-de-Dieu, le plus grand hôpital psychiatrique québécois, et préfacé par le D^r Camille Laurin, fait scandale. Le gouvernement Lesage qui a initié la Révolution tranquille (1960-1966) va créer la commission Bédard, Lazure et Roberts dont le rapport entraîne la désinstitutionnalisation⁶, le transfert des patients vers la communauté et le développement de services extrahospitaliers (département de psychiatrie dans les hôpitaux généraux; cliniques externes de psychiatrie; ressources résidentielles et d'hébergement; équipes de santé mentale de proximité; ressources occupationnelles⁷). Les vagues de désinstitutionnalisation et le *virage ambulatoire* (Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, 1997) ont donc contribué à la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Par exemple, au Québec, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (Hôpital Louis-H.-Lafontaine²) qui comptait plus de 6000 lits, en 1960, et 2200, en 1987, n'en compte plus que 389, en 2011.

Au Canada, dès la première vague de désinstitutionnalisation, la majorité des patients ont été placés dans des résidences d'accueil (Murphy, Pennee *et al.*, 1972). Au fil des années, le nombre de personnes demeurant dans des résidences d'accueil a augmenté. La désinstitutionnalisation et la non-institutionnalisation ont créé un besoin accru de logement et de services dans la communauté pour les personnes avec un trouble mental⁸. Les développements subséquents sont comparables à ceux observés dans les pays de l'OCDE. Toutefois, ces changements se sont aussi traduits par l'augmentation du nombre de sans-abri avec un trouble mental dans les grandes villes et par la transinstitutionnalisation vers le secteur carcéral. L'une des principales causes des conséquences négatives de la désinstitutionnalisation et de la non-institutionnalisation est attribuable à une gestion publique déficitaire: les budgets n'ont pas été déployés proportionnellement à la fermeture

⁶ Dorvil *et al.* (1997) identifient trois composantes au processus de la désinstitutionnalisation : la déshospitalisation, la non-institutionnalisation et la réorganisation du système de soins.

⁷ Les ressources occupationnelles comprennent, par exemple, les ressources axées sur le retour ou le maintien au travail, les centres de jour, les groupes d'entraide et les clubs psychosociaux (Thornicroft et Tansella, 2003).

⁸ Le Québec possède 0,4 lit par 1000 habitants pour des hospitalisations, dont 0,25/1000 devrait être réservé à des hospitalisations de soins actifs et 0,15 à des soins psychiatriques de longue durée de type CHSLD (MSSS, 2005).

des lits des hôpitaux psychiatriques (Thorncroft et Tansella, 2003). Les services de santé mentale dans la communauté (p. ex. suivi intensif, suivi d'intensité variable, équipes mobiles de crise, mesures de soutien à l'emploi, soutien au logement) sont insuffisants pour répondre aux besoins de cette population.

Sur le plan économique, au début des années 1960, au Canada, approximativement 10% du budget de la santé était consacré à la santé mentale, essentiellement à l'hospitalisation. En 2007, cette proportion se situait entre 5 et 6% dans la plupart des provinces canadiennes, dont le Québec (Institute of Health Economics, 2010). Encore aujourd'hui, au Québec, la santé mentale représente 5-6% du budget public (excluant le salaire des médecins et les frais liés aux médicaments). La figure 2 présente le budget de la santé mentale en fonction des grands types de services. Des parts égales de 20 à 25% sont destinées aux *a*) services d'hospitalisation, *b*) aux services d'hébergement et ressources intermédiaires et *c*) aux services ambulatoires (p. ex. cliniques externes). La figure 3, qui utilise la typologie de l'«*European Services Mapping Schedule*» (ESMS), reprend les résultats de la figure précédente en agrégeant les coûts de l'hospitalisation et du secteur résidentiel supervisé, et en séparant les organismes communautaires qui reçoivent environ 10% du budget public en santé mentale. Ces organismes sont principalement engagés dans la prestation de services d'insertion sociale, mais ils peuvent aussi être impliqués dans le logement et les services de proximité.

En examinant la figure 3 (p. 40), il peut sembler surprenant que le secteur hospitalier/résidentiel supervisé exige une telle part du budget au Québec, après plus de cinquante ans de désinstitutionnalisation. De manière similaire, en Italie, où les hôpitaux psychiatriques ont été complètement fermés à la fin des années 1990, le secteur des ressources résidentielles supervisées représente tout de même 60% du budget de la santé mentale (Amaddeo, Beecham *et al.*, 1997). Ainsi, les services hospitaliers et résidentiels représentent des coûts importants, même s'ils ne desservent qu'un petit nombre; pas plus de 10% des personnes

avec un trouble mental grave (ils desservent donc 0,1 à 0,2% de la population). Par ailleurs, on estime que 15% de la population présente des troubles mentaux courants et qu'elle est suivie par un médecin de famille. Environ 2 à 3% de la population utiliserait les services spécialisés ambulatoires; 0,3% de la population serait hospitalisée et occuperait un lit psychiatrique de courte durée (environ 10 jours); environ 0,1% de la population serait logée dans une ressource résidentielle avec encadrement publique et 0,015% de la population occuperait un lit psychiatrique de longue durée (plus d'un an) (Lesage, 2010).

3.2. Ressources non institutionnelles et ressources d'établissements (secteur public)

Les ressources non institutionnelles (RNI) et les ressources d'établissement (RE) sont des ressources résidentielles publiques qui relèvent d'un établissement de l'État (Québec). Ces types de ressources ne sont pas propres à la santé mentale. Par exemple, on retrouve aussi des RNI qui desservent des personnes avec une déficience intellectuelle ou des personnes âgées. Elles relèvent donc des Services sociaux au niveau du MSSS (annexe 6). Les RNI en santé mentale comprennent *a)* les ressources intermédiaires (RI), *b)* les résidences d'accueil⁹ ou les ressources de type familial (RTF) et *c)* les ressources autres (RA) ou les ressources d'intégration sociale (RIS).

Les quatre catégories de ressources résidentielles relevant d'un établissement public désigné (ressources intermédiaires, ressources autres/ressources d'intégration sociale, résidences d'accueil et ressources d'établissement) diffèrent au regard de leur structure administrative et de l'intensité de l'encadrement des résidents. Les ressources non institutionnelles et les ressources d'établissement comprennent plusieurs des types de logement présentés dans le tableau 1. Au fil des ans, des sous-types de ressources ont

⁹ Au Québec, les premiers placements en familles substituts ont eu lieu en 1954 et 1955. Ces familles sont alors nommées *foyers nourriciers*. En 1971, l'entité juridique de la *famille d'accueil* est créée pour désigner une ressource résidentielle pour les enfants, les adultes ou les personnes âgées. L'actualisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en 1991, introduit l'appellation de *ressources de type familial* qui comportent deux entités distinctes, soit la famille d'accueil pour les enfants et la résidence d'accueil pour les personnes adultes et les personnes âgées. Ce chapitre utilise l'appellation résidence d'accueil sans tenir compte des différentes périodes de l'histoire.

émergé et les approches hybrides sont communes (voir l'exemple 1, p. 25). Des variations eu égard aux caractéristiques de la structure et du fonctionnement sont observées pour les ressources d'une même appellation (Felx, manuscrit non publié). Certaines offrent des services de soutien et d'assistance ayant pour but de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale, alors que d'autres visent davantage le maintien dans la communauté.

Bien que localisée dans la communauté, depuis 1993, chaque ressource non institutionnelle est rattachée par un lien contractuel à un établissement public désigné par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de son territoire. Il s'agit habituellement d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) ou d'un centre hospitalier (CH). Cet établissement est imputable de la qualité de l'ensemble des soins et des services rendus à chacun des résidents. Il doit aussi veiller à l'accessibilité aux ressources résidentielles et au recrutement de nouvelles ressources. Des professionnels de la santé (p.ex. travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers, éducateurs spécialisés) agissent comme intermédiaires entre les services formels et les ressources non institutionnelles, et entre les responsables des milieux et leurs résidents (Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, 1997). Suite à l'adoption de la *Loi sur la représentation des ressources* (LRR) et à la mise en place des ententes collectives, plusieurs de leurs tâches ont été modifiées. Si le *suivi professionnel des ressources* a été remplacé par le *suivi professionnel de l'utilisateur*, certaines tâches comme le pairage ou le jumelage lors du processus d'admission des personnes dans les ressources, l'évaluation des besoins et l'identification des services requis par un résident demeurent inchangées.

Au Québec, en 2006, environ 6853 adultes avec un trouble mental demeuraient dans des RI ou des RTF; le nombre de places en RI se chiffrait à 2925 places et celui en RTF (résidence d'accueil), à 4357 places (Communications personnelles avec le MSSS, 2007). Le nombre de places en RI et en RTF équivaut donc à environ 105 places par 100 000 habitants, mais une tendance à la baisse est observée (voir note 7, p. 6). Ce nombre exclut les personnes qui vivaient dans les ressources d'établissement et les ressources autres. Toutefois,

Figure 2. Dépenses publiques en santé mentale au Québec par secteur d'activité

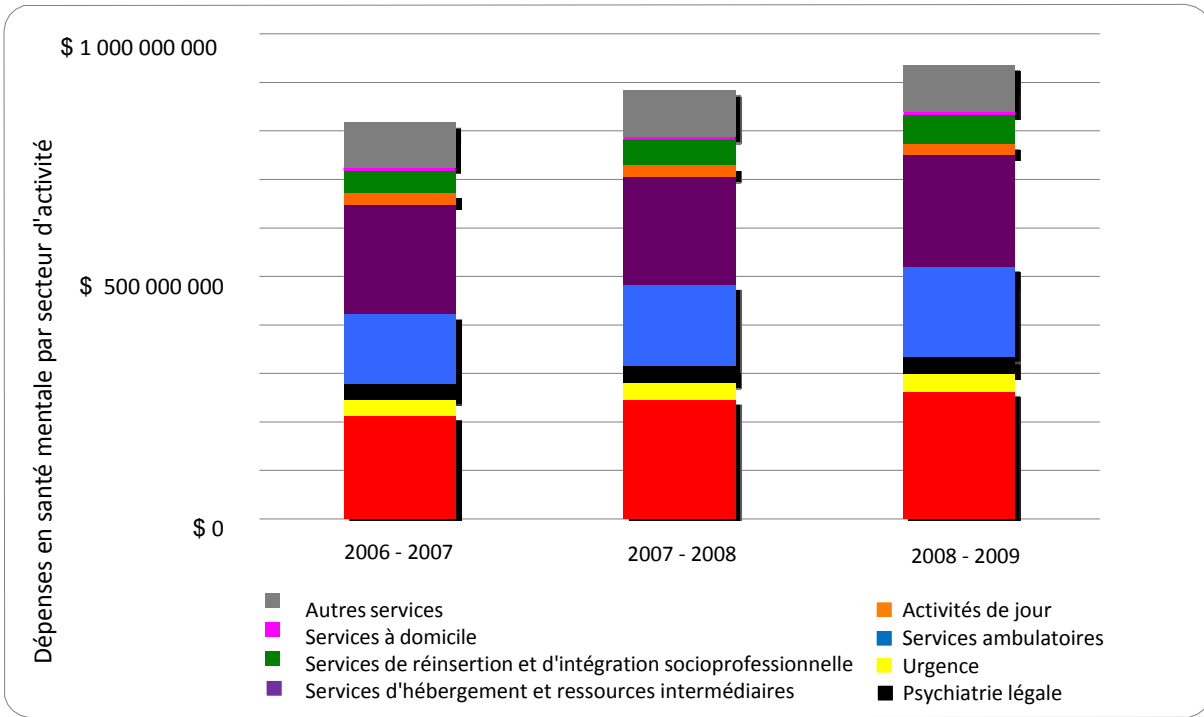
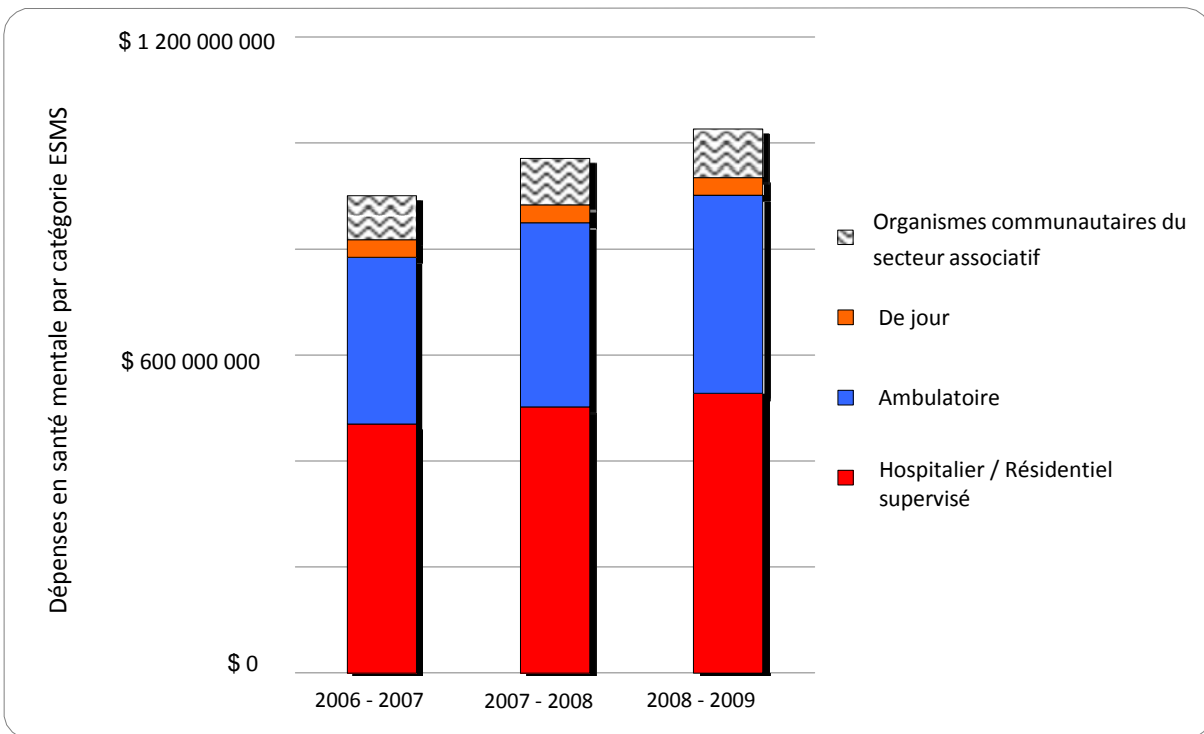


Figure 3. Dépenses publiques en santé mentale selon la typologie de l'ESMS



ces dernières sont plus rares à l'échelle provinciale. À titre d'exemple, en 2003, le nombre total de ressources non institutionnelles observées dans un secteur de l'est de Montréal, réputé pour être bien pourvu, était de 113 places par 100 000 habitants (incluant les appartements supervisés). Ce nombre n'est pas différent de celui relevé dans d'autres provinces canadiennes ou en Grande-Bretagne, mais il est plus élevé que les 60 places par 100 000 habitants rapportées à Trieste (Lesage, Gelinias *et al.*, 2003) ou que les 40 places par 100 000 habitants ailleurs, en Italie (Neri *et al.* 2011). Notons aussi qu'au Québec le nombre de ressources fluctue selon les régions et les secteurs; elles tendent à être plus nombreuses au pourtour des anciens hôpitaux psychiatriques ou à proximité de ceux encore existants.

3.2.1. Résidences d'accueil (ressources de type familial)

Au Québec, les résidences d'accueil occupent une part importante du logement pour les personnes avec un trouble mental (environ 4357 personnes). Dans le tableau I (p. 22), les résidences d'accueil correspondent au type de logement du même nom. Contrairement aux autres types de logement présents sur le territoire québécois, les résidences d'accueil ont fait l'objet de plusieurs études (p. ex. Mousseau-Glasser, 1988; Mercier, 1989; Piat, Ricard *et al.*, 2001; Piat, Perreault *et al.*, 2004; Piat, Ricard *et al.*, 2006).

Historiquement, les résidences d'accueil psychiatriques pour adultes sont d'abord apparues à Gheel, en Belgique, il y a plus de 600 ans. Les familles de ce village prirent l'initiative d'accueillir des personnes avec un trouble mental dans leur maison (Linn, Klett *et al.*, 1980). Linn rapporte que l'idée de prendre soin d'une personne dans un environnement familial s'est propagée en Europe, au XIX^e siècle, et a été introduite aux États-Unis, en 1885. Les résidences d'accueil américaines se sont davantage développées comme des services résidentiels privés à but lucratif, tandis que les résidences d'accueil canadiennes ont généralement été financées et gérées comme des services publics situés dans la communauté (Trainor, cité dans Pelletier, Piat *et al.*, 2009).

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) définit les résidences d'accueil comme des maisons privées tenues par un citoyen ordinaire, responsable. Au Québec, les résidences d'accueil hébergent, sous un même toit, un maximum de neuf adultes avec un trouble mental que leur confie un établissement public. Leur particularité repose sur leur caractère familial qui reproduit les principaux attributs de la famille québécoise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). La durée moyenne de séjour dans une résidence d'accueil est de six ans (Piat et Sabetti, 2010), et ce, malgré l'importance accordée à la réadaptation et les attentes accrues à l'égard des responsables depuis quelques années. Le faible taux de roulement a également été observé aux États-Unis, en Italie et en Grande-Bretagne (Piat et Sabetti, 2010). Les résidences d'accueil québécoises ont donc été conçues selon un modèle de soins traditionnels, non professionnels, qui opère à l'intérieur d'une structure de suivi rattachée aux professionnels (ou équipes multidisciplinaires) d'établissements (Piat et Sabetti, 2010). Les responsables qui gèrent les résidences d'accueil au quotidien sont des travailleurs autonomes; ils ne sont pas des employés des services publics formels (voir Projet de loi 49, L.R.Q., chapitre 24).

Le responsable des résidences d'accueil et les résidents se trouvent engagés dans des interactions quotidiennes, sept jours par semaine, jour et nuit. Les responsables assurent des services de soutien ou d'assistance¹⁰. De plus, la résidence d'accueil dispense plusieurs articles de base comme la nourriture, le savon, les meubles et la literie. En retour, la résidence reçoit par l'intermédiaire de l'établissement une indemnité quotidienne fixe, qui comprend une contribution de la personne hébergée. Au 1^{er} janvier 2011, le taux quotidien de base versé à la résidence d'accueil s'établissait à 27,50 \$ par jour, par personne hébergée. Selon les services offerts, ce taux peut atteindre 59,30 \$ par jour. La contribution de la personne hébergée est déterminée par règlement (la contribution des personnes

¹⁰ Le lecteur intéressé est invité à consulter le nouveau cadre de référence pour les RI et les RTF publié en avril 2014 (MSSS, 2014) de même que le règlement sur les services offerts (MSSS, 2013a ; 2013b). Les modifications législatives et administratives récentes ont aussi touché le calcul de la rétribution versée aux ressources.

prestataires du Programme d'aide sociale était de 693 \$ par mois au 1^{er} janvier 2011).

Les responsables ont comme mandat de «favoriser l'acquisition d'aptitudes et de faciliter le développement optimal» des usagers au quotidien (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Plusieurs responsables reçoivent peu de formation et la formation offerte varie selon les établissements désignés (Felx, manuscrit non publié). Les travaux de Piat et divers collaborateurs (Piat et Sabetti, 2010) indiquent que les responsables ont leurs propres standards «professionnels»: ils préconisent des valeurs fondées sur la dignité de la vie humaine et le droit des individus au respect et aux soins. Ainsi, la majorité des responsables sont propriétaires de résidences d'accueil davantage pour des motifs altruistes que pour le profit (p. ex. Blaustein et Viek, 1987). Les responsables se décrivent, à la fois, comme des parents et des agents de réadaptation pour leurs résidents (Piat, Perreault *et al.*, 2004).

Les responsables œuvrent dans des conditions difficiles, autant au regard du partenariat «forcé» (Piat et Sabetti, 2010) avec les services formels publics qu'à celui du fardeau associé à leur rôle d'aidant (Piat, Perreault *et al.*, 2004; Piat et Sabetti, 2010). Ils réclament d'être reconnus comme des partenaires. Ils insistent sur le fait qu'ils occupent une position privilégiée pour connaître les besoins des résidents, laquelle est fondée sur une connaissance plus intime du résident, différente de la relation typique client-professionnel en santé mentale. Les responsables font aussi valoir leur position stratégique pour intervenir rapidement dans les situations de crise.

3.2.2. Ressources intermédiaires

Outre les résidences d'accueil, les ressources intermédiaires ou RI forment l'autre grande catégorie de ressources non institutionnelles présentes sur le territoire québécois (environ 2925 places). Les ressources intermédiaires désignent des ressources de natures

multiplés qui visent à aider les personnes à conserver, à améliorer ou à retrouver leur autonomie (ASSSM, 2009). L'intensité des services et le rapport personnel-résidents varient en fonction de la clientèle qui y habite. Par exemple, les ressources intermédiaires qui accueillent une clientèle en psychiatrie légale ont un rapport personnel-résidents fluctuant qui peut atteindre 1 : 3, alors que dans les maisons d'accueil, un responsable peut offrir du soutien à une dizaine de résidents. L'étendue des services dispensés se reflète dans l'échelle des taux de rétribution pour les ressources intermédiaires qui, au 1^{er} janvier 2011, pouvait aller de 10,35 \$ à 113,78 \$ par jour, par personne. Les ressources intermédiaires diffèrent aussi en taille et peuvent accueillir de 1 à plus de 30 résidents¹⁰.

Bien que le développement et la croissance des ressources intermédiaires aient été particulièrement marquants au cours des années 1980, ce n'est qu'en 1991 que la Loi sur les services de santé et les services sociaux leur reconnaissait un statut légal (L.R.Q., chapitre S-4.2). Conformément à la loi, l'établissement désigné exerce la responsabilité d'évaluation, de contrôle et de surveillance de la ressource, lui apportant l'aide et le soutien requis (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001; Côté, 2002) L'article 302 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux définit la ressource intermédiaire comme suit:

Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition.

La ressource intermédiaire reconnue doit remplir quatre conditions (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001):

1. la ressource est une personne, physique ou morale, autre qu'un établissement public;
2. la ressource est rattachée à un établissement public par un lien contractuel autre que celui de type employeur-employé;

3. la ressource fournit à l'établissement une installation d'hébergement (gîte) et elle offre, pour cet établissement public, un ou plusieurs services de soutien ou d'assistance lui permettant de maintenir les usagers dans la communauté ou de les y intégrer;
4. la ressource offre ses services dans des installations physiques dont elle est soit propriétaire, soit locataire.

Comme pour les résidences d'accueil (MSSS, 2003), les documents officiels établissent les lignes directrices de la pratique dans les ressources intermédiaires (MSSS, 2001)¹⁰. Ces documents définissent, globalement, les services qui doivent y être offerts de même que les rôles de ces ressources et des établissements désignés. Pour les ressources intermédiaires, ils reconnaissent cinq grands types d'organisation résidentielle: a) les résidences de groupe; b) les appartements supervisés (tableau I, p. 22); c) les maisons d'accueil (tableau I); d) les maisons de chambres (tableau I); e) les autres types résidentiels. Au Québec, les places occupées, au 31 mars 2006, étaient distribuées comme suit: environ 10% des places en appartements supervisés, 10% en pavillons, 3% en maisons de chambres, 71% en résidences de groupes ou en maisons d'accueil et 5% dans d'autres types résidentiels. Notons que depuis 2001, les pavillons sont considérés comme des ressources intermédiaires de type résidence de groupe (sans être un des grands types d'organisation résidentielle). La résidence de groupe, à distinguer des foyers de groupe (tableau I), héberge dans une même installation un groupe de personnes avec un trouble mental. Il n'y a pas de nombre maximal de personnes pouvant être hébergées dans la même installation. Le ou les responsables n'habitent pas sur place et différents membres du personnel se relaient afin d'assurer, totalement ou en partie, les services de soutien ou d'assistance. La maison d'accueil se distingue des résidences d'accueil québécoises par ses ressources humaines, matérielles ou financières. De plus, certaines maisons d'accueil hébergent plus de neuf résidents¹¹. Enfin, les autres types résidentiels regroupent une variété de ressources. Elles visent la création de

¹¹Le document de l'ASSM (2009) indique que les maisons d'accueil hébergent un maximum de neuf personnes. Toutefois, le document officiel de la pratique en ressources intermédiaires (MSSS, 2001) n'en fait pas mention directement et l'étude de Felx, Corbière et Lesage (Felx, manuscrit non publié) recense des maisons d'accueil de plus de neuf personnes dans certaines régions du Québec.

nouveaux modèles organisationnels permettant de répondre à l'évolution de la pratique en santé mentale et des besoins des personnes avec un trouble mental. Au fil des années, une diversité de ressources intermédiaires est apparue et les types d'organisation résidentielle dominants diffèrent d'une région à l'autre.

Figure 4. Exemple 2. Une résidence de groupe (RI) pour les personnes en perte d'autonomie

M^{me} Paquin a demeuré durant plus de 10 ans dans la même résidence d'accueil. Récemment, sa condition physique s'est détériorée et elle doit se déplacer avec une marchette. Elle ne se sent plus capable de monter les escaliers la menant à sa chambre dans la résidence d'accueil. Après consultation avec son intervenante, cette dernière lui parle d'aller demeurer dans une ressource intermédiaire. Elle lui donne l'exemple d'une résidence de groupe de 24 personnes, gérée par un jeune couple. Le personnel, principalement non professionnel, est présent 24 heures par jour. Une infirmière est aussi sur place trois demi-journées par semaine. Les repas sont servis au rez-de-chaussée et les résidents sont regroupés autour de petites tables à quatre personnes. Il y a une rampe d'accès à l'avant du domicile et une autre pour accéder à la cour arrière qui est aménagée. Les salles de bain sont adaptées et M^{me} Paquin pourra recevoir de l'aide pour se laver. La résidence est sur trois étages, mais il y a un ascenseur et plusieurs petits salons. M^{me} Paquin pourra avoir sa propre chambre. Le personnel de soir organise à l'occasion des soirées de musique/karaoké ou de bingo. Cependant, M^{me} Paquin ne pourra plus aider en cuisine en épluchant les légumes, car dans ce type de ressource il faut une formation pour accéder aux cuisines. Après discussions, M^{me} Paquin et son intervenante décident de procéder à une demande au comité responsable de l'accès à l'ensemble du parc résidentiel de son territoire.

La résidence décrite dans l'exemple 2 appartient à l'un des grands types d'organisation résidentielle des ressources intermédiaires: une résidence de groupe (un pavillon, selon le tableau I, p. 22). Dans cet exemple, la ressource cible une clientèle de personnes plus âgées et en perte d'autonomie.

3.2.3. Ressources autres et ressources d'intégration sociale

Depuis une dizaine d'années, un nouveau type de ressources est développé par les établissements publics désignés. Ces ressources ne correspondent pas aux définitions légales des RI et des RTF, bien qu'elles reposent aussi sur une entente contractuelle avec un établissement public. Elles offrent une gamme de services similaires à ceux de certaines ressources intermédiaires. Mais, contrairement aux ressources intermédiaires,

aucun document officiel ne permet de définir ces ressources et les rôles des parties impliquées. Ces ressources se sont développées sur la base d'ententes en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux (article 108) qui stipule qu'«un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes: la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement». Ces ententes permettent aux établissements désignés d'utiliser leur créativité dans le développement de ressources résidentielles. Le contrat est plus flexible et l'établissement n'a pas à respecter l'échelle des taux de rétribution fixée pour les RI et les RTF. À Montréal, ces ressources sont classées dans les «ressources autres » et comptent environ 969 places, principalement dans des appartements avec soutien. Pour sa part, le CSSS de la Vieille-Capitale classe les ressources créées en vertu de l'article 108 comme des ressources d'intégration sociale (RIS). Ce qui différencie les RIS des RI, «c'est leur rattachement administratif: elles sont liées contractuellement à un promoteur immobilier pour l'usage d'un bâtiment et à un autre promoteur pour les services de soutien et d'assistance qu'elles offrent» (Clément, Bolduc *et al.*, 2009).

3.2.4. Ressources d'établissement ou ressources résidentielles à assistance continue

Les ressources d'établissement (RE) sont des ressources résidentielles dont les ressources humaines et la programmation sont sous la responsabilité d'un établissement public, habituellement un centre hospitalier de soins psychiatriques. Des partenariats peuvent aussi être établis avec d'autres établissements (voir l'exemple 3, p. 48) ou avec des entrepreneurs privés (Côté, 2002). À titre d'exemple, l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, à Montréal, gère présentement 16 ressources d'établissements qui comprennent, entre autres, des foyers de groupe, une maison de chambres et des appartements supervisés regroupés dans le même immeuble. Le fonctionnement des ressources d'établissement varie selon les problématiques de la clientèle hébergée. Les personnes qui y demeurent

bénéficient de services de réadaptation et de soutien dispensés par le personnel de l'établissement. Un soutien intensif est habituellement offert 24 heures par jour, sept jours par semaine (ASSSM, 2009). Le personnel a la responsabilité de veiller sur place à l'organisation de la vie quotidienne et des activités des résidents. Variable, le rapport personnel-résidents peut atteindre 4 : 11. Ces ressources ont pour objectif de développer les habiletés des personnes hébergées pour leur permettre d'accéder ultérieurement à un milieu de vie adapté à leurs besoins ou à leur propre logis (Côté, 2002). La durée de séjour est habituellement limitée à quelques années. Le coût d'exploitation de ces ressources est plus élevé en raison de la présence de professionnels et, souvent, des dépenses associées à l'entretien du bâtiment.

Figure 5. Exemple 3. Paul-Pau, un foyer de groupe pour les jeunes adultes

Olivier demeure au Centre jeunesse de Montréal et il aura bientôt 18 ans. Ses intervenants lui ont parlé d'une résidence qui dessert les jeunes de 16 à 20 ans avec des problèmes de santé mentale. Cette résidence existe en vertu d'un partenariat entre l'Hôpital pédopsychiatrique Rivière-des-Prairies, le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et l'Hôpital psychiatrique Louis-H.-Lafontaine². Le programme vise à faciliter la transition entre le réseau des services offerts aux jeunes et celui des services réservés aux adultes. Olivier demeurerait avec neuf autres garçons et filles. La résidence offre un environnement de réadaptation individualisée qui lui permettrait d'acquiescer, à son rythme, davantage de liberté et d'autonomie, avec le soutien d'éducateurs spécialisés, d'intervenants en milieu résidentiel, d'une infirmière et d'une sexologue à temps partiel. La résidence peut aussi compter sur le soutien d'une spécialiste en réadaptation psychosociale des services spécialisés du Centre jeunesse.

3.3. Organismes communautaires d'hébergement et organismes à but non lucratif (OBNL)

Plusieurs organismes communautaires, incluant des organismes à but non lucratif (OBNL), offrent des services de soutien ou d'hébergement pour les personnes avec un trouble mental dans les différentes régions du Québec. Contrairement aux ressources non institutionnelles et aux ressources d'établissement, les organismes communautaires d'hébergement ne sont pas rattachés ou sous la supervision d'un établissement public désigné. Leur financement provient aussi du ministère de la Santé et des Services sociaux à travers le «Programme de soutien aux organismes communautaires» (PSOC), administré par

les Agences de santé et de services sociaux (figure 3, p.40).

Un organisme communautaire est une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux. Un organisme communautaire [...] définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches (LSSS, article 334).

Les organismes communautaires d'hébergement comprennent différents types d'organisation résidentielle allant des foyers de groupe aux équipes de soutien mobiles pour les personnes demeurant dans leur appartement. Le lecteur intéressé peut faire des recherches sur le Web sur certains organismes qui offrent des services résidentiels, tels que PECH, dans la région de Québec, La Maison les Étapes inc., La Maison Saint-Dominique, Le Mûrier inc. et L'Échelon, dans la région de Montréal, et Le Havre dans la région de Trois- Rivières. Les ressources communautaires d'hébergement offrent habituellement une durée de séjour limitée, pouvant aller de quelques jours à quelques années. L'accent est mis sur l'approche, la relation d'aide et les services de réinsertion sociale et de soutien dans la communauté. La personne reçoit sur une base volontaire les services de l'organisme (Côté, 2002). Par ailleurs, le nombre de places dans les organismes communautaires d'hébergement est difficile à déterminer, faute de données facilement accessibles (Côté, 2002). Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* estime ce nombre à 451 places (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Cela dit, au Québec, l'apport des organismes communautaires eu égard aux services résidentiels et aux services de santé (voir figure 3, p.40) est indéniable.

Actuellement, certaines ressources possèdent un double statut, étant à la fois un organisme d'hébergement communautaire ou OBNL et une ressource non institutionnelle (RNI) – principalement des ressources intermédiaires (RI) ou des ressources autres (RA).

Dans ce cas, l'établissement public désigné signe un contrat avec l'organisme en question pour lui allouer les ressources financières nécessaires pour le fonctionnement de ces ressources résidentielles ou pour offrir du soutien communautaire à un nombre déterminé de personnes avec un trouble mental. À l'intérieur de ces ressources, la structure juridique, le fonctionnement opérationnel et organisationnel, la vision et les activités restent ancrés dans la philosophie de l'organisme communautaire.

Figure 6. Exemple 4. PECH, un organisme communautaire québécois

Lucie vient de recevoir son congé d'un centre hospitalier psychiatrique. Durant son hospitalisation, elle a perdu son logement et elle se retrouve maintenant sans logis. Après plusieurs démarches, elle a déniché un organisme communautaire qui pourra l'accompagner dans son retour dans la communauté et à la vie citoyenne. L'équipe d'intervenants est jeune et dynamique. L'équipe applique un modèle de soutien communautaire fondé sur les forces des personnes et prône une philosophie axée sur le rétablissement. Cet organisme, PECH (Projet d'encadrement clinique et d'hébergement), lui offre un hébergement transitoire de 30 jours. Durant son séjour, elle recevra du soutien pour l'organisation de sa vie: relocalisation, accès aux services de santé et aux organismes communautaires. Cet organisme possède aussi un volet de *logement social et communautaire*. PECH est propriétaire d'un immeuble offrant 11 logements sociaux subventionnés en plus d'avoir l'exclusivité de l'accès à d'autres logements sociaux. PECH est fiduciaire du projet Clés en main, qui à ce jour, a offert plus de 150 logements sociaux subventionnés à des personnes avec un trouble mental dans la grande région de Québec. En creusant un peu, Lucie réalise que l'organisme offre plusieurs autres services, notamment un soutien communautaire d'intensité variable (SIV), un service d'intervention pour toute crise psychosociale ou psychiatrique, 24 heures par jour, en collaboration avec les patrouilleurs de la Ville de Québec et un volet de formation. À l'automne 2013, le Centre de rétablissement Sherpa offrira plusieurs services (p.ex. psychiatre, expert en toxicomanie, pharmaciens, ateliers favorisant le processus de rétablissement des personnes utilisatrices).

3.4. Logement social et communautaire: HLM, COOP, OBNL et supplément au loyer

Il existe plusieurs formules de *logement social et communautaire* (OMISS, 2002) pour les personnes ou les ménages possédant un faible revenu ou pour des populations avec des besoins particuliers : a) les organismes à but non lucratif d'hébergement (OBNL) avec ou sans soutien communautaire, b) les habitations à loyers modiques (HLM), c) les habitations gérées par des coopératives (COOP) et d) le supplément au loyer (PSL) (Côté,

2002; Dansereau, Villemaire *et al.*, 2002; Dorvil, Morin *et al.*, 2002). La mise en place de ces formules de *logement social et communautaire* s'effectue grâce à des subventions publiques, distinctes du budget des services de santé et des services sociaux. Le financement provient principalement de la Société d'habitation du Québec (SHQ) et de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Toutes ces formules d'habitation doivent respecter les lois et règlements de zonage des villes et des municipalités.

Au Québec, la majorité des places réservées au *logement social et communautaire* se retrouvent dans les HLM (62 882 places¹²) comparativement aux COOP (25 593 places) et aux OBNL d'habitation (31 565 places). D'autres places sont accessibles à travers le supplément au loyer (20 614 unités) (Bouchard et Hudon, 2008; SHQ, 2010). La SHQ administre le programme des HLM et confie leur gestion à différents mandataires, majoritairement les Offices municipaux d'habitation [OMH]. L'attente pour une place en HLM peut durer plusieurs années et elle est en moyenne de 3,5 ans (SHQ, 2010). Les habitations gérées par des OBNL regroupent une variété de formules d'habitation (voir tableau I, p. 22). En plus de combler un besoin en logement, les OBNL d'habitation favorisent l'insertion dans le voisinage et dans le quartier. Dans certains projets, la personne peut recevoir du soutien, tel que des services d'alimentation, d'accompagnement vers les ressources du milieu, de défense des droits, etc. Les COOP et les OBNL s'intègrent mieux à leur milieu physique et social que les HLM, plus visibles dans la trame urbaine. Enfin, la formule de supplément au loyer (PSL) permet à des personnes à faible revenu de demeurer dans des appartements du marché lucratif régulier en payant un loyer mensuel équivalent à celui payé en HLM (25% du revenu incluant les frais de chauffage et excluant certains frais fixes) (Dansereau, Villemaire *et al.*, 2002). La personne peut choisir son appartement dans le quartier qu'elle désire. De plus, un déménagement n'entraîne pas la perte de la

¹² Au Québec, en 2009, 73 378 ménages bénéficiaient d'une place en HLM, incluant le volet régulier (62 883 places), le volet Inuit (2 351 places), le volet COOP/OBNL (6220 places) et le volet Autochtones (1925 places).

subvention, car cette dernière est rattachée à la personne et non au milieu. Sous la responsabilité de la Société d'habitation du Québec (SHQ), cette dernière paie la différence de loyer au propriétaire. Le lecteur intéressé peut se renseigner sur les programmes *Clés en main*, dans la région de Québec, et *Le Tremplin*, dans le secteur de Drummondville (voir sur le Web).

Une faible proportion du *logement social et communautaire* est réservée aux personnes avec un trouble mental. Par exemple, à Montréal, cette proportion est estimée à environ 2,3% pour les OBNL (Ducharme et Vaillancourt, 2002, cité dans Côté, 2002) et à moins de 1% pour les HLM et le supplément au loyer (RAPSIM, 2008). Qui plus est, les personnes qui souhaitent avoir accès à un *logement social et communautaire* se trouvent souvent confrontées à un processus de sélection et à de longues listes d'attente. D'ailleurs, au Québec, comme dans l'ensemble du Canada, une pénurie d'habitations abordables est observée et, en conséquence, plusieurs personnes avec un trouble mental demeurent dans des milieux insalubres ou dans des quartiers défavorisés (Nelson, Aubry *et al.*, 2010).

3.5. Habitation à but lucratif et ressources d'habitations privées

Au Québec, plusieurs personnes avec un trouble mental demeurent dans des habitations privées dont la finalité est avant tout commerciale. L'habitation privée comprend des milieux de vie résidentiels individuels, de type appartement, sur le marché locatif régulier (environ 1 250 000 unités de logement au Québec, en 2002) (tableau I, p. 22), et des milieux de groupe appartenant à une personne morale ou physique. Ces milieux de groupe comprennent, le plus souvent, des maisons de chambres, des chambres et pensions et des familles d'accueil. Ils ne sont pas rattachés à un établissement public désigné. Ces milieux sont régis par les lois et les règlements de zonage des villes et des municipalités qui diffèrent suivant que le milieu de vie est une habitation de type «logement complet» ou de type

«chambre». Chaque municipalité est responsable de l'élaboration de ses règlements. En revanche, les milieux comptant moins de quatre chambres ne sont pas assujettis aux règlements municipaux. Les milieux de groupe ont pour but de loger les personnes et de leur offrir, ou non, des services. Ces services peuvent comprendre la préparation des repas, l'entretien ménager, la lessive et la sécurité physique et psychologique (Côté, 2002). Ces milieux sont habituellement plus tolérants et moins réglementés que les ressources non institutionnelles et que les organismes communautaires d'hébergement (Côté, 2002).

Le nombre précis de milieux de groupe privés est difficile à évaluer. En effet, plusieurs de ces ressources ne possèdent aucun permis d'exploitation et ne sont pas connues des autorités municipales. Dans certaines régions, l'habitation privée reçoit les personnes en attente d'une place dans le réseau public (ressources non institutionnelles et ressources d'établissement) et on y dirige parfois les personnes avec les problématiques les plus complexes ou celles qui ne cadrent pas dans le réseau public (Côté, 2002). Cela dit, les données sur les personnes qui y demeurent semblent quasi inexistantes.

4. Logement et rétablissement: y a-t-il un futur pour les ressources actuelles?

Les valeurs du rétablissement et de la participation citoyenne orientent actuellement la prestation des soins et des services de santé mentale. Le rétablissement, relativement au logement, ne consiste pas à identifier un type idéal de logement, mais plutôt à développer une pratique centrée sur la personne chez les intervenants, les gestionnaires et les personnes avec un trouble mental (voir le chapitre 2). L'élaboration d'un plan individualisé de rétablissement doit résulter d'une collaboration et d'une décision concertée de la personne avec les fournisseurs de services, avec les intervenants et, s'il y a lieu, avec ses proches (p. ex. Deegan et Drake, 2006). Les personnes avec un trouble mental devraient donc se voir offrir un choix quant à leur milieu de vie. De plus, elles devraient prendre une

part active dans le développement, la planification et l'évaluation des milieux résidentiels de logement, ce qui est rarement le cas, présentement, au Québec (Felx, manuscrit non publié).

L'idée de laisser les personnes avec un trouble mental choisir leur milieu de vie, en leur offrant le soutien approprié dans ce milieu, fait progressivement son chemin dans la culture professionnelle en santé mentale. Les personnes avec un trouble mental sont pour la plupart aptes à évaluer les avantages et les inconvénients de différents types de logement. En effet, des travaux de Piat *et al.* (2008), portant sur la décision de certaines personnes avec un trouble mental de demeurer dans une résidence d'accueil, ont révélé que certains résidents vieillissants préféraient ces résidences pour la sécurité qu'elles leur procurent. D'autres résidents considéraient la résidence d'accueil comme un «tremplin» vers une vie plus autonome. Ce constat rejoint ceux de Tsai *et al.* (2010) relevés dans la section sur les préférences résidentielles. Ainsi, la littérature indique que les personnes avec un trouble mental qui ont à choisir entre plusieurs types de logement font une analyse des possibilités en termes de leur qualité de vie globale, des services offerts et d'enjeux relationnels. Souvent, une simple analyse microéconomique leur fait prendre conscience qu'ils peuvent difficilement vivre seul dans leur propre appartement du marché locatif régulier.

En contrepartie, les recherches sur les préférences résidentielles ont fait ressortir que les intervenants ont tendance à préférer un milieu de groupe qui offre un encadrement sur place. Aussi importe-t-il de s'assurer que le processus de décision des intervenants et des fournisseurs de services quant au milieu de vie ne se fonde pas uniquement sur des caractéristiques cliniques (une attention trop grande portée sur les déficits plutôt que sur les forces), sur l'évitement du risque et sur des présomptions professionnelles. Les intervenants devraient informer les personnes avec un trouble mental des différents types de ressources qui existent dans le réseau public ainsi que de toutes les autres possibilités (p. ex. organismes communautaires d'hébergement, *logement social et communautaire*, ressources

d'habitations privées). Le rôle des intervenants qui est d'informer et d'encourager sans imposer nécessite, dès lors, une compréhension de l'éventail du logement offert aux personnes avec un trouble mental.

4.1. Construire sa vie

Les travaux de recherche indiquent que le rétablissement et la qualité de vie des personnes avec un trouble mental ne sont pas liés exclusivement aux types ou modèles de logement qui prônent l'autonomie. Les personnes avec un trouble mental devraient pouvoir construire leur vie et s'épanouir, peu importe leur milieu de vie. Pour certaines personnes, le rétablissement consiste à vivre seule dans leur appartement alors que pour d'autres il peut signifier travailler, côtoyer d'autres personnes ou vaquer à des activités significatives, etc. Au-delà du choix du milieu de vie ou de la stabilité dans le milieu, la réalisation d'activités significatives est importante dans le processus de rétablissement (Davidson, O'Connell *et al.*, 2005). À travers l'occupation et le travail, l'être humain réalise ses aspirations et s'engage dans sa propre vie. Cependant, plusieurs études démontrent que les personnes avec un trouble mental demeurant dans divers types de logement, principalement dans des ressources résidentielles avec encadrement, ont des besoins occupationnels non satisfaits (p. ex. Mercier, 1989; Horan, Muller *et al.*, 2001; Priebe *et al.* 2009). Au Québec, dans son rapport final, l'Unité provinciale chargée de l'inspection des résidences d'accueil et des ressources intermédiaires mentionne avoir rarement relevé des situations de négligence des besoins de base (Chouinard, 2009). Cependant, l'inspection des ressources continue de révéler des lacunes relatives aux activités de réadaptation, à la participation des résidents, à l'intégration dans la communauté et au soutien offert pour favoriser leur progression vers l'autonomie. Les données de l'étude multicentrique de Felx, Lesage et Corbière (Felx, manuscrit non publié) vont aussi en ce sens. Ces constats viennent nous questionner sur la programmation dans les ressources non institutionnelles. Ils rejoignent aussi l'analyse du budget public de la santé mentale qui démontre que les services de réadaptation (figure 2:

activités de jour et services de réinsertion et d'intégration socioprofessionnelles, p. 40) sont peu financés au Québec.

4.2. Des notions contradictoires: autonomie de choix versus autonomie dans le milieu?

L'autonomie, l'efficacité, la sécurité, la qualité de vie et l'espace relationnel sont quelques-uns des principes et des valeurs associés au logement. Ces notions peuvent se révéler contradictoires lorsqu'il s'agit de déterminer quel modèle ou quel type de logement est le meilleur. Par exemple, la qualité de vie élevée rapportée par les personnes avec un trouble mental demeurant dans des ressources résidentielles avec encadrement déjoue la logique d'un observateur externe qui évaluerait la qualité de vie selon des critères objectifs. Une plus grande autonomie ne signifie pas nécessairement une meilleure qualité de vie. Alors, laquelle faut-il privilégier? Cela étant dit, la sécurité est une valeur qui renvoie à la stabilité dans le milieu, à la présence continue d'une personne de confiance, à la satisfaction de besoins de base (p. ex. la préparation des repas, l'achat d'articles de base) et à la sécurité financière. Appréciée par plusieurs personnes avec un trouble mental demeurant dans des ressources résidentielles avec encadrement, la sécurité peut être perçue comme un frein au développement de l'autonomie de la personne. Toutefois, elle est essentielle à la qualité de vie de la personne et à la satisfaction des besoins de base. L'autonomie nous renvoie aussi à la liberté et au principe de se gouverner soi-même. L'autonomie (liberté) signifie qu'il faut respecter le choix d'une personne avec un trouble mental, par exemple, de vivre dans son propre appartement, de vivre dans un milieu de groupe offrant un encadrement, de ne pas s'impliquer dans la planification de ses services ou de ne pas recevoir certains services. Promouvoir l'autonomie à tout prix pourrait amener à diriger des personnes vers des milieux offrant un soutien insuffisant. Comme le précisent Davidson *et al.* (2005) en évoquant des services axés sur le rétablissement, il ne s'agit pas de pousser les personnes avec un trouble mental vers des habitations autonomes parce qu'ils rejoignent davantage les valeurs du rétablissement.

[...] si nous adoptons une définition large du rétablissement selon laquelle toutes les personnes avec un trouble mental peuvent se rétablir, il est possible que ces personnes ressentent une pression sociale additionnelle de devoir se rétablir. Les personnes peuvent se sentir poussées à relever de nouveaux défis irréalistes compte tenu des limites de leur maladie (p. ex. maintenir un emploi compétitif régulier) et qui peuvent ne pas correspondre à leur processus de rétablissement (ce n'est pas non plus toutes les personnes qui souhaitent jouer un rôle actif dans la planification de leurs services).

(Davidson et al., 2005, p. 22; traduction libre)

L'incitatif d'amener les personnes vers le *logement avec soutien* pourrait aussi être lié à des pressions économiques des organismes gestionnaires... Ainsi, le coût annuel d'une ressource résidentielle RI ou RTF varie environ entre 20 000 \$ et 40 000 \$ par personne, alors que celui d'une habitation subventionnée dans la communauté est évalué à 7390 \$ par personne (incluant les services de soutien) (Vincent et Morin, 2010). Compte tenu des manques (*logement social et communautaire* et services de soutien), peut-on encourager les personnes à vivre dans leur propre logis lorsque l'on considère le faible revenu dont disposent plusieurs des personnes avec un trouble mental et le coût de la vie?

Le logement est aussi un lieu social dans lequel les personnes interagissent au quotidien. Dans les ressources résidentielles de groupe, les personnes partagent d'emblée leur milieu de vie avec d'autres résidents et le personnel, parfois au détriment de leur intimité. À l'inverse, la solitude et l'isolement sont parfois le lot des personnes qui demeurent dans leur propre logis. D'ailleurs, ce qui se passe entre le personnel et les résidents (ainsi qu'entre les résidents) lors des interactions quotidiennes est sous-étudié (Thornicroft et Tansella, 1999).

Conclusion

Soutenir le cheminement des personnes avec un trouble mental vers le

rétablissement et la participation citoyenne doit être le but fondamental des services résidentiels en santé mentale. Bien que le logement soit essentiel à ce cheminement, les activités significatives, l'éducation, les relations avec les autres et les opportunités de travail sont importantes. Dans cette perspective, les résidences d'accueil sont toutes aussi aptes à promouvoir le rétablissement que d'autres types de logement, dans la mesure où elles répondent aux besoins particuliers d'une personne dans son processus de rétablissement. Ce faisant, les modèles de *traitement résidentiel* et de *soutien au logement* ne doivent pas être perçus comme des approches mutuellement exclusives ni des approches concurrentielles; l'une n'enlève pas la pertinence de l'autre. Le défi consiste plutôt à instaurer une attitude de collaboration entre les partisans des deux approches, à se donner des valeurs et une philosophie communes (Fields, 1990) et à identifier les besoins pour les différents types de logement. Néanmoins, les différents types de logement, à commencer par le *logement social et communautaire* jumelé avec les services de soutien appropriés, devraient être en nombre suffisant pour répondre aux préférences et aux besoins variés des personnes avec un trouble mental. Un éditorial récent fait des projections sur le nombre requis de places pour les différents types de services spécialisés et de logement (Lesage, 2014).

Bibliographie

Amaddeo, F., Beecham, J. *et al.* (1997). The use of a case register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 189-198.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – ASSSM (2009). *La transformation des services en santé mentale, Les services résidentiels, La force des liens*. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Blaustein, M. et Viek, C. (1987). Problems and needs of operators of board-and-cares homes: A survey. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(7), 750-754.

Bouchard, M.J. et Hudon, M. (2008). *Se loger autrement au Québec: le mouvement de l'habitat*

- communautaire, un acteur du développement social et économique*. Montréal, St-Martin.
- Browne, G. et Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(3), 311-326.
- Carling, P.J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 439- 449.
- Chilvers, R., Macdonald, G.M. *et al.* (2006). Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of systematic Reviews*. Chichester, Cochrane Database of Systematic Review.
- Chouinard, J. (2009). *Bilan des visites d'appréciation dans les ressources résidentielles en santé mentale*. 6^e Journées biannuelles de santé mentale, Montréal.
- Clément, M., Bolduc, N. *et al.* (2009). *Le point de vue des résidents sur les ressources non institutionnelles en santé mentale: le respect, l'autonomie et le rétablissement*. Québec, CSSS de la Vieille-Capitale.
- Communications personnelles avec le MSSS (2007). *Statistiques des ressources intermédiaires et des ressources de type familial – Données extraites du Système d'information des ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF)*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.
- Corrigan, P.W. et McCracken, S.G. (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work*, 50(1), 31-39.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T. *et al.* (2008). *Housing. Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York, Gilford Press.
- Côté, S. (2002). *Programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité dans les ressources d'habitation privées*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Dansereau, F., Villemare, L. *et al.* (2002). *Le logement social et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Rapport à l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS). Montréal, OMISS.
- Davidson, L., O'Connell, M.J. *et al.* (2005). Recovery in Serious Mental Illness: Paradigm shift or shibboleth? dans L. Davidson, C. Harding et L. Spaniol (dir.), *Recovery from Severe Mental*

- Illnesses: Research Evidence and Implications for Practice*. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation, 5-26.
- De Girolamo, G. et Bassi, M. (2004). Residential facilities as the new scenario of long-term Psychiatric Care. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(4), 275-281.
- Deegan, P.E. et Drake, R.E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636-1639.
- Dickey, B., Normand, S.L. et al. (1996). Managing the care of schizophrenia. Lessons from a 4- year Massachusetts Medicaid study, *Archives of General Psychiatry*, 10, 945-952.
- Dincin, J. (1993). Group homes: A crucial dimension in a housing array. *Innovations and Research*, 2(3), 49-51.
- Dorvil, H., Morin, P. et al. (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et Société*, 26(4), 497-515.
- Dorvil, H., H. A. Guttman, et al. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec: 264.
- Drake, S., Merrens, R.M. et al. (2005). *Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook*. New York, W.W. Norton.
- Fakhoury, W., Murray, A. et al. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 301-315.
- Felx, A. (manuscrit non publié). *Évaluation des ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: développement d'un modèle et d'un instrument de mesure. Phase I et II*. Montréal.
- Fields, S. (1990). The relationship between residential treatment and supported housing in a community system of services. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 104-113.
- Horan, M.E., Muller, J.J. et al. (2001). Quality of life in boarding houses and hostels: A residents' perspective. *Community Mental Health Journal*, 37(4), 323-334.
- Jacobs, Ph., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H.-M., Escobar, C., Mulvale, G. et Yim, R. (2010). *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada. A report to the Mental Health Commission of Canada*. Calgary, Institute of Health Economics

- Johnson, S., Kuhlmann, R. *et al.* (2000). The European service mapping schedule (ESMS): Development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23.
- Lamb, H. (1979). The new asylums in the community. *Archives of general psychiatry*, 36, 129- 134.
- Leff, H.S., Chow, C.M. *et al.* (2009). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 60(4), 473-482.
- Leff, J., Dayson, D. *et al.* (1996). Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatric Services*, 47(1), 62-67.
- Lehman, A.F., Slaughter, J.G. *et al.* (1991). Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly*, 62(1), 35-49.
- Lesage, A. (2010). The contribution of psychiatric epidemiology on counting the adult severely mentally ill, dans D.L, Streiner et J. Cairney (dir.), *Mental Disorder in Canada*. Toronto, University of Toronto Press.
- Lesage A.D. (2014). Regional tertiary psychiatric care and rehabilitation authorities for people with severe mental illness in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 175-177.
- Lesage, A.D., Gelinas, D. *et al.* (2003). Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(7), 485- 492.
- Lesage, A.D. et Morissette, R. (1989). Les ressources résidentielles nécessaires à la poursuite de la désinstitutionnalisation. *Santé mentale au Québec*, XIV(2), 60-68.
- Linn, M.W., Klett, J.C. *et al.* (1980). Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. The wisdom of Gheel confirmed. *Archives of General Psychiatry*, 37(2), 129- 132.
- Macpherson, R., Shepherd, G. *et al.* (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: A review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 180-188.
- Mercier, C. (1989). Conditions de vie et lieu de résidence. *Santé mentale au Québec*, XIV(2), 158-171.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001a). Le logement et les services de soutien en santé mentale: une solution à partager, dans *Actes du colloque*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1-62.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001b). *Ressources intermédiaires: cadre de référence*.

- Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des services Sociaux (2003). *La pratique professionnelle et la ressource de type familiale – guide d’orientation*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d’action en santé mentale 2005- 2008*. Québec, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services Sociaux (2013a). Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial - Orientations ministérielles. (ed. Gouvernement du Québec): Québec.
- Ministère de la santé et des services Sociaux (2013b). Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial - Guide d’utilisation de l’Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d’assistance. (ed. Gouvernement du Québec): Québec.
- Ministère de la santé et des services Sociaux (2014). Le Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. (ed. Gouvernement du Québec): Québec.
- Mousseau-Glasser, M. (1988). *Les responsables de famille d’accueil pour adultes et jeunes adultes: leur motivations, leurs perceptions et leurs vécus*. Montréal, Centre de service sociaux du Montréal métropolitain.
- Murphy, H.B.M., Pennee, B. *et al.* (1972). Foster Homes: The new back wards? *Canada’s Mental Health*, 5.71 (sept.-oct.).
- Nelson, G., Aubry, T.D. *et al.* (2010). Housing and mental health. *International Journal of Rehabilitation*. Buffalo, Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Newman, S.J. (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric Services*, 52(10), 1309-1317.
- Palmer, P.H., MacFarlane, D. *et al.* (2000). *Kingston Psychiatric Hospital Comprehensive Assessment Project Final Report*. Kingston, Kingston Psychiatric Hospital.
- Parkinson, S., Nelson, G. *et al.* (1999). From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Canadian journal of community mental*

health, 18(1), 145-164.

Pathways to housing (2009). Pathways to housing, <<http://www.pathwaystohousing.org/>>, consulté en septembre 2011.

Patterson, M., McIntosh, K. *et al.* (2007). *Housing and Supports for Adults with Severe Addiction and/or Mental illness in BC*. Vancouver, CARMHA et Simon Fraser University.

Pelletier, J.F., Piat, M. *et al.* (2009). *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale: Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques?* Québec, Presse de l'Université du Québec.

Piat, M., Lesage, A. *et al.* (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 247-269.

Piat, M., Perreault, M. *et al.* (2004). Stakeholder perspectives on psychiatric foster homes: Residents, families, caregivers and professionals. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 228-234.

Piat, M., Ricard, N. *et al.* (2001). *The Helping Relationship in Foster Homes for Persons with Serious Mental Illness: Caregivers and Clients Perspectives*. Verdun, Douglas Hospital.

Piat, M., Ricard, N. *et al.* (2006). Evaluating life in foster homes for persons with serious mental illness: Resident and caregiver perspectives. *Journal of Mental Health*, 15(2), 227-242.

Piat, M. et Sabetti, J. (2010). Residential housing for persons with serious mental illness: The fifty year experience with foster homes in Canada, dans J. Stone et M. Blouin (dir.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Buffalo, Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.

Pratt, C. W., K. J. Gill, *et al.* (1999). *Psychiatric Rehabilitation*. San Diego, CA, Academic Press.

Priebe, S., Saidi, M. *et al.* (2009). Housing services for people with mental disorders in England: Patient characteristics, care provision and costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(10), 805-814.

Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal – RAPSIM (2008). *Le logement autonome avec soutien... quels logements et quel soutien?* Montréal, RAPSIM.

Ridgway, P. et Zipple, A.M. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 11-31.

- Rog, D.J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 334-344.
- Rog, D.J. et Randolph, F.L. (2002). A multisite evaluation of supported housing: Lessons learned from cross-site collaboration. *New Directions for Evaluation*, 2002(94), 61-72.
- Rog D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H. , Preethy, G., Allen, D.S. et al. (2014). Permanent supportive housing: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 65, 287–294.
- Segal, S. et Kotler, P.L. (1993). Sheltered care residence: Ten-year personal outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 80-91.
- Société d'habitation du Québec – SHQ (2010). *L'habitation en bref*. Québec, Gouvernement du Québec, Société d'habitation du Québec.
- Srebnik, D., Livingston, J. et al. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139-152.
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital et Community Psychiatry*, 44(5), 450-455.
- Thornicroft, G. et Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Thornicroft, G. et Tansella, M. (2003). *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité*. Copenhague, Organisation mondiale de la santé.
- Tsai, J., Bond, G.R. et al. (2010). Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 381-388.
- Tsemberis, S. et Eisenberg, R.F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493.
- Vincent, K. et Morin, P.D. (2010). *Le logement subventionné: dans le cadre du programme du supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté*. Québec, Coalition pour le développement du logement social.
- Walker, R. et Seasons, M. (2002). Supported housing for people with serious mental illness: Resident perspectives on housing. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(1), 137-151.

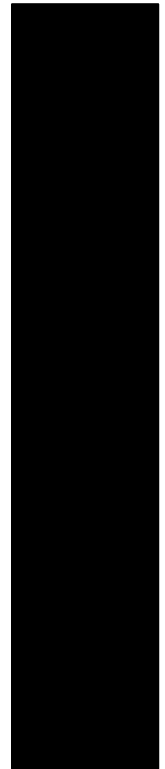
Chapitre 3

Cadre conceptuel

3.1. Présentation du cadre conceptuel

3.2. Principales variables

3.3. Positionnement épistémologique



3.1. Présentation du cadre conceptuel : Un modèle préliminaire du logement et des ressources résidentielles en santé mentale

Tel qu'évoqué dans les deux chapitres précédents, le logement et les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental ne représentent pas une intervention simple et bien définie. Les caractéristiques utilisées pour décrire l'intervention (ou le concept étudié) varient selon les études ; celles qui influencent les résultats pour les sous-groupes de personnes avec un trouble mental demeurent à identifier (Rog *et al.* 2014). Ce faisant, le *Mental Health Matrix Model* (Thornicroft & Tansella, 1999) a été adapté et utilisé dans ce projet de recherche afin d'y intégrer les caractéristiques des ressources résidentielles et du logement issues de la recension des écrits. Il a servi de guide dans les étapes subséquentes de ce projet de recherche. L'utilisation du *Matrix Model* permet d'éviter les descriptions floues (Tansella & Thornicroft, 1998) et de visualiser le système à étudier à travers ses caractéristiques et ses différents niveaux. Le système ou l'intervention est représentée par une matrice de neuf cellules (trois par trois) regroupées autour de deux dimensions : **(1)** la dimension temporelle (structure, processus ou fonctionnement, résultats) ; **(2)** la dimension géographique (niveaux national, régional et individuel) (figure 7, p. 72).

Le *Matrix Model* a été sélectionné en raison de sa simplicité, de son applicabilité et de sa flexibilité ; il permettait d'y intégrer les caractéristiques recensées dans la littérature, tout en respectant les modèles de logement existants (voir manuscrit 4). Comme mentionné par les concepteurs (Thornicroft & Tansella, 1999), le modèle doit être adapté de façon à maximiser son utilité. De plus, la dimension temporelle du *Matrix Model* reprend les

éléments clés des théories sur l'évaluation des programmes et des interventions (McLaughling & Jordan, 2010; Champagne *et al.* 2009a) et ceux des travaux de Donabedian (1982 ; 1988) sur la qualité des soins de santé, deux sous-thèmes de ce projet de recherche. La dimension géographique permet une conceptualisation structurée de l'intervention en fonction de trois niveaux imbriqués. La représentation dépasse donc la relation entre la personne et son environnement immédiat. Cette division de l'environnement ne va pas sans rappeler celle de Bronfenbrenner (1977) qui décrit une série d'emboîtements de contextes : le micro système, le méso système, l'exo système et le macro système. D'ailleurs, pour le logement et les ressources résidentielles en santé mentale, plusieurs des conceptualisations existantes adoptent une perspective écologique sur de multiples niveaux (Hall *et al.* 1987 ; Wong & Solomon, 2002 ; Sylvestre *et al.* 2009 ; Kloos & Shah, 2009). Il est aussi intéressant de noter que dans ce modèle, malgré l'importance des résultats (ou des effets), ces derniers ne peuvent être compris et interprétés sans considération pour les caractéristiques structurales et procédurales qui les précèdent dans la dimension temporelle.

À partir du cadre conceptuel, il a aussi été possible d'identifier la zone d'intérêt principal de l'équipe de recherche (voir la zone non ombragée, figure 7). Les caractéristiques structurales et procédurales de la dimension temporelle ont été jugées les plus pertinentes. En effet, les résultats ne font pas partie inhérente de l'intervention (ils en sont plutôt une conséquence) (Campbell *et al.* 2000 ; Daigneault, 2010). De plus, il est reconnu que malgré des caractéristiques structurales identiques, les fonctionnements de deux milieux peuvent grandement différer, et vice et versa. Au niveau de la dimension géographique, l'accent a été mis sur les composantes plus proximales (niveau individuel et local) sans exclure complètement le niveau national. Selon Rudkin (2003), plus les caractéristiques sont distales par rapport à l'individu moins leurs effets sur ce dernier sont marqués. Enfin, pour mieux comprendre la relation entre les différentes caractéristiques, certaines flèches ont été ajoutées directement sur la matrice (causalité complexe et diffuse), en se basant sur la

littérature, plus particulièrement sur *A model of the relationship between program and personal factors and patient outcomes* (Moos, 1997).

Le cadre conceptuel, ainsi présenté (figure 7, p. 72), rejoint la description de l'intervention et son modèle logique. En effet, la théorie de l'intervention est un ensemble de postulats décrivant les relations entre les composantes de l'intervention (ses objectifs, sa structure, ses activités et son contexte) (McLaughling & Jordan, 2010). La représentation du modèle logique sous la forme d'un tableau amène une perte des liens entre les composantes du modèle (Champagne *et al.* 2009c). Or, dans le cas présent, ceci en facilite la représentation et permet de tenir compte du flou entourant la dimension temporelle dans la littérature (c.-à-d. du manque de données probantes). Ainsi, la question à savoir *quels attributs ou combinaisons d'attributs produisent quels résultats pour quels groupes de personnes avec un trouble mental*, demeure quasi entière.

3.2. Définition des principales variables à l'étude

Sans définir chacun des éléments tirés de la recension des écrits intégrés dans le *Matrix Model*, il est pertinent de définir ses deux dimensions. En relation avec la dimension géographique, il faut mentionner, de prime abord, que l'environnement fait, en quelque sorte, partie intégrante de l'intervention étudiée. Le projet de recherche considère :

1. Le niveau national (provincial) est le niveau auquel les grandes orientations et lois sur la santé mentale sont décidées. Les composantes peuvent être rattachées à des aspects culturels, économiques, politiques, légaux, etc. (Tansella & Thornicroft, 1998). Ce niveau, macro, influence l'ensemble des autres niveaux, notamment à travers les particularités idéologiques propres à la société dans laquelle s'inscrit le phénomène à l'étude (p.ex. normalisation) et les normes des services de santé.
2. Le niveau régional (local) désigne un territoire de desserte (*catchment area*). Dans le

cas présent, il comprend l'organisation des services rattachés à un établissement gestionnaire désigné et ses infrastructures, mais aussi les besoins populationnels et les services offerts sur le territoire. Il s'agit aussi de l'environnement externe au milieu résidentiel (figure 7, p. 72).

3. Le niveau individuel regroupe les soins et services offerts à un individu ou à un petit groupe d'individus qui partagent une ou plusieurs caractéristiques communes (Tansella & Thornicroft, 1998). C'est ici qu'entrent en jeu les intervenants et le personnel qui offrent les services. Notons que ce niveau a été divisé en deux par l'équipe de recherche afin d'isoler la personne de son milieu résidentiel immédiat (figure 7, p. 72).

En lien avec la dimension temporelle, nous retenons deux des trois composantes du *Mental Health Matrix Model* :

1. La structure ou les caractéristiques structurales permettent de décrire le milieu résidentiel dans lequel le soutien, les interventions, les interactions et les activités se déroulent. Elles comprennent des attributs visibles (p.ex. le bâtiment, le nombre de membres du personnel) et non visibles (p.ex. l'expérience du personnel) (Donabedian, 1988 ; Thornicroft & Tansella, 1999). Au niveau individuel, les caractéristiques de la structure comprennent : le type de ressource, l'équipement, les ressources humaines et financières. Au niveau régional, elles ciblent, par exemple, les caractéristiques du voisinage, le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles, l'articulation entre les services de santé générale et de santé mentale, etc. Au niveau national, elles impliquent les sommes investies dans le système de la santé mentale et les réseaux résidentiels, les lois, etc.
2. Les processus ou les caractéristiques procédurales désignent les activités mises en place, les services offerts qu'ils soient cliniques ou non, les interventions et l'atmosphère. Il s'agit des processus par lesquels et durant lesquels les ressources

sont mobilisées et employées pour produire les biens et les services requis afin d'atteindre les finalités du système (Champagne *et al.* 2009a). Il s'agit, en fait, de la *boîte noire* de l'intervention. Au niveau individuel, les processus concernent les interventions réalisées et la façon dont ces dernières sont offertes (p.ex. le climat social, les interactions, etc.). À cet effet, plusieurs auteurs divisent les aspects techniques et interpersonnels des interventions ou des services (p.ex. Donabedian, 1988 ; Campbell *et al.* 2000). Au niveau régional, les processus incluent, par exemple, l'accessibilité aux services.

Les auteurs s'entendent habituellement sur ce qui compose une caractéristique structurale. Toutefois, en fonction des auteurs, certains processus peuvent être identifiés comme des résultats proximaux (output). Par exemple, le *Matrix Model* intègre dans les processus la durée de séjour dans une unité hospitalière, alors que d'autres auteurs le considèrent davantage comme un résultat.

3.3. Positionnement épistémologique

La conception de ce projet de recherche repose sur une stratégie qui englobe plusieurs devis, techniques de cueillette de données et sources de données (voir chapitre 4). La nature, le contexte et les finalités de l'intervention étudiée, les utilisateurs de résultats potentiels et le positionnement de la candidate au doctorat composent la trame de fond du projet. À travers ses choix méthodologiques, tout investigateur influence la production d'un certain nombre de connaissances. Le tableau III résume certains éléments déterminants reliés à la transparence du projet de recherche.

Tableau III : Considérations initiales sur le positionnement épistémologique de la candidate

ÉLÉMENTS	POSITIONNEMENT	COMMENTAIRES
Candidate au doctorat	Indépendante face aux décideurs hiérarchiques	La candidate au doctorat est indépendante, mais possède une connaissance approfondie de l'intervention.
Valeurs / paradigme	Modèle hybride Néopositivisme (avec une	Le paradigme d'appartenance se base sur une ontologie <i>réaliste critique</i> et une épistémologie

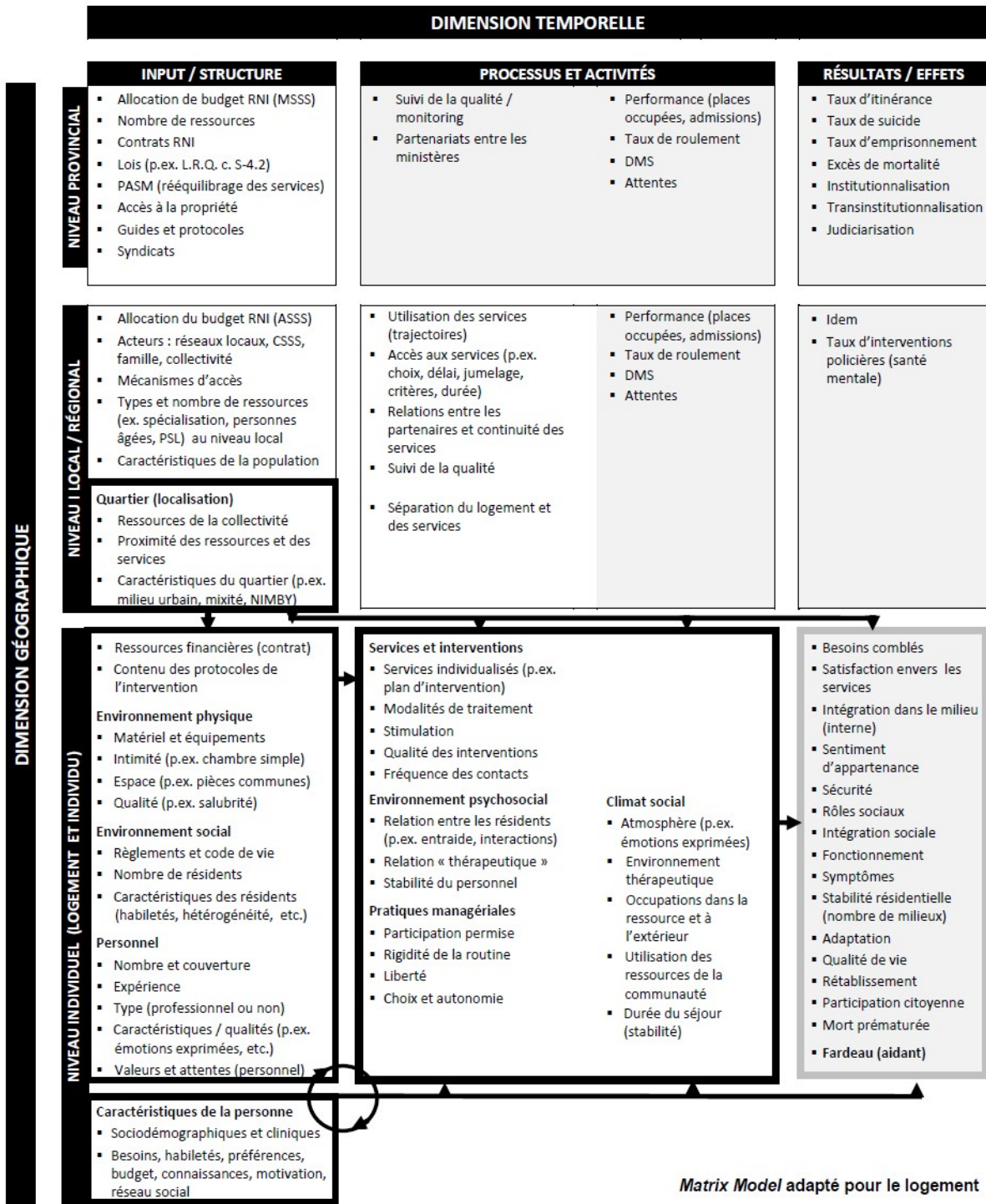
	tendance au pragmatisme)	qui ouvrent sur l'utilisation d'un continuum de méthodes (Champagne <i>et al.</i> 2009b).
Finalités	Fondamentale et formative	Le projet de recherche vise une contribution aux connaissances à travers la création de modèles. L'instrument développé tend vers un but formatif (c.-à-d. des services résidentiels mieux adaptés).
Cible du projet de recherche	Intervention complexe Logement pour les adultes (santé mentale)	Le projet de recherche de développement s'intéresse à l'ensemble des composantes qui constituent l'intervention (figure 7, p. 72).
Participation des parties prenantes	Étendue : large Degré : moyenne	La participation des parties prenantes varie selon les phases du projet. Pour la Phase I, la participation active et étendue des parties prenantes permet de considérer une pluralité de perspectives et de construire une conceptualisation de l'intervention. L'équipe de recherche conserve le contrôle sur les aspects techniques du projet de recherche.
Utilisation	Conceptuelle (cognitive) et instrumentale	Voir Finalités. Le transfert des résultats est partiellement ouvert en ce sens qu'il concerne les diverses parties prenantes (incluant les décideurs) et la communauté scientifique.
Transfert des résultats	Partiellement ouvert	

Selon la typologie des modèles d'utilisation des évaluations¹, le modèle auquel s'identifie le plus la candidate au doctorat est celui du *néopositiviste universitaire* (Champagne *et al.* 2009b). Toutefois, principalement pour la Phase I du projet de recherche, une tendance vers le pragmatisme se manifeste à travers une approche participative et une méthodologie mixte. Cela dit, dans la démarche, l'objectivité demeure un idéal « subjectivé » et l'équipe de recherche a conservé un degré de contrôle sur les aspects méthodologiques et techniques. Le réalisme critique est donc priorisé. Ce dernier joint les deux pôles traditionnels (relativisme et positivisme) et privilégie une multitude de méthodes et l'implication des parties prenantes, essentielle, à différentes étapes de la démarche (sans aller aussi loin que le constructivisme ou la recherche purement participative²). La candidate au doctorat se reconnaît aussi un penchant pour la *boîte noire* et la compréhension de l'action des mécanismes sous-jacents à l'approche évaluative de Pawson & Tilley (1997).

¹ Et ce, même si ce projet de recherche ne peut être considéré comme une évaluation (il ne porte aucun jugement).

² En ce qui a trait à la recherche participative, l'écart se situe davantage en lien avec le contrôle sur le processus de recherche et la profondeur de la participation aux différentes étapes (Daigneault *et al.*, 2012) ainsi que sur l'utilisation des résultats.

Figure 7 : Cadre conceptuel préliminaire



Chapitre 4

Méthodologie

4.1. Description générale du projet de recherche

4.2. Phase I

4.3. Phase II

4.4. Considérations éthiques



Selon le *Medical Research Council (MRC) Framework for the Evaluation of Complex Health Intervention*, l'évaluation des interventions complexes devrait débuter par la Phase du développement de la théorie de l'intervention et être suivie par une Phase de modélisation (MRC, 2001). Ce projet de recherche de doctorat cible spécifiquement ces deux phases de l'évaluation des interventions complexes dans le domaine de la santé, souvent négligées dans la pratique. Il revisite donc la théorie et la conceptualisation du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Il comprend trois objectifs spécifiques, présentés dans l'introduction (chapitre 1), qui s'articulent autour de six sous-questions de recherche :

1. Identifier les caractéristiques¹ clés du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental, selon la perspective de diverses parties prenantes de la province de Québec.
 - I. Quelles sont les attributs du logement et des ressources résidentielles en santé mentale (ceux qu'ils ont et ceux qu'ils devraient avoir) ?
 - II. Quelle est l'importance de ces différents attributs ?
 - III. Quelle est la présence relative de ces attributs au sein du logement et des ressources résidentielles existantes ?

2. Développer un modèle du logement et des ressources résidentielles en santé mentale en

¹ Les caractéristiques regroupent les attributs, dimensions (composantes) et domaines constituant un concept.

fonction de caractéristiques clés, de l'opinion des parties prenantes et de la recension des écrits.

- iv. Quels attributs pourraient être regroupés en concepts sous-jacents ?
 - v. Comment conceptualiser le logement et les ressources résidentielles en tenant compte de considérations ontologiques, causales, réalistes et statistiques ?
- 3. Développer un instrument de mesure permettant de dresser le portrait d'une ressource résidentielle² destinée à des adultes avec un trouble mental, et ce, en fonction de ses caractéristiques structurales et procédurales.**
- vi. Comment opérationnaliser les ressources résidentielles (attributs, dimensions, domaines) et les mesurer ?

Ce chapitre décrit le cadre méthodologique utilisé pour répondre aux objectifs et aux questions de recherche. Il détaille la stratégie de recherche et présente la population étudiée. Les considérations éthiques seront présentées dans la dernière partie du chapitre.

4.1. Description générale du projet de recherche

Le projet de recherche est de type *développement* puisqu'il vise l'élaboration d'une théorie et d'un instrument de mesure (Contandriopoulos *et al.* 1990). Il comprend deux phases (PI et PII) articulées autour des trois objectifs de la thèse (tableau IV, p. 76). Les deux phases exploitent des devis de recherche différents et font appel à divers participants : des personnes utilisatrices de services résidentiels, leurs proches, des propriétaires de ressources résidentielles, des intervenants œuvrant dans le milieu des services résidentiels publics, privés ou rattachés à des organismes communautaires, des administrateurs, des gestionnaires et des chercheurs. Les techniques utilisées pour la collecte de données

² Les ressources résidentielles s'étendent de ressources de groupe avec un soutien professionnel 24 heures par jour et sept jours par semaine, à des appartements avec soutien mobile de quelques heures par semaine.

comprennent : des groupes de remue-méninges, des questionnaires, des groupes de discussions focalisées et des entrevues téléphoniques semi-structurées. Les deux phases du projet de recherche sont décrites dans les prochaines sections de ce chapitre.

Tableau IV : Survol des deux phases du projet de recherche

OBJECTIF DU PROJET	DEVIS/MÉTHODE	PARTICIPANTS
PI	1. Identifier les composantes clés du logement	Parties prenantes (n = 722) 1) Utilisateurs de services 2) Proches 3) Intervenants en santé mentale et propriétaires de ressources 4) Administrateurs, gestionnaires, intervenants au suivi des ressources et autres (p.ex. universitaires)
	2. Développer un ou des modèle(s) du logement	
PII	3. Élaborer un instrument de mesure pour mesurer les caractéristiques des ressources résidentielles	Experts (n = 23) Propriétaires ou personnel de ressources résidentielles du secteur public (n = 258)

4.1.1. Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche multidisciplinaire était composée d'une clinicienne œuvrant dans le réseau des ressources résidentielles en santé mentale (candidate au doctorat), d'un psychiatre-chercheur, d'un chercheur en psychologie du travail (tous les trois œuvrant dans le domaine de la réadaptation), et de trois assistantes de recherche. L'une des assistantes de recherche, détentrice d'un doctorat dans un domaine connexe, possède un savoir expérientiel unique en relation avec l'intervention étudiée. En effet, elle est demeurée dans plusieurs ressources résidentielles en santé mentale (p.ex. résidence d'accueil, appartement supervisé). Une deuxième assistante possède une expérience comme famille d'accueil³ et travaille comme intervenante responsable du suivi des ressources résidentielles pour les

³ La famille d'accueil se distingue de la résidence d'accueil par la clientèle desservie. La résidence d'accueil héberge des adultes, alors que la famille d'accueil abrite des enfants (18 ans et moins). Elles sont des ressources de type familial au sens de la Loi (L.R.Q., chapitre S-4.2).

adultes avec un trouble mental, depuis plus de 30 ans. Enfin, la troisième assistante de recherche est détentrice d'une formation en médecine familiale, à l'extérieur du Canada.

4.2. Phase I du projet de recherche

4.2.1. Stratégie de recherche de la Phase I (planification opérationnelle)

4.2.1.1. Devis de recherche

La Phase I du projet de recherche pose les deux premiers objectifs (tableau IV, p. 76). Elle a permis d'identifier les caractéristiques du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental et de générer un modèle. Le devis de recherche est intrinsèquement lié au choix de la technique utilisée pour la démarche de conceptualisation. La cartographie de concepts a été retenue en raison de sa rigueur, du potentiel explicatif des cartes conceptuelles produites et de son aspect participatif. Dans l'optique de revisiter la théorie et la conceptualisation du logement et des ressources résidentielle, la pluralité des perspectives, des pratiques et des savoirs permettait de créer un espace dynamique de réflexion et de (co)construction. La conjonction des multiples points de vue apparaissait essentielle pour mieux comprendre toutes les facettes de l'intervention étudiée et leurs interactions entre elles. En ce sens, la cartographie de concepts permet de regrouper des parties prenantes avec des perspectives et des intérêts divergents tout en leur reconnaissant un poids équivalent. D'autres raisons viennent étayer le choix de cette technique :

- La cartographie de concepts (voir manuscrit 2), par le contact direct avec les participants, a permis une certaine proximité entre l'équipe de recherche et les parties prenantes, tout en permettant de mieux ajuster les stratégies de communication en fonction de certains des groupes de parties prenantes (p.ex. des explications sur les idées à organiser, permission à des personnes de s'asseoir en retrait du groupe).

- La cartographie de concepts est une méthode mixte intégrée tout à fait indiquée pour explorer les phénomènes complexes. Le terme *intégrée* renvoie au fait que les composantes qualitatives et quantitatives se combinent et se complètent; elles ne sont pas seulement utilisées successivement (ou alternativement) (Creswell & Palto Clark, 2007 ; Rosas & Kane, 2012)⁴.
- La cartographie de concepts est structurée (voir manuscrit 2) et ancrée dans une procédure scientifique rigoureuse (Kane & Trochim, 2007).
- La cartographie de concepts recueille différents types de données et utilise divers outils de collecte de données (p.ex. remue-méninges, questionnaire).

En somme, la cartographie de concepts permet d’explorer le phénomène étudié (l’intervention) en profondeur et dans toute sa complexité. Elle en ressort les différentes caractéristiques pour produire plusieurs cartes conceptuelles (voir manuscrit 2).

4.2.1.2. Population cible : les différentes parties prenantes

La population cible de la Phase 1 regroupe les parties prenantes rattachées, de près ou de loin, à l’intervention étudiée. L’identification des parties prenantes permet donc d’appréhender la population cible. Celle-ci se situe à différents niveaux hiérarchiques et géographiques (voir p. 72, figure 7), eu égard aux rôles, à l’expertise et à la relation à l’intervention de chacune des parties prenantes. Chacune possède une compréhension expérientielle partielle, théorique ou pratique, du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental (Pawson & Tilley, 1997). Compte tenu de l’hétérogénéité de la population cible, il n’est pas envisageable d’en définir les paramètres.

⁴ La cartographie de concepts, comme toute méthode mixte, mise sur les forces des méthodes qualitatives et quantitatives et sur leur complémentarité. Malgré leur popularité grandissante, les méthodes mixtes sont encore sujettes à la controverse. En effet, plusieurs ambiguïtés demeurent relativement à leur utilisation (Morse, 2010) et plusieurs auteurs soulignent leurs (in)compatibilités avec certains des grands paradigmes existants en recherche (Tashakkori & Teddlie, 2003; Pluye *et al.* 2009).

Tableau V : Description des détenteurs d'enjeux et de leurs principaux intérêts

PARTIES PRENANTES (RÔLES EN LIEN AVEC L'INTERVENTION)	SECTEURS	INTÉRÊTS
1. Personne utilisatrice de services (bénéficiaire directe des services)	A, I, C, P	<u>1</u> , <u>2</u> , 3, 4
2. Proche (bénéficiaire indirect et soutien aux personnes)	A, R	1, 2, 3, 4, <u>5</u>
3. Propriétaire des ressources résidentielles et le personnel (prestataires immédiats de l'intervention)	I, C, P	1, 2, 3, 4, <u>5</u> , <u>6</u> , <u>7</u>
4. Intervenant responsable du suivi professionnel des ressources (responsable du soutien et du suivi aux ressources résidentielles, du suivi de la qualité et du jumelage)	I	1, 2, 3, 4, 5, 7
5. Intervenant au suivi des usagers et curateurs (suivi et soutien aux personnes utilisatrices de services)	I, C	1, 2, 3, 4
6. Établissement utilisateur (responsable du suivi clinique des personnes utilisatrices de services)	I	1, 2, 3, 4, 10
7. Association RNI (ARIHQ et RESSAQ) (représentation des ressources résidentielles et soutien)	R	1, 2, 3, 4 , 5 , 6 , 7
8. Établissement gestionnaire désigné (responsable des mécanismes d'accès, de la qualité des services et décideur local)	I	1, 4, 7, 8 , 9 , 10
9. Ministères et Agences de la santé et des services sociaux (décideur hiérarchique)	I	1, 4, 8 , 9 , 10
10. Population (contribuables)	A	1, 8, 11

Secteur : **A** = Non spécifique (population générale, collectivité) ; **I** = Institutionnel ; **C** = Communautaire ou sans but lucratif ; **P** = Privé ; **R** = Regroupement (associatif)

■ Non inclus dans le projet de recherche

Le tableau V présente l'étendue du champ d'activité des parties prenantes et leurs rôles. Il précise les différents secteurs dans lesquels elles évoluent et quelques-uns des principaux intérêts de chacune pour l'intervention étudiée. Les intérêts pressentis des parties prenantes, variables, concernent, entre autres : **(1)** la qualité de vie et le rétablissement des personnes avec un trouble mental ; **(2)** l'accès à un milieu de vie adéquat pour les personnes avec un trouble mental ; **(3)** la satisfaction des besoins des personnes

utilisatrices de services ; **(4)** la qualité des services offerts ; **(5)** la charge de travail des aidants (naturels, non-professionnels ou professionnels) ; **(6)** le revenu des propriétaires de ressources résidentielles ; **(7)** le soutien aux ressources résidentielles ; **(8)** les coûts des ressources résidentielles et du logement ; **(9)** les cibles ministérielles et autres (p.ex. *Plan d'action en santé mentale 2005-2008*) ; **(10)** les durées de séjour dans les ressources résidentielles ; **(11)** la « santé » du quartier (p.ex. taux d'itinérance, sécurité).

4.2.1.3. Milieu et échantillonnage

Les régions sociosanitaires du Québec ont été sélectionnées selon quatre critères : **(1)** l'étendue du territoire ; **(2)** la localisation des ressources en milieux urbain et rural ; **(3)** la diversité des types d'établissement gestionnaire (hôpital psychiatrique versus Centre de la santé et des services sociaux (CSSS)) ; **(4)** le nombre et la (non) diversité des ressources sur le territoire. À l'origine, quatre régions ont été ciblées (Haut-Richelieu, Montréal, Mauricie, Québec). Ensemble, ces régions regroupent plus de 50 % des places reconnues dans les ressources non institutionnelles du Québec en santé mentale (SIRTF, 2006). Elles présentent différents modes de fonctionnement et, localement, l'organisation des services varie.

La sélection des participants, à la Phase I, repose sur un échantillonnage non probabiliste (par *choix raisonné*) (Contandriopoulos *et al.* 1990). Les participants ont été sélectionnés pour représenter la diversité des points de vue en relation avec le logement et les ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental. Ils ont été identifiés à partir du jugement d'experts, le plus souvent une organisation. Ainsi, les regroupements de ressources (p.ex. *Regroupements des ressources résidentielles adultes du Québec* (RESSAQ), *Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec* (ARIHQ)) et les établissements gestionnaires ont suggéré des propriétaires de ressources résidentielles. Chaque établissement gestionnaire a été consulté pour identifier des gestionnaires, des intervenants responsables du suivi des ressources, des responsables de ressources

résidentielles, des personnes utilisatrices de services et des partenaires clés contributifs. Certains participants ont été abordés lors de conférences. De plus, pour chaque région participante, plusieurs démarches ont été effectuées pour identifier les organismes communautaires d'hébergement (OCH) (p.ex. La Maison les Étapes Inc., PECH, Le Havre), et des organismes avec des missions rattachées à la santé mentale (p.ex. AGIR, APUR, CAMÉÉ, FOHM, RACOR, La Croix blanche, Le Verger, L'entraîné). Les membres des familles ont été rejoints à travers des regroupements (p.ex. Société québécoise de la Schizophrénie (SQS), Association Québécoise des parents et amis de la maladie mentale (AQPAMM), Le Périscope). Les personnes utilisatrices de services ont été identifiées par l'intermédiaire d'organismes, de contacts (*boule-de-neige*) et d'intervenants. Tous les participants ont été contactés directement par la candidate au doctorat ou par une assistante de recherche, et ce, avant les séances de groupe. Une lettre d'information (voir annexe 1) et un formulaire de consentement (voir annexe 2) leur ont été envoyés. Le formulaire de consentement a été signé au début de chacune des séances de groupe de la cartographie de concepts.

Selon les séances et les étapes de la cartographie de concepts, le nombre de participants varie. Il est à noter que sur les six étapes de la cartographie de concepts décrites dans le manuscrit 2, seulement les trois suivantes impliquent des participants :

- **Étape 2 (générer des idées)** : Treize groupes de remue-méninges ont été réalisés dans quatre régions (voir manuscrit 3). Les parties prenantes (n = 221) ont été rencontrées en sous-groupes : **(1)** personnes utilisatrices de services ; **(2)** proches ; **(3)** intervenants responsables du suivi des clients, pairs-aidants, propriétaires et personnel œuvrant dans les ressources résidentielles ; **(4)** intervenants responsables du suivi professionnel des ressources résidentielles, administrateurs, gestionnaires et participants autres. En raison de la petite dimension de certains territoires (p.ex. Haut-Richelieu), deux sous-groupes ont pu être rencontrés ensemble.

- **Étape 3a (coter les idées)** : Quarante et une séances de groupe ont été réalisées dans cinq régions sociosanitaires. Le territoire du Nord de Lanaudière a été ajouté aux régions initiales. À nouveau, les parties prenantes (n = 416) ont été rencontrées en sous-groupes. L'objectif de l'échantillonnage, principalement pour les personnes utilisatrices de services, visait à s'assurer de recruter des participants provenant de la plus grande diversité possible de types de logement (voir manuscrit 4 pour des précisions sur les participants).
- **Étape 3b (regrouper des idées)** : La tâche du regroupement des idées a été présentée à la fin des séances de cotation des idées aux groupes ayant réalisé, au minimum, les trois-quarts de la tâche de la cotation. Les participants ont été informés que la tâche serait laborieuse (tout en permettant une réflexion intéressante). Des volontaires, de même que certains participants, qui ont été contactés personnellement par la candidate au doctorat, ont pris part à cette étape (n = 73). Le nombre de participants, moins élevé par rapport aux étapes précédentes, permet tout de même de maximiser l'indice de stress de l'échelonnage multidimensionnel (MDS) (voir manuscrit 2).
- **Étape 5 (valider les résultats)** : Les participants (n = 12) ont été sélectionnés par l'équipe de recherche. Il s'agit de la seule étape où les sous-groupes de parties prenantes sont rassemblés. La taille du groupe devait respecter celle recommandée pour la tenue d'un groupe de discussions focalisées (six à douze personnes) (Vaughn *et al.* 1996).

Le manuscrit 2 survole l'échantillonnage pour la Phase I du projet de recherche. Les manuscrits 3, 4 et 5 décrivent les caractéristiques sociodémographiques des participants impliqués dans les différentes étapes de la cartographie de concepts qui, dans son intégralité, a amené 722 participations (environ 500 participants différents).

4.2.2. Phase opérationnelle de l'étude

4.2.2.1. Manuscrit 2

Le manuscrit 2 décrit, une à une, les six étapes de la cartographie de concepts. Certains des résultats de la Phase I y sont présentés à des fins d'apprentissage, et ce, en conformité avec le public cible du manuel. Le manuscrit 3 décrit la méthodologie employée et les résultats en relation avec l'identification des caractéristiques du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental (étape 2 de la cartographie de concepts). Les manuscrits 4 et 5 présentent la méthodologie utilisée, les résultats des analyses quantitatives de la Phase I et la conceptualisation du logement et des ressources résidentielles émergente.

- **Titre du manuscrit** : La cartographie de concepts : une représentation visuelle et spatiale pour décrire les ressources résidentielles en santé mentale
- **Auteurs** : Felx, A., Kane, M., Toudghi, K., Corbière, M. et Lesage, A.
- **Date de publication** : 2014 (ce manuscrit n'est pas la version finale)
- **Nom de la revue scientifique ou du livre** : Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes – Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé
- **Éditeurs** : Nadine Larivière et Marc Corbière
- **Maison d'édition** : Les Presses de l'Université du Québec (PUQ)

Titre

LA CARTOGRAPHIE DE CONCEPTS : Une représentation visuelle et spatiale pour décrire les ressources résidentielles en santé mentale

Auteurs

Amélie Felx

Université de Montréal et Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Mary Kane

Directrice générale, Concept System Inc.

Marc Corbière

Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne et Université de Sherbrooke

Alain Lesage

Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et Université de Montréal

Résumé (français)

Ce chapitre s'attarde à la cartographie de concepts ou *concept mapping* telle que développée et popularisée par William M.K. Trochim. La cartographie de concepts rend possible l'identification des principales composantes, caractéristiques ou particularités d'une réalité et elle permet de les mettre en relation les unes avec les autres. Ancrée dans une épistémologie hybride, elle est conçue pour regrouper une hétérogénéité de participants avec des perspectives et intérêts divergents. Elle s'apparente à une approche participative et mixte. Les analyses intègrent l'analyse de contenu et des analyses multivariées. Les résultats obtenus se présentent la forme de cartes conceptuelles. La première partie de ce chapitre décrit les particularités de la cartographie de concepts et les six étapes qui la composent. La deuxième partie présente le déroulement et les résultats d'une étude multicentrique québécoise dans laquelle la cartographie de concepts a été utilisée.

Forces

- *Facilite la compréhension d'un concept abstrait ou d'une intervention complexe à travers une représentation visuelle et spatiale.*
- *Permet de recueillir et d'analyser les perceptions divergentes de multiples parties prenantes.*
- *Consiste en une technique structurée qui peut être utilisée auprès de petits comme de grands groupes de participants.*

Limites

- *Le processus peut être exigeant pour les participants (et l'investigateur).*
- *L'interprétation des cartes conceptuelles produites peut, dans certains cas, s'avérer laborieuse.*
- *La validité externe peut être limitée en raison de la représentativité des participants.*

La cartographie de concepts⁵ ou le *concept mapping* désigne le processus par lequel des idées sont représentées sous la forme de cartes conceptuelles. La cartographie de concepts est plus vaste que la technique décrite dans ce chapitre et développée par William M.K. Trochim de l'Université Cornell (Trochim, 1989; Kane et Trochim, 2007). En effet, plusieurs variantes existent et son utilisation s'étend au-delà de l'évaluation et de la recherche. Par exemple, elle peut servir pour la planification stratégique, pour favoriser les apprentissages et parfois même pour les évaluer (p.ex. Markham et al. 1994; Novak et Gowin, 1984).

En tant que méthode ou technique de collecte et d'analyse de données, la cartographie de concepts représente une option parmi d'autres pour explorer des questions entourant les interventions complexes, l'identification des besoins, la théorie des programmes, les priorités d'une organisation, etc. Son utilisation dans le domaine de la santé mentale est peu fréquente comparativement à d'autres techniques qui peuvent aussi servir à structurer la réflexion et la communication au sein de groupes de participants telles que la méthode Delphi, la méthode TRIAGE, le groupe de discussions focalisées (*focus group*), la technique du groupe nominal et le *brainwriting* (Pinault et Daveluy, 1986).

⁵ Dans ce chapitre, le terme cartographie de concepts est une traduction de l'anglais *concept mapping*. Le terme cartographie conceptuelle est aussi utilisé par certains auteurs.

Ce chapitre comprend deux parties. La première décrit les six étapes de la cartographie de concepts (Kane et Trochim, 2007)⁶. La deuxième présente le déroulement et les résultats d'une étude multicentrique québécoise dans laquelle la cartographie de concepts a été utilisée pour décrire les ressources résidentielles en santé mentale. À partir de cet exemple d'application, quelques-uns des défis rencontrés par l'équipe de recherche sont mis en relief.

1. La cartographie de concepts

1.1. Description générale de la cartographie de concepts

1.1.1. Caractéristiques générales

La cartographie de concepts consiste en un processus de conceptualisation structurée (*structured conceptualization*) comprenant six étapes illustrées à la figure 8 (p. 91). Elle permet d'identifier les principales composantes, dimensions ou particularités d'une réalité ou d'un phénomène et d'en visualiser l'univers conceptuel sous-jacent. Le tableau VI (p. 87) présente quelques-unes de ses particularités.

La cartographie de concepts permet de regrouper une hétérogénéité de parties prenantes avec des préoccupations propres à différents niveaux hiérarchiques et qui ont une expérience vécue ou théorique en lien avec le sujet ou le phénomène étudié (p.ex. gestionnaires, intervenants, personnes utilisatrices de services). Elle confère un poids équivalent aux perceptions de chaque participant et utilise leur langage. La participation des parties prenantes prend diverses formes aux différentes étapes de la démarche, sauf lors de l'analyse des données qui est réalisée par l'investigateur (étape 4). La nature des interactions entre les participants varie aussi selon les étapes de la démarche, et selon les choix méthodologiques faits par l'investigateur. Habituellement, la cartographie de concepts tend à limiter le degré de liberté et d'ouverture dans les échanges entre les participants, ce qui

⁶ Ce chapitre rédigé en collaboration avec l'un des concepteurs de la technique (M. Kane) reprend les principaux éléments décrits dans les textes clés (Trochim, 1989 ; Kane et Trochim, 2007).

permet de restreindre l'effet d'entraînement du discours d'une personne par une autre (voir section 1.3.2).

Tableau VI : Particularités de la cartographie de concepts

- Repose sur une collecte systématique d'informations et sur des étapes bien définies.
- Permet de regrouper des parties prenantes hétérogènes avec des perspectives et des intérêts divergents.
- Favorise la participation des parties prenantes aux différentes étapes de la démarche (approche participative).
- Recueille des données qualitatives ainsi que quantitatives et repose sur des analyses qualitatives et quantitatives, incluant des analyses multivariées (méthode mixte).
- Utilise habituellement plusieurs outils de collecte de données : le questionnaire, le remue-méninges, la réflexion individuelle et le groupe de discussions focalisées, etc.
- Ne vise pas nécessairement la recherche d'un consensus.

La cartographie de concept est qualifiée de méthode mixte, car ses composantes qualitatives et quantitatives sont intrinsèquement rattachées (Kane et Trochim, 2007). Les données qualitatives recueillies sont analysées par le biais d'analyses qualitatives (analyse de contenu ou textuelle) et quantitatives. Ces dernières comprennent des statistiques descriptives et des analyses multivariées, soit l'échelonnage multidimensionnel (*multidimensional scaling*) et la typologie hiérarchique (*hierarchical cluster analysis*). Ce fondement mathématique et le recours à l'algèbre matricielle sont des particularités de la technique. La plupart des autres variantes de cartes conceptuelles ne reposent pas sur des analyses statistiques (p.ex. Novak et Gowin, 1984).

Les résultats de la cartographie de concepts prennent la forme d'une représentation visuelle et spatiale (cartes conceptuelles). Ces cartes synthétisent une grande quantité d'informations et sont plus aisément compréhensibles que les tableaux de résultats plus traditionnels en recherche (p.ex. les tableaux de coefficients de saturation des items à un facteur issus de l'analyse factorielle) (voir manuscrit 5). Les cartes conceptuelles tiennent

compte de l'ensemble des différentes perceptions individuelles et mettent en relation les composantes ou dimensions du phénomène étudié. Dans les faits, la cartographie de concepts n'a pas comme premier objectif d'obtenir un consensus entre les participants; elle vise plutôt à recueillir une grande diversité de perceptions pour explorer en profondeur le sujet ou le phénomène d'intérêt. La recherche de consensus entre les participants est remplacée par l'agrégation des données. La cartographie de concepts permet donc d'aborder les questions de recherche sous l'angle de la pluralité (c.-à-d. parties prenantes, réalités, savoirs). Selon les valeurs et les choix de l'investigateur (voir section 1.3.), la démarche pourra s'inscrire dans un des grands paradigmes existants (p.ex. paradigmes néopositiviste, participatif, constructiviste)^{7, 8}.

1.2. Évolution et utilisation de la cartographie de concepts

Depuis les premières publications dans les années 1980, la cartographie de concepts s'est raffinée et son utilisation s'est répandue (Rosas et Kane, 2012). Plus de 120 travaux de maîtrise et de doctorat s'y rapportent, et plus de 200 articles scientifiques publiés décrivent des projets qui utilisent la cartographie de concepts ou des adaptations de la technique (cf. Johnsen et al. 2000). Le lecteur intéressé peut se renseigner sur le développement de la cartographie de concepts et retracer plusieurs publications et exemples de projets sur le site WEB <http://www.conceptsystems.com>. Sauf quelques exceptions (p.ex. Trochim 1993; Trochim et al. 1994; Jackson et Trochim, 2002; Southern et al. 2002; Rosas, 2005; Dagenais et al. 2009; Rosas et Kane 2012), peu de publications font état des limites, de la qualité des représentations obtenues et de l'applicabilité de la technique. Ces publications permettent d'amorcer une réflexion autour de la fiabilité et de la validité de la cartographie de concepts et fournissent des pistes pour juger de la qualité d'un projet.

⁷ En ce sens, Kane et Trochim (2007) parlent d'une ontologie neutre (p. 176).

⁸ Le lecteur intéressé par les débats entre les différents paradigmes peut se référer à Guba et Lincoln (2011). Il importe de souligner que les différents auteurs ne s'entendent pas toujours entre eux pour définir les différents paradigmes.

1.2.1. Domaines de recherche et exemples d'utilisation

Les finalités ou les utilisations possibles de la cartographie de concepts sont multiples: planification, élaboration d'un cadre conceptuel ou d'un instrument de mesure, identification de besoins, développement d'une intervention ou d'un programme, transfert de connaissances, etc. En revanche, elle est très rarement utilisée pour inférer la causalité ou tester une hypothèse.

La cartographie de concepts a été abondamment utilisée dans le domaine de la planification et de l'évaluation. Plusieurs revues d'évaluation ont publié des articles portant sur des projets l'ayant mise à contribution (p.ex. *Evaluation and Program Planning, American Journal of Evaluation*). La santé publique et la santé communautaire sont les disciplines dans lesquelles la cartographie de concepts est le plus fréquemment utilisée (Rosas et Kane, 2012). Elle est aussi utilisée en sciences sociales, en santé et en sciences biomédicales (Rosas et Kane, 2012). Quelques publications se rapportent à la santé mentale et à la réadaptation (cf. Johnsen et al. 2000). Par exemple, elle a servi à créer un cadre conceptuel et à identifier les composantes d'un programme de soutien à l'emploi (Trochim et al. 1994) et à explorer les facteurs qui influencent l'adhésion au traitement médicamenteux tel que perçu par les intervenants, les proches et les personnes atteintes de schizophrénie (Kikkert et al. 2006).

1.2.2. Logiciels

Les logiciels d'analyses statistiques courants (p.ex. SPSS et SAS) peuvent être utilisés pour réaliser les analyses quantitatives menant à la création des cartes conceptuelles. Leur utilisation requiert une connaissance approfondie des analyses multivariées. En comparaison, le logiciel *Concept System*®, développé par William M.K. Trochim spécifiquement pour la technique, exécute automatiquement chacune des transformations et des opérations mathématiques nécessaires à la production des résultats et des cartes conceptuelles. Le logiciel comprend aussi une interface WEB qui permet aux participants d'y entrer

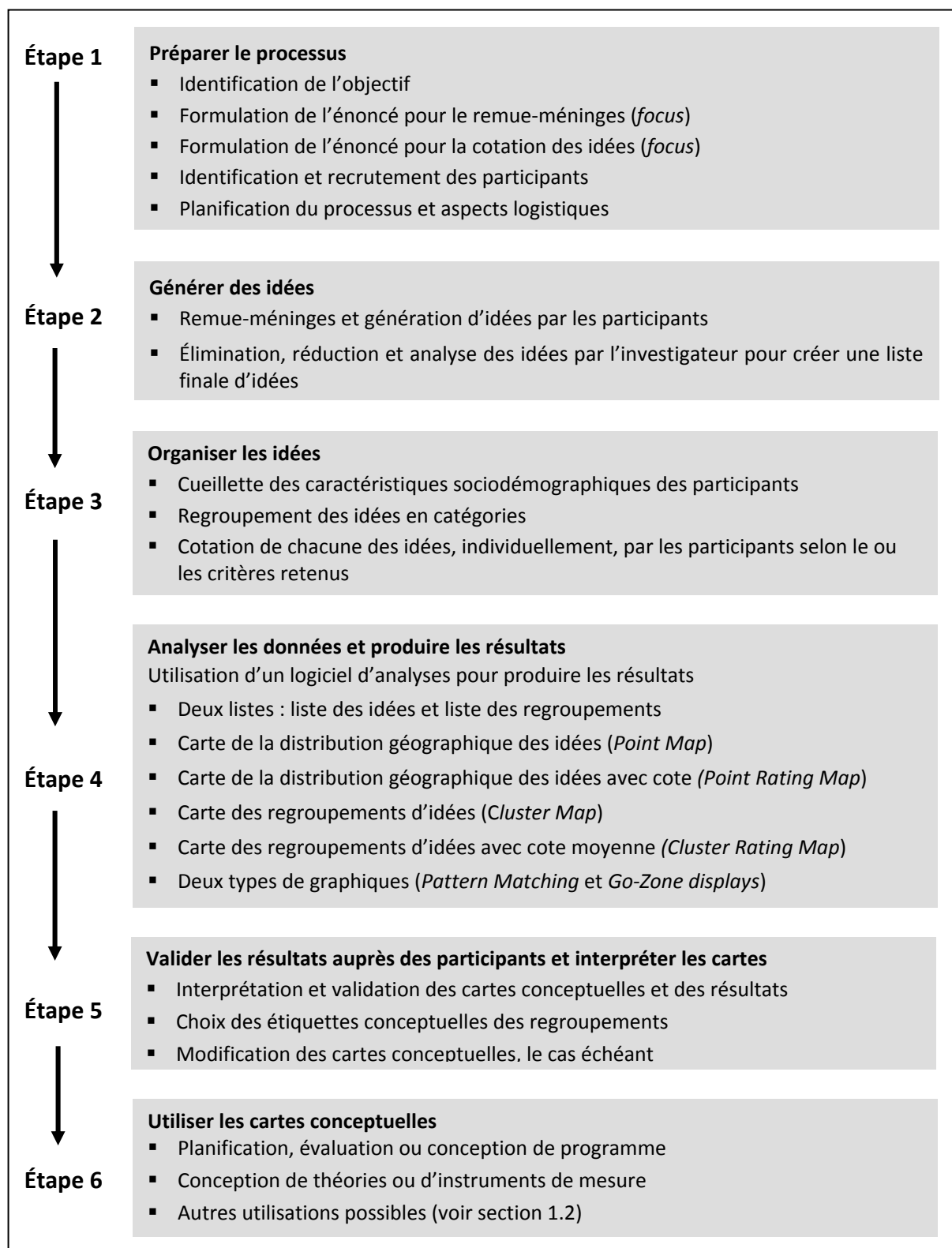
directement leurs réponses aux étapes 2 et 3 de la démarche (section 1.3). De plus, une équipe d'experts est disponible pour accompagner l'investigateur dans sa démarche et dans l'utilisation du prologiciel. Des formations en ligne et des cours sont aussi offerts. En contrepartie, le prologiciel est coûteux et présente certaines limites d'utilisation (p.ex. il ne permet pas l'importation de données à partir d'autres logiciels tels Excel ou SPSS).

1.3. La cartographie de concepts : étape par étape

Conçue comme une démarche systématique et rigoureuse en six étapes, la cartographie de concepts laisse tout de même place à une certaine flexibilité (Figure 8). Les particularités de chaque projet seront intrinsèquement reliées au sujet ou au phénomène d'intérêt, au contexte, au paradigme d'appartenance de l'investigateur, à la distribution géographique des participants, à la diversité des parties prenantes ainsi qu'au temps et aux ressources disponibles. Entre autres, l'investigateur peut choisir parmi différentes techniques de collecte de données ou opter pour celles traditionnellement utilisées dans les projets de cartographie de concepts pour générer les idées (remue-méninges), les coter (questionnaire) et les organiser (classification libre) (Rosenberg et Kim, 1975). Kane et Trochim (2007) proposent des techniques alternatives qui ne sont pas abordées dans ce chapitre⁹.

⁹ Il est possible pour générer des idées (étape 2), de recourir à un groupe de discussions focalisées, à des entrevues ou à la littérature. Pour la cotation (étape 3), il est possible de demander aux participants de ressortir les dix idées les plus importantes.

Figure 1 – Six étapes de la cartographie de concepts



1.3.1. Étape 1 : Préparer la démarche

Le travail préparatoire représente une étape cruciale de la cartographie de concepts; les décisions prises influencent le déroulement de la démarche et sa qualité. Kane et Trochim (2007) décrivent huit sous-étapes qui permettent de bien préparer la démarche. Les principales sous-étapes sont décrites brièvement ci-dessous. Toutefois, avant toute chose, il importe de réfléchir sur le bien-fondé d'utiliser la cartographie de concepts et de s'assurer que la problématique et les objectifs de la démarche sont clairs.

- **1.a) L'identification du modérateur** : Le choix d'un modérateur est un enjeu dans tout processus de groupe ; il est aussi un facteur déterminant du succès ou non de la procédure. Selon le contexte et l'objectif de la démarche, différentes qualités peuvent être recherchées chez le modérateur (p.ex. interne versus externe au programme, convivialité, expérience, capacité d'encadrement).
- **1.b) La formulation de l'énoncé pour le remue-méninges (*focus*)** : L'énoncé qui sera présenté aux participants à l'étape 2 peut prendre la forme d'une consigne, d'une question ou d'une phrase à compléter (tableau VII). La phrase à compléter a l'avantage de générer des idées avec une structure grammaticale plus uniforme.

Tableau VII : Exemples d'énoncés pour un remue-méninges

1. Consigne	Générez de courtes phrases qui décrivent les besoins de formation des professionnels œuvrant dans l'unité de traitement et de réadaptation intensive.
2. Question	Quels sont les besoins de formation des professionnels œuvrant dans l'unité de traitement et de réadaptation intensive ?
3. Phrase à compléter	Les professionnels de l'unité de traitement et de réadaptation intensive auraient un besoin de formation sur ...

L'énoncé est à la base du remue-méninges qui recueille l'ensemble des idées qui serviront à la construction des cartes conceptuelles. Sa formulation doit être claire et univoque. L'énoncé doit permettre de générer des idées qui couvrent l'ensemble du

phénomène ou du domaine conceptuel ciblé tout en favorisant l'émergence d'idées créatives. En contrepartie, l'énoncé doit être suffisamment précis pour éviter les idées hors sujet. Le lecteur intéressé à la formulation d'un énoncé peut consulter la littérature sur cette question (p.ex. Fowler, 2009).

- **1.c) La formulation de l'énoncé pour la cotation des idées (*focus*) :** Afin de préparer l'étape 3 (voir section 1.3.3.) où les participants devront attribuer une valeur numérique aux idées émises lors du remue-méninges, l'investigateur doit, au cours de cette sous-étape, déterminer sur la base de quel(s) critère(s) chaque participant cotera chacune des idées. Cette cotation permettra de mettre les différentes idées en relation les unes par rapport aux autres. N'importe quelle mesure d'intérêt peut servir de critère: importance, coût, priorité, faisabilité, etc. (voir partie 2 pour un exemple).

- **1.d) L'identification et le recrutement des participants :** L'identification des participants est intrinsèquement liée au contexte et à l'objectif de la démarche. Il faut déterminer le nombre et le type de participants qui prendront part aux différentes étapes de la démarche (p.ex. intervenants, personnes utilisatrices de services, gestionnaires, personnel administratif). Leur sélection peut reposer sur un échantillonnage aléatoire si l'investigateur recherche un groupe de participants représentatif d'une population cible, ou sur un échantillonnage par choix raisonné s'il souhaite obtenir une diversité de perspectives. Il n'est pas nécessaire que les mêmes participants prennent part à chacune des étapes de la démarche (Kane et Trochim, 2007; Johnsen et al. 2000). Toutefois, le fait de ne pas participer à l'ensemble de la démarche peut nuire à la compréhension qu'en ont les participants. Enfin, une fois les participants potentiels identifiés, il faut procéder à leur recrutement et, le cas échéant, à l'obtention de leur consentement libre et éclairé.

La recension de 69 projets utilisant la cartographie de concepts réalisés entre 2001 et 2011 (Rosas et Kane, 2012) indique que le nombre moyen de participants est 155,78

(étendue : 20 à 649). Les projets qui se déroulent via le WEB comptent en moyenne plus de participants (243,42). Bien qu'il n'existe aucun critère précis pour déterminer le nombre total de participants souhaité, pour le regroupement des idées (étape 3) un nombre entre 20 et 30 maximisera la valeur de l'indice de stress (Rosas et Kane). Cet indice permet de juger de la qualité de l'ajustement du modèle final et de déterminer si la représentation obtenue est aléatoire ou non.

- **1.e) La méthode** : Il s'agit ici de préciser plusieurs des éléments qui viendront établir les paramètres de la démarche. Par exemple, l'investigateur décide du ou des modes de collecte de données (p.ex. rencontres de groupe face-à-face, courrier postal ou électronique, WEB, modes multiples). Il doit aussi répondre à plusieurs questions comme : Dans quelle fenêtre temporelle se déroulera la démarche : plusieurs mois, trois semaines, une journée ? Y aura-t-il un comité consultatif qui accompagnera l'investigateur dans les différentes étapes de la démarche¹⁰ ?

En somme, à l'étape 1, la démarche se dessine et le plan de travail détaillé est rédigé.

1.3.2. Étape 2 : Générer des idées

En général, les participants sont invités à prendre part à une séance de remue-méninges au cours de laquelle ils sont appelés à formuler de courtes idées ou phrases en réponse à l'énoncé formulé à l'étape 1. Tel que mentionné précédemment, le remue-méninges peut être réalisé lors d'une ou de plusieurs rencontre(s) de groupe, par courrier postal ou électronique, ou via le WEB. Les rencontres de groupe requièrent une planification et une organisation (tableau VIII, p.95). Toutefois, elles ont l'avantage d'augmenter le taux de participation, de générer plus d'interactions entre les participants et de les inciter à se

¹⁰ La présence d'un comité consultatif est recommandée par Kane et Trochim (2007) et rend la démarche plus objective et participative.

centrer sur la tâche. Le WEB, en contrepartie, permet de rejoindre facilement et rapidement des participants dispersés sur un territoire et est moins contraignant pour les participants.

Tableau VIII : Pense-bête pour la préparation d’une rencontre de remue-méninges

Participants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envoyer des invitations et de l’information sur le projet et son contexte ▪ Envoyer ou faire un rappel aux participants avant la rencontre
Modérateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparer le modérateur (p.ex. préciser les attentes, expliquer les enjeux) ▪ Préparer le texte et les lignes directrices pour le modérateur
Lieu de la rencontre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réserver une salle de rencontre de qualité (p.ex. confort, luminosité) ▪ S’assurer de la bonne disposition de la salle (p.ex. en rectangle) ▪ S’assurer que tous les participants verront bien l’écran
Matériel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S’assurer d’avoir le matériel nécessaire (p.ex. ordinateur, projecteur, écran, papier et crayons, tableau, documents sur le projet, formulaires de consentement) ▪ Prévoir un plan B si l’ordinateur ne fonctionne pas ▪ Offrir café et viennoiseries
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présenter le contexte et la démarche ▪ Préciser le temps consacré aux différentes tâches (p.ex. pause)
Déroulement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser un prétest et ajuster la démarche en conséquence

Inspiré de Kane et Trochim (2007)

Une rencontre de groupe débute, en général, par une brève présentation du projet et de ses objectifs. Les règles et les principes du remue-méninges doivent aussi être expliqués (Osborn, 1948). Le remue-méninges se fonde sur deux principes : la suspension du jugement et la recherche la plus étendue d’idées possibles tout en respectant l’énoncé. Les participants peuvent poser des questions afin de clarifier le sens d’une idée. Toutefois, il faut éviter les discussions et les commentaires autour de la valeur des idées émises. La critique peut conduire à l’échec de la procédure.

Une fois l’énoncé posé, les participants prennent quelques minutes pour y réfléchir. Par la suite, chaque participant formule une idée (ou choisit de passer son tour). Les tours de table se poursuivent jusqu’à l’épuisement des idées. Le modérateur peut, par la suite,

suggérer une période où des idées sont émises en vrac. Le modérateur voit à ce que chacun des participants ait la parole et à ce qu'il n'y ait aucune critique (explicite ou implicite) des idées exprimées. Il doit aussi s'assurer de la fluidité des idées sans en influencer la production. Les idées émises sont inscrites au fur et à mesure sur un tableau ou sur un ordinateur rattaché à un écran projecteur. Les participants peuvent donc visualiser simultanément l'ensemble des idées émises par le groupe et en valider la saisie.

À la suite de la génération des idées, un travail d'édition est habituellement nécessaire pour créer une liste finale d'idées qui sera présentée aux participants à l'étape 3. Les idées redondantes sont regroupées, certaines idées sont reformulées et les idées non pertinentes sont éliminées. Parfois, le nombre d'idées générées est tel qu'un travail d'analyse de contenu ou textuelle est souhaitable. Ce travail d'édition et d'analyse est primordial, car les idées doivent être claires et représenter la variété et la richesse des idées énoncées par les participants. L'homogénéité de leur structure grammaticale facilitera le travail des participants à l'étape subséquente. Au demeurant, plus le nombre d'idées est élevé, plus la tâche des participants sera complexe. Kane et Trochim (2007) recommandent que ce nombre soit inférieur à 100 et, selon la recension de Rosas et Kane (2012), les participants génèrent en moyenne 93,32 idées (É.T. 17,23).

1.3.3. Étape 3 : Organiser (classifier et coter) les idées

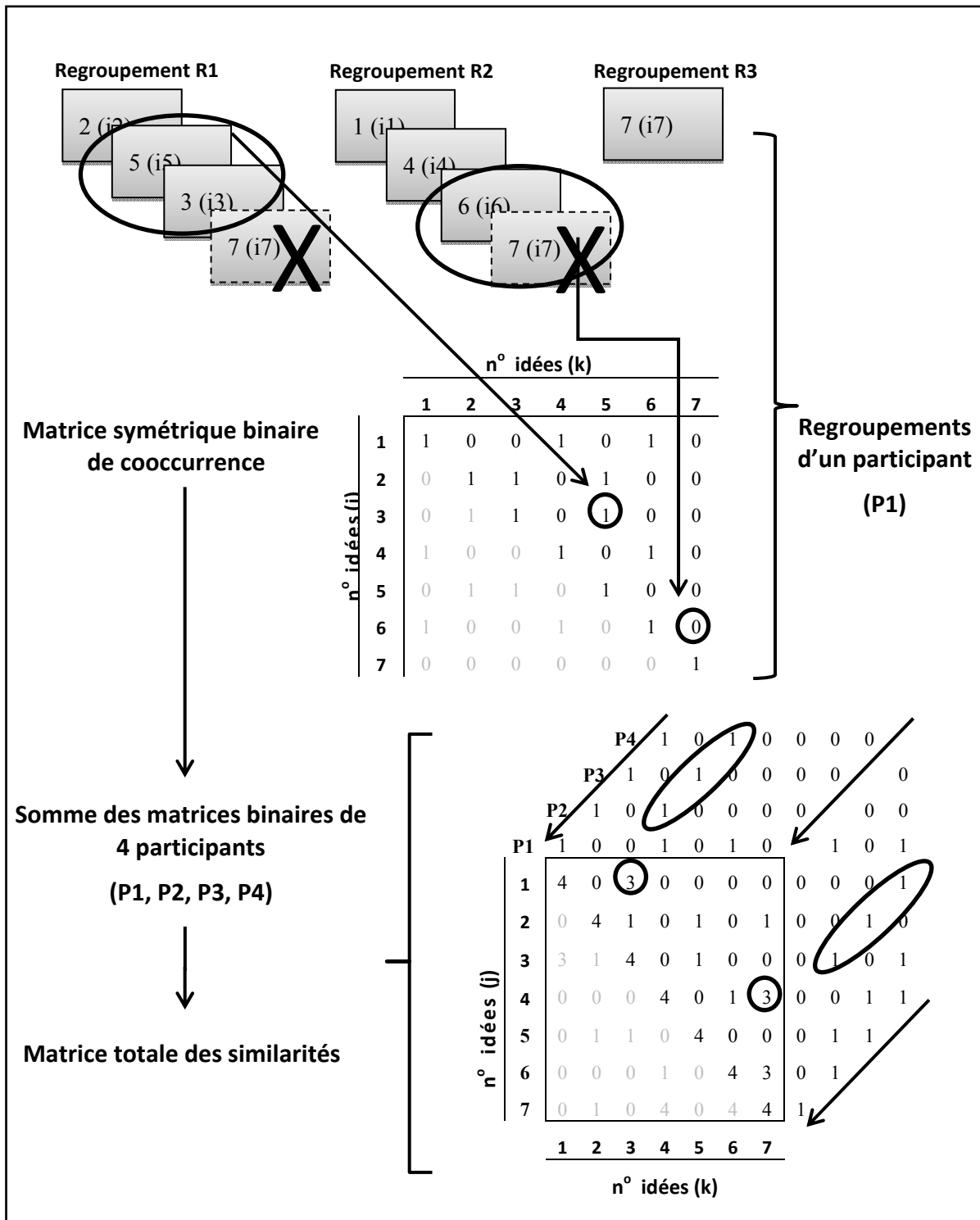
Une fois la liste d'idées créée, les participants réalisent, individuellement, deux tâches : **(1)** coter les idées selon un ou plusieurs critères ; **(2)** regrouper les idées. À cette étape, il importe que le travail produit individuellement puisse être rattaché à un participant. Pour ce faire, des données descriptives sont recueillies (p.ex. numéro du participant, genre, âge). Ces données permettront d'effectuer des comparaisons entre les réponses des différents participants.

La première tâche consiste à regrouper les idées en catégories ou en regroupements (Rosenberg et Kim, 1975 ; Weller et Romney, 1988). Chaque participant peut former autant de regroupements qu'il le désire, selon une logique de classification qu'il déterminera et en faisant appel à des schèmes qui représentent sa façon de conceptualiser le sujet ou le phénomène d'intérêt. Le nombre de regroupements peut aller de 1 (toutes les idées sont regroupées ensemble en un seul regroupement) au nombre total d'idées (chaque idée constitue un regroupement). Trois consignes sont données aux participants : **(1)** ne pas mettre une même idée dans plus d'un regroupement ; **(2)** ne pas laisser toutes les idées seules (sans les regrouper) ; **(3)** ne pas regrouper les idées qui semblent ne se rattacher à aucun regroupement (il est préférable de laisser l'idée seule). Pour ce faire, le participant révise l'ensemble des idées. Ensuite, pour chaque idée, le participant se questionne. Par exemple, à la figure 9 (p. 98), si l'un des quatre participants tente de classer l'idée 7 (i7), il se demandera si cette idée rejoint les idées 2 (i2), 5 (i5) et 3 (i3) quant à sa nature, sa signification ou tout autre attribut. Si oui, le participant place l'idée 7 (i7) dans le regroupement R1. Sinon, le participant poursuit son questionnement : l'idée 7 (i7) rejoint-elle les idées du regroupement R2 ? Si l'idée 7 (i7) ne rejoint aucun des deux regroupements existants, elle formera un troisième regroupement (R3). Le participant poursuit avec l'idée suivante, jusqu'à ce que toutes les idées soient placées. Pour chaque regroupement formé, le participant indique une appellation ou la raison pour laquelle il a regroupé les idées ensemble. Si la procédure se déroule en groupe, chaque idée est imprimée sur un carton individuel et chaque participant crée des regroupements (piles de cartons) manuellement.

La deuxième tâche consiste à attribuer une cote à chacune des idées, selon le ou les critère(s) retenu(s) à l'étape 1. Par exemple, si le critère retenu est l'importance, chaque participant cote l'importance de chacune des idées. Différentes échelles de cotation peuvent être utilisées, la plus fréquente est l'échelle de Likert (généralement entre quatre et sept points). Si la procédure se déroule en groupe, le modérateur remet à chaque participant un

questionnaire sur lequel il pourra encercler ses réponses.

Figure 9 – Exemple de regroupements d'idées et leurs transformations en matrices



1.3.4. Étape 4 : Analyser les données et créer les cartes

Les résultats de la cartographie de concepts découlent d'une série d'analyses de données¹¹: **(1)** l'échelonnage multidimensionnel ; **(2)** la typologie hiérarchique ; **(3)** le calcul de moyennes ; **(4)** le calcul de corrélations. Les résultats produisent des listes, deux types de graphiques et quatre types de cartes. Ils sont décrits ci-dessous et plusieurs sont illustrés dans la partie 2 du chapitre (figures 10 à 14, p. 108 à 113).

L'échelonnage multidimensionnel recherche une structure dans un espace affine et repose sur la transformation des données qualitatives recueillies, en matrices (figure 9, p. 98). Dans l'exemple fictif illustré dans la figure 9, un participant a créé trois regroupements à partir de sept idées. Si deux idées (j et k) sont regroupées ensemble par un participant, le chiffre 1 apparaît dans la matrice résultante ($r_{j,k}$). Si deux idées ne sont pas regroupées ensemble, le chiffre 0 apparaît ($r_{j,k}$). Les matrices symétriques binaires des productions individuelles sont additionnées pour former une matrice symétrique totale de similarités (*total square similarity matrix*) qui permet de calculer un indice de proximité ou de distance entre j et k. Les nombres dans cette deuxième matrice indiquent le nombre de participants qui ont regroupé deux idées ensemble. À la figure 9, un 4 indique que tous les participants (n = 4) ont regroupé deux idées (j et k) ensemble. Ainsi, plus ce nombre est élevé, plus un nombre élevé de participants font l'association entre les deux idées ce qui laisse envisager une proximité conceptuelle (ou une probabilité élevée d'être effectivement reliées conceptuellement). À partir de cette information, l'échelonnage multidimensionnel permet la création d'une carte de la distribution géographique des idées (*Point Map*) qui représente visuellement la proximité ou la distance entre les idées émises dans un espace à dimensions réduites (figure 10, p. 108). Le nombre de dimensions est fixé à deux par le logiciel, tel que justifié par Krustal et Wish (1978) lorsque l'objectif est de créer des regroupements

¹¹ Les détails des analyses statistiques dépassent le cadre de ce chapitre. Le lecteur intéressé peut se référer à des ouvrages sur les méthodes multivariées ou à des ouvrages portant spécifiquement sur l'échelonnage multidimensionnel et la typologie hiérarchique (p.ex. Krustal et Wish, 1979 ; Anderberg, 1973 ; Everit, 1980).

(*clusters*) et par Rosas et Kane (2012). De plus, l'interprétation des résultats est plus simple dans un espace à deux dimensions. L'algorithme fixe une géométrie non métrique, c'est-à-dire un mode pour calculer des distances entre les points et pour représenter les relations de proximité observées entre les idées dans l'espace euclidien. Sur la carte résultante, chaque point correspond à une idée et occupe des coordonnées $(X_j Y_j)$. Les idées les plus fortement associées se situent plus près les unes des autres.

La deuxième série d'opérations mathématiques repose sur l'analyse typologique hiérarchique (*hierarchical cluster analysis*) et utilise les coordonnées $(X_j Y_j)$ issues de l'échelonnage multidimensionnel. Elle permet de regrouper les idées en classes ou grappes exclusives (*clusters*) de telle sorte que les idées d'un même regroupement soient les plus semblables possible et représentent un concept similaire. L'algorithme de Ward (Everitt, 1980) utilise une classification ascendante et permet de produire n'importe quel nombre de grappes (allant de 1 au nombre total d'idées) de façon itérative. À chaque étape, l'algorithme agrège deux regroupements formés à l'étape précédente formant ainsi une arborisation. Il n'existe aucun critère statistique pour déterminer le nombre idéal de regroupements. L'investigateur doit procéder à un examen des différentes solutions et il a la tâche, à la fois difficile et passionnante, de rechercher une solution optimale à partir de critères tels que la parcimonie, le potentiel d'interprétation, le contenu des regroupements et la perte d'informations. Une fois le nombre de regroupements déterminé, la carte des regroupements d'idées (*Cluster Map*) est produite (figure 11, p. 110). À ce stade, la solution n'est pas finale, car les participants pourront la modifier à l'étape 5.

La troisième série d'opérations mathématiques consiste à calculer la moyenne des cotes attribuées à chacune des idées par les participants pour les critères retenus. Une fois ces opérations réalisées, deux cartes sont produites : la carte de la distribution des points avec cote (*Point Rating Map*) et la carte des regroupements avec cote (*Cluster Rating Map*)

(figure 12, p. 111). Le logiciel permet aussi la création de deux types de graphiques additionnels qui illustrent les relations entre les cotes moyennes attribuées aux idées ou aux regroupements et les caractéristiques des participants. Le premier consiste en un nuage de points (idées) dans un système d'axes (X, Y) (*Go-zone displays*) (figure 13, p. 112). Le deuxième met en relation les cotes moyennes des regroupements en fonction de deux attributs (critères ou caractéristiques des participants) (*Pattern Matching displays*) (figure 14, p. 113). Un coefficient de corrélation de Pearson est aussi calculé.

Tous les résultats produits reflètent différentes façons de représenter le phénomène d'intérêt et de mieux le comprendre. À cela s'ajoutent, différents indices (p.ex. itérations, indice de dispersion) et moyens (p.ex. indice de stress de Krustal, méthode des deux moitiés) sur lesquels peut s'appuyer l'interprétation des résultats et qui peuvent être utilisés pour explorer la fiabilité de la démarche et sa validité (Rosas et Kane, 2012; Jaworska et Chupetlowska-Anastoeva, 2009).

1.3.5. Étape 5 : Valider les résultats et interpréter les cartes

À cette étape, il y a un retour auprès des participants pour faire ressortir, de façon collective, le sens qui émerge des résultats et des cartes conceptuelles. Pour la première fois dans la démarche, des discussions ont lieu entre les participants et le groupe tente habituellement d'en arriver à un consensus sur le sens qui émerge de cette représentation. Lors de la rencontre, les différents résultats sont présentés aux participants qui examinent les idées comprises dans chacun des regroupements. Bien que déconseillé par les experts de la technique, le groupe peut décider de déplacer une (ou quelques idées) vers un regroupement auquel elle semble mieux se rattacher et, par le fait même, modifier les résultats obtenus mathématiquement. Les participants sont aussi interpellés pour le choix des étiquettes conceptuelles de chaque regroupement.

Les participants ne retrouvent pas nécessairement leur travail individuel dans cette représentation visuelle finale. Ils doivent donc délaissier leur propre conception pour passer à une représentation qui englobe l'ensemble du domaine conceptuel et des perspectives des participants; ce saut de l'individu au groupe peut s'avérer ardu. L'animation de cette rencontre requiert habileté et doigté chez le modérateur et elle doit être bien planifiée.

1.3.6. Étape 6 : Utiliser les cartes et les résultats

Tel que décrit dans la section 1.2.1, la cartographie de concepts peut avoir de multiples finalités et utilités dont l'élaboration d'un cadre conceptuel ou l'identification de besoins.

2. Exemple d'application

La cartographie de concept a été utilisée dans un projet de recherche multicentrique québécois sur les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. La Phase I du projet visait à identifier les composantes clés du logement et des ressources résidentielles en santé mentale et à produire un modèle conceptuel. La complexité de l'intervention ciblée, de même que l'importance de consulter de multiples parties prenantes pour la construction de modèle(s) à la fois empirique et théorique, faisaient de la cartographie de concepts une technique de choix.

2.1. Déroulement de la démarche

Le déroulement de la Phase I du projet suit les six étapes présentées dans la Partie 1 de ce chapitre (figure 8, p. 91).

2.1.1. Étape 1 : Préparer le processus

L'échantillonnage par choix raisonné visait à recueillir la plus grande diversité de perspectives. L'hétérogénéité des participants et l'accès limité de certains d'entre eux à

Internet a incité l'équipe de recherche à réaliser une grande partie de la collecte de données au moyen de rencontres de groupe. Les participants regroupent quatre types de parties prenantes provenant des secteurs public, privé et communautaire provenant de cinq régions du Québec: **(1)** des personnes utilisatrices de services; **(2)** des proches; **(3)** des propriétaires, des intervenants œuvrant dans des ressources résidentielles et des intervenants responsables du suivi des résidents hébergés ; **(4)** des administrateurs, des gestionnaires et des intervenants responsables du suivi professionnel des ressources résidentielles. Le nombre de participants a varié selon les étapes de la démarche. Au total, pour la Phase I, il y aura eu 722 participations, rappelons que plusieurs participants ont contribué à plus d'une étape de la cartographie de concept ¹².

2.1.2. Étape 2 : Générer des idées

Treize rencontres de remue-méninges de deux heures en moyenne ont été réalisées dans quatre des cinq régions ciblées. Les participants ont été rencontrés en groupes homogènes (les types de parties prenantes ont été rencontrés séparément) de 5 à 30 personnes (n = 221). La taille des groupes a varié selon le type de parties prenantes. Les groupes composés de personnes utilisatrices de services et de proches étaient habituellement plus petits (entre 5 et 11 participants). Les idées étaient émises à partir de la question suivante : ***Quelles sont les caractéristiques des ressources résidentielles et du logement en santé mentale (celles qu'elles ont ou celles qu'elles devraient avoir) ?***

La question peut sembler enfreindre la règle de l'énoncé univoque. Toutefois, l'équipe de recherche estimait crucial de considérer l'ensemble de l'éventail du logement tout en permettant aux participants de spéculer sur une ressource idéale (les caractéristiques ***qu'elles devraient avoir***). La lecture de l'énoncé était accompagnée d'un montage PowerPoint explicatif présentant une ressource et différentes caractéristiques. Ainsi, le terme

¹² Le nombre de participants uniques est estimé à 500.

« caractéristiques » renvoie ici, à la fois, à la structure du milieu (p.ex. la localisation, le nombre de membres du personnel) et à son fonctionnement (p.ex. les interventions du personnel, l'ambiance). Un prétest auprès d'un groupe d'intervenants et de gestionnaires (n = 10) a permis de s'assurer de la bonne compréhension de la question. Le prétest reproduisait le déroulement de l'étape 2.

Chaque rencontre a débuté par une brève présentation du projet de recherche. Suite à la lecture de la question et à la visualisation du montage, cinq minutes de réflexion individuelle étaient allouées aux participants. Chacun avait à sa disposition du papier et des crayons pour écrire ses idées, si désiré. Le modérateur demandait ensuite aux participants d'émettre une idée, à tour de rôle. Au fur et à mesure, les idées étaient inscrites sur un ordinateur portable et projetées sur un écran. Les tours de table cessaient lorsque le modérateur percevait un ralentissement du rythme des idées émises. Les idées étaient alors exprimées en vrac. Après une pause de 15 minutes, les participants prenaient quelques minutes pour relire les énoncés, puis le partage d'idées reprenait, jusqu'à l'épuisement des idées (ou la fin de la rencontre). Pour clore la rencontre, l'investigateur demandait aux participants s'ils étaient satisfaits de leur travail et les invitait à participer à la rencontre suivante (étape 3) qui allait se dérouler quelques mois plus tard dans leur région.

Les idées émises ont été accumulées de région en région. Une analyse partielle des idées émises était effectuée parallèlement. L'équipe de recherche a donc pu constater que très peu d'idées nouvelles avaient été exprimées par les participants de la quatrième région visitée, ce qui traduit une saturation des idées émises. Au total, 1382 idées ont été formulées (99,5% de saturation). Compte tenu du nombre d'idées recueillies, ces dernières ont été analysées à l'aide du logiciel ATLAS/ti (analyse de contenu et codage mixte). Les idées ont été regroupées en 236 codes (p.ex. *Pouvoir avoir des relations amoureuses ou sexuelles dans son milieu de vie*), 50 sous-thèmes (p.ex. *Fonctionnement non restrictif*) et 9

thèmes (p.ex. *Règles et fonctionnement*), inspirés du cadre conceptuel du projet (figure 7, p. 72). Lors de la sélection des idées pour la création de la liste finale, plusieurs codes ont été exclus (p.ex. les codes rattachés aux résultats attendus de l'hébergement ou à la législation provinciale). Malgré les efforts pour réduire le nombre d'idées, la liste finale en comptait 140. Leur formulation a été très peu modifiée pour en respecter le sens et pour demeurer près du langage des participants.

2.1.3. Étape 3 : Organiser (coter et regrouper) les idées

Un second prétest a été réalisé auprès du groupe d'intervenants et de gestionnaires qui avaient participé au premier prétest, cette fois pour explorer le déroulement de l'étape 3. À la suite des commentaires reçus, les deux tâches qui composent l'étape 3 ont été séparées et inversées. Dans un premier temps, les parties prenantes ont accordé une valeur numérique à chacune des 140 idées retenues au moyen de deux cotes (échelles de Likert à cinq niveaux). La première cote cible l'importance (1 = pas du tout importante ; 5 = très importante). La deuxième mesure la présence ou l'absence de chacune des idées¹³ dans le réseau actuel des services résidentiels en santé mentale (1 = jamais présente ; 5 = toujours présente). Par exemple, pour l'un des deux critères (importance), les participants ont répondu à la question suivante : ***Selon vous, cette caractéristique possible des services résidentiels est-elle importante ?***

Au total, 41 rencontres de groupe de deux heures en moyenne ont été réalisées dans cinq régions (n = 416). Comme à l'étape précédente, la taille du groupe a varié selon le type de parties prenantes. Lors des rencontres de groupe, le modérateur lisait une à une les 140 idées. Chaque idée était simultanément projetée sur un écran. Les participants encerclaient sur leur questionnaire les deux cotes accordées à une idée, avant de passer à l'idée suivante (importance et présence).

¹³ Les idées représentent ici des caractéristiques structurales ou procédurales des ressources résidentielles et du logement.

Enfin, 73 des participants ont aussi classé les idées en regroupements. Les idées ont été imprimées sur des cartons (20 x 5 centimètres). Les idées et 20 cartons vierges ont été envoyés par courrier postal aux participants, en plus de brèves consignes, d'une fiche d'identification et d'une enveloppe-réponse timbrée. Le nombre de regroupements créés par les participants a varié entre 2 et 20 (moyenne de 10 environ). Le temps requis pour classer les idées était variable. Pour certains participants, la durée totale était plus de cinq heures.

2.1.4. Étape 4 : Analyser les résultats et produire les résultats

Les données ont été analysées à l'aide du progiciel Concept System © et du logiciel SPSS. La section 2.2 présente certaines des cartes conceptuelles et des graphiques obtenus.

2.1.5. Étape 5 : Valider les résultats auprès des participants et interpréter les cartes

Le retour auprès des participants a pris la forme d'un groupe de discussions focalisées avec les quatre types de parties prenantes (n = 12). Les participants ont suggéré des appellations pour les différents regroupements. Quelques idées ont été déplacées vers un regroupement adjacent et les regroupements ont été fusionnés en domaines (manuscrit 4). Bien que la migration d'idées vers d'autres regroupements soit possible avec le progiciel *Concept System* ©, l'interface graphique permet uniquement le déplacement des frontières d'un regroupement (versus le déplacement d'une idée sur la carte). Ainsi, pour éviter que les regroupements se chevauchent, les idées doivent être déplacées vers un regroupement adjacent.

Cette étape, d'une grande richesse pour l'équipe de recherche, a été laborieuse pour les participants. Plusieurs éléments y ont contribué : la quantité d'informations transposées sur les cartes, la complexité de la représentation, les idées de différents niveaux systémiques, l'étendue des regroupements qui ne reflète pas leur importance relative (mais bien la proximité conceptuelle à travers des idées plus ou moins dispersées). De plus,

le partage par les parties prenantes de points de vue parfois divergents a nécessité de nombreuses interventions de la part du modérateur.

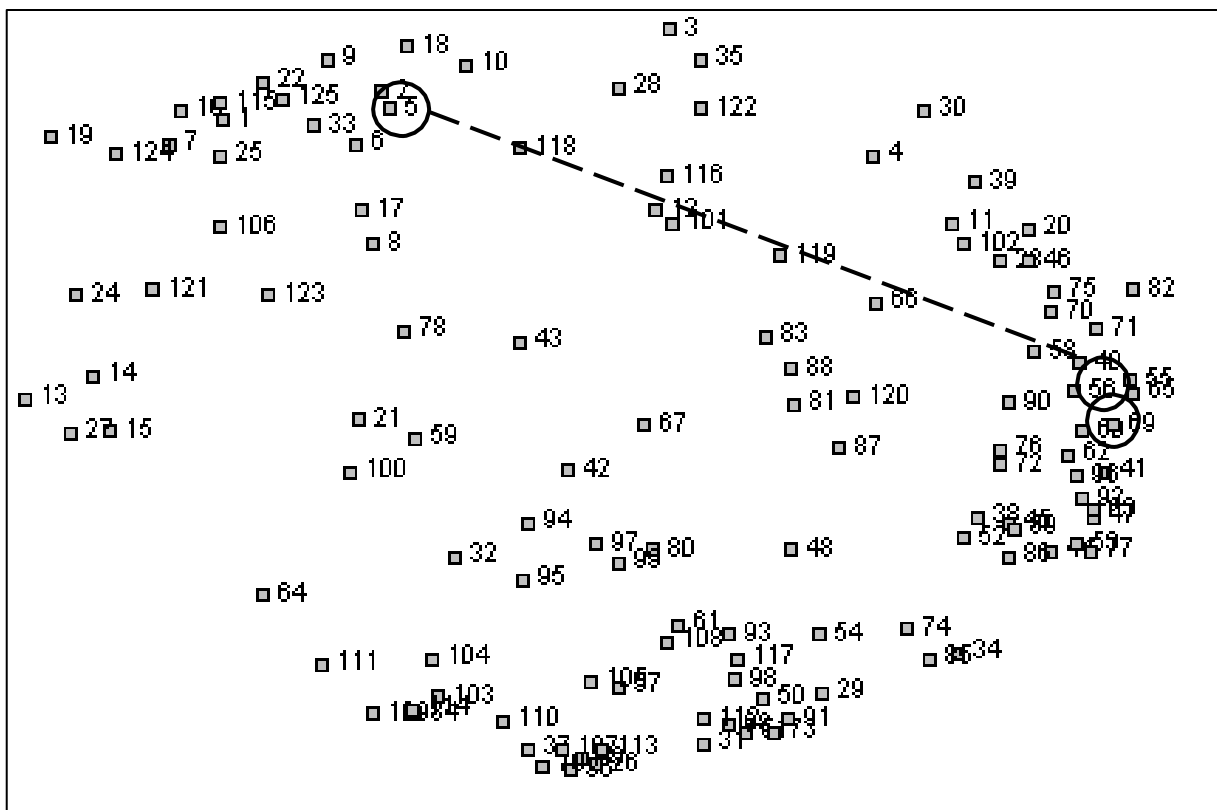
2.1.6. Étape 6 : Utiliser les cartes conceptuelles et les autres résultats

Les résultats ont permis d'explorer les caractéristiques des ressources résidentielles en santé mentale et différents modèles conceptuels. Les données obtenues ont été utilisées pour créer un instrument de mesure qui décrit les ressources selon leurs caractéristiques structurales et procédurales. La conception de l'instrument a été réalisée en intégrant différentes idées et codes issus de l'étape 2 de la cartographie de concepts. Des analyses par composantes principales ont été réalisées en utilisant les regroupements issus des analyses par typologie hiérarchique, ce qui a permis d'organiser et de raffiner les sections de l'instrument. La Phase II du projet prévoit la continuation du développement de l'instrument et du processus de validation.

2.2. Cartes conceptuelles et autres résultats (étape 5)

La carte de la distribution géographique des idées (figure 10, p. 108) confirme la prémisse à la base de l'échelonnage multidimensionnel. Par exemple, les idées n° 60 *Aider la personne à gérer elle-même ses médicaments* et n° 56 *Donner un accompagnement à la personne pour qu'elle puisse utiliser le transport en commun* dans la partie droite de la carte se rapportent à un même concept sous-jacent (services axés sur le développement du résident). En revanche, l'idée n° 5 *Avoir un superviseur ou un intervenant ressource qui visite plusieurs fois par mois les propriétaires des ressources résidentielles* est distante des deux autres sur la carte et au niveau conceptuel.

Figure 10 : Carte de la distribution géographique des idées (*Point Map*) (n =73)



Distance entre deux idées -----
 Proximité entre deux idées ○○

Pour créer la carte des regroupements d'idées issues de la typologie hiérarchique, des solutions comprenant entre 5 et 18 regroupements ont été explorées. L'équipe de recherche a retenu la solution à 12 regroupements présentée à la figure 9 (p. 98). Dans l'ensemble, il est possible de dégager un sens pour chaque regroupement, bien que le centre de la carte compte un certain nombre d'idées hétéroclites. Le tableau IX présente des exemples de deux regroupements et des idées qui les composent. Afin de mieux comprendre la répartition des idées dans l'espace, l'équipe de recherche a créé des cartes distinctes pour les différents types de parties prenantes et a exploré les 73 classifications individuelles. L'analyse des cartes des regroupements par type de partie prenante révèle plus de similitudes que de différences; plusieurs regroupements sont stables et ont de faibles indices

de dispersion (regroupements 5, 8, 9, 12, 10, 11). De plus, la représentation demeure près des données initiales, tel qu'indiqué par le faible indice de stress pour un projet de cartographie de concepts (Rosas et Kane, 2012).

Tableau IX : Exemples d'idées aléatoires comprises dans deux regroupements et leurs cotes en importance et présence (n =73)

Nom du regroupement	Indice ^a	IMP ^b	PRE ^b
8 - Services et interventions (développement) (13 idées) ^c		4,36	3,39
<i>60. Aider la personne à gérer elle-même ses médicaments (autogestion)</i>	0,04	4,11	2,99
<i>71. Informer la personne sur le rétablissement</i>	0,21	4,43	3,17
<i>23. Établir/rester en contact avec la famille et l'impliquer dans le processus de soins</i>	0,31	4,20	2,85
<i>82. Donner à la personne de l'information qui lui permet de connaître ses médicaments</i>	0.31	4.24	2.90
10 - Espace à soi et intimité (8 idées)		4,32	3,42
<i>49. Pouvoir avoir des relations amoureuses ou sexuelles dans son milieu de vie</i>	0,09	4,12	2,68
<i>110. Être dans un milieu de vie confortable, beau, propre et qui sent bon ^d</i>	0,14	4,61	3,92
<i>26. Pouvoir participer à la décoration des lieux et choisir la couleur de sa chambre</i>	0,13	4,28	3,22
<i>113. Avoir accès à un téléphone dans un endroit privé</i>	0,04	4,46	3,87

^a Indice de dispersion 0 à 1 (*Bridging Index*) : un indice près de 0 indique peu de variation dans la façon de regrouper l'idée

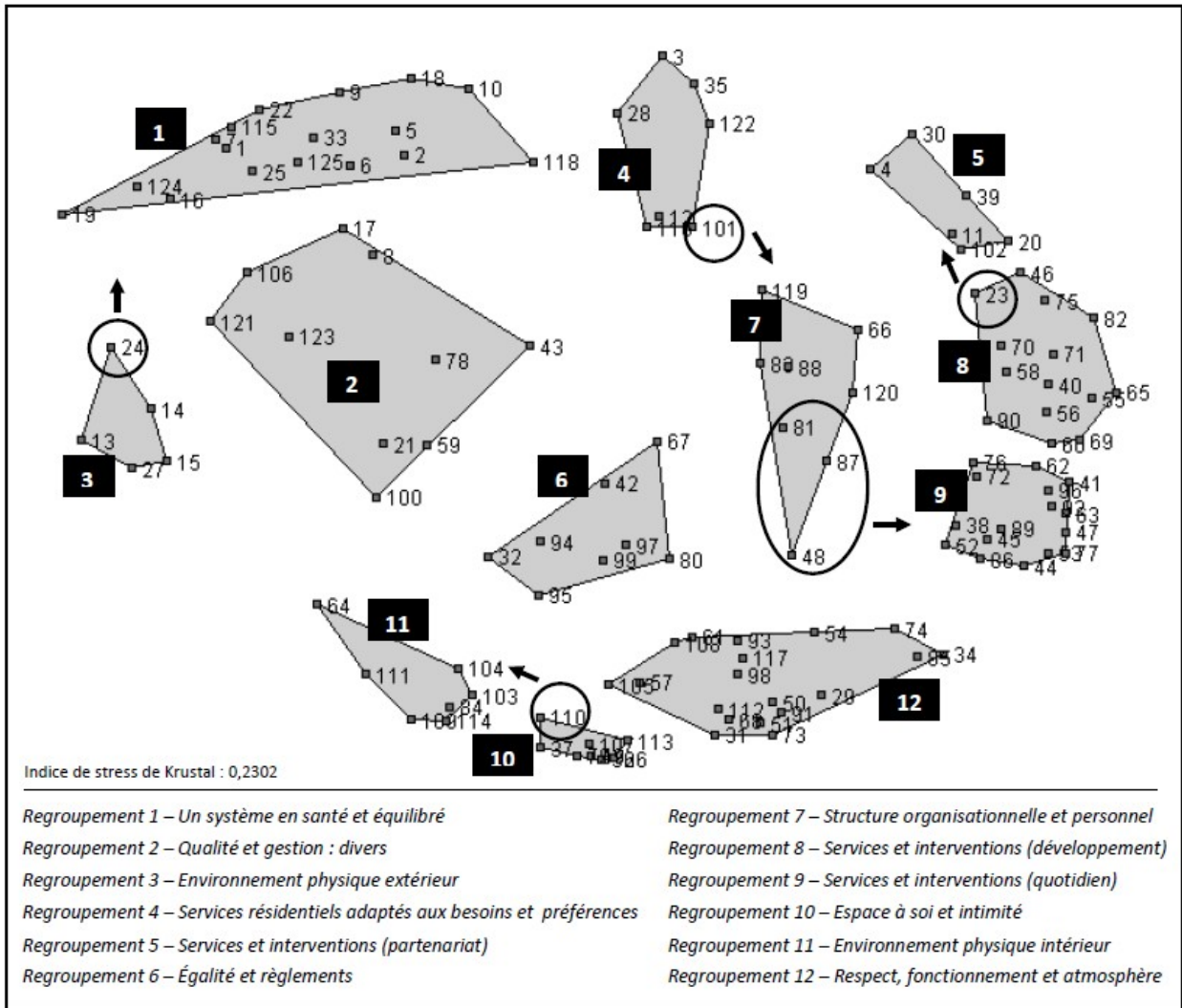
^b Critères de cotation (1 à 5) : importance (IMP) et présence (PRE)

^c Les valeurs en gras réfèrent aux valeurs moyennes pour le regroupement

^d Les idées n° 23 et n° 110 ont été déplacées vers un regroupement adjacent

La carte des regroupements d'idées a été présentée aux participants (étape 5). En examinant les regroupements un à un, il leur est apparu que sept idées devaient être déplacées dans un regroupement adjacent, car elles y étaient davantage reliées conceptuellement (p.ex. idée n° 110, tableau IX et figure 11, p. 110). Le déplacement des idées a conduit à la création d'une nouvelle carte modifiée (voir figure 12, p.111).

Figure 9 : Carte des regroupements d'idées (*Cluster Map*) (n = 73)

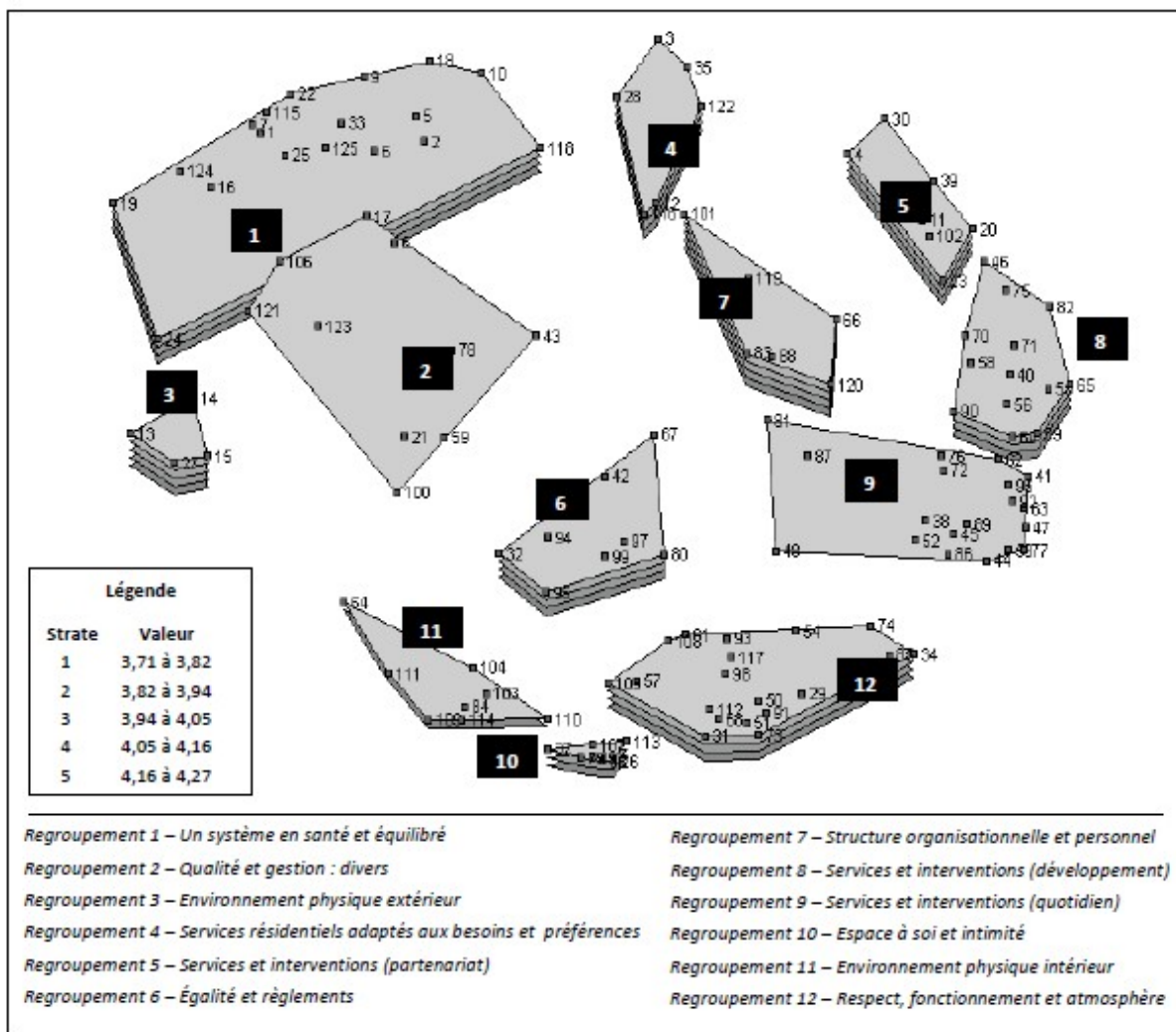


O indique les idées qui ont été déplacées dans un regroupement adjacent

Les résultats produits par le logiciel Concept System © permettent aussi d'explorer la valeur des idées émises individuellement ou par regroupement pour un critère donné (présence ou importance) (tableau IX). Par exemple, l'idée n° 60 a une importance moyenne de 4,11, et celle du regroupement auquel elle se rattache est de 4,36. Deux des cartes conceptuelles intègrent les cotes moyennes accordées aux idées : la carte de la distribution des idées avec cote (*Point Rating Map*) et la carte des regroupements d'idées avec cote (*Cluster Rating Map*) (figure 12). Par exemple, la figure 12 permet en un coup d'œil

de constater la grande importance de certains services et interventions (regroupements 4, 5 et 8) et de l'environnement physique extérieur (regroupement 3). L'importance respective de ces différents regroupements varie entre 4,05 et 4,27, soit 4 ou 5 strates (voir légende). Ces cartes peuvent être produites par type de parties prenantes ou pour l'ensemble des participants, selon l'objectif de la démarche.

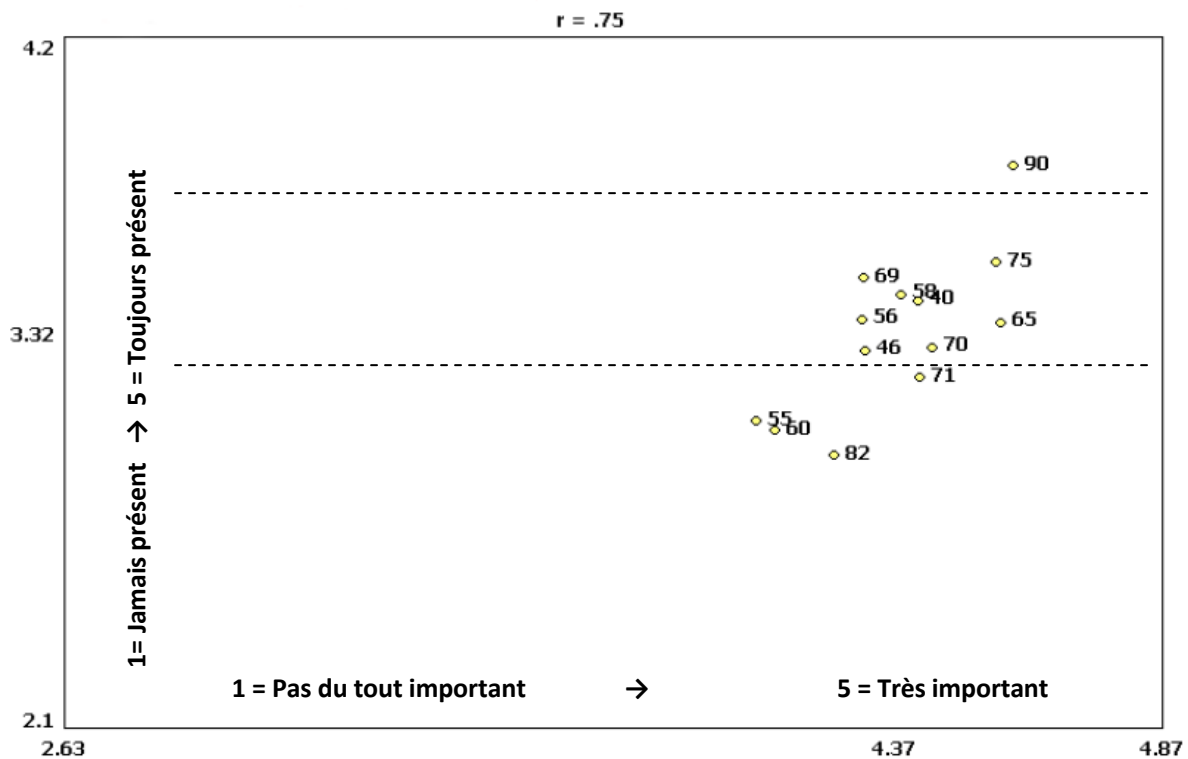
Figure 12 : Carte des regroupements d'idées avec cote de l'importance moyenne selon les personnes utilisatrices de services (Cluster Rating Map)



L'utilité des graphiques additionnels varie selon la nature et les objectifs de la démarche. Par exemple, la figure 13 (Go-Zone display) illustre la relation entre la

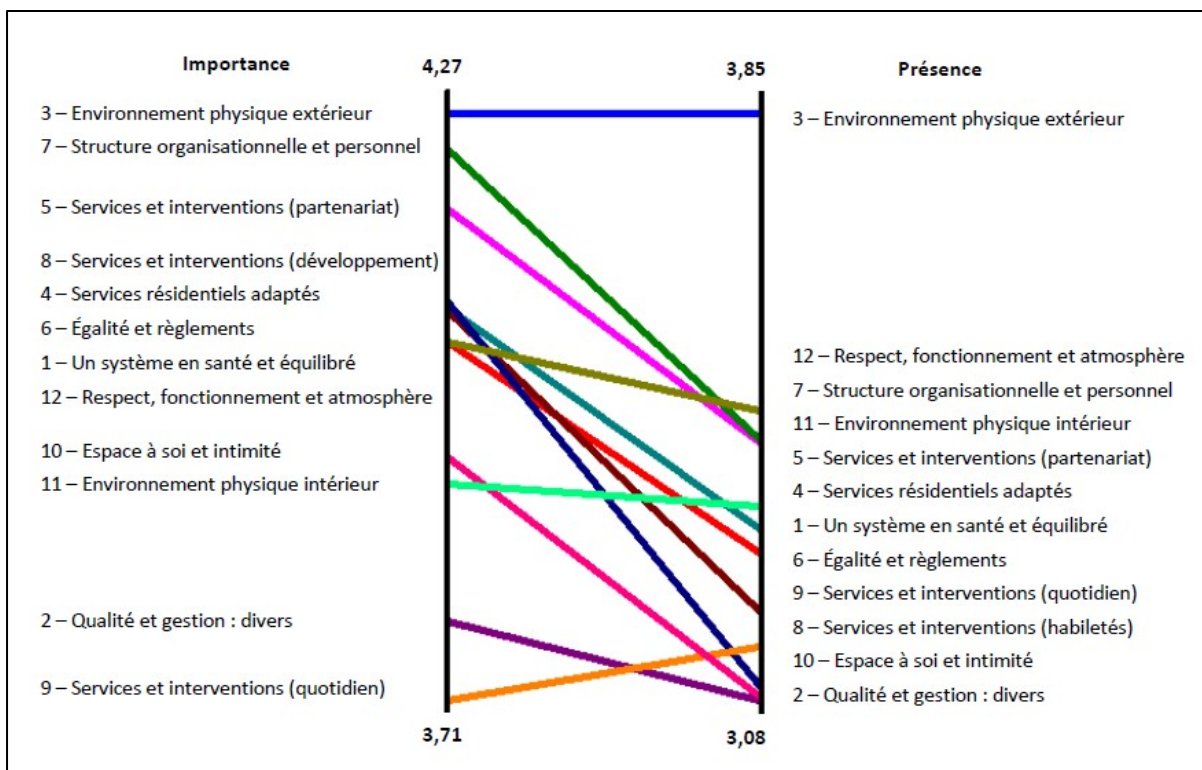
présence et l'importance des idées du regroupement 8, telle que perçue par l'ensemble des 73 participants. Le nuage de points, dans lequel chaque point représente une idée, montre une corrélation élevée entre la présence et l'importance des idées ($r = 0,75$). Il suggère quelques attributs (idées) qui pourraient faire l'objet d'un projet d'amélioration des services du réseau résidentiel en raison de leur faible présence et de leur importance élevée (p.ex. idées n° 71 et n° 82, figure 13).

Figure 13 : Relation entre la présence et l'importance des idées du regroupement 8 (Go-Zone) (n = 73)



La figure 14 (*Matching Pattern Display*) illustre l'écart quasi systématique entre l'importance moyenne élevée des regroupements et leur présence plus faible. Les figures 13 et 14 peuvent être produites selon certaines caractéristiques sociodémographiques (p.ex. le genre, la région), ou pour un type de parties prenantes, ou pour l'ensemble des participants.

Figure 14: Relations entre la présence et l'importance attribuées aux regroupements par les utilisateurs de services (*Pattern Matching*)



3. Conclusion

3.1. Conseils pratiques et analyse critique de la cartographie de concepts

La cartographie de concepts a permis d'atteindre un taux de participation élevé et une mobilisation des parties prenantes au-delà des attentes de l'équipe de recherche. Les participants ont particulièrement apprécié la deuxième étape de la cartographie de concept pendant laquelle ils ont pu s'exprimer librement tout en visualisant simultanément le produit de leur remue-méninges. L'étonnante richesse de l'information recueillie a offert à l'équipe de recherche une connaissance approfondie des enjeux réels entourant le logement et les ressources résidentielles en santé mentale, et ce, selon divers points de vue.

L'application de la cartographie de concepts a aussi permis de constater l'investissement requis de la part de l'équipe de recherche et des participants. La technique doit être adaptée à son contexte d'utilisation d'où l'importance du travail préparatoire et des choix de l'équipe de recherche (étape 1). Cela dit, le travail préparatoire ne met pas l'équipe de recherche à l'abri des défis. Le tableau X présente les principaux défis rencontrés à chacune des étapes de la démarche, ainsi que certaines des solutions retenues.

Tableau X : Défis rencontrés durant la démarche

Étape ou sous-étape	Défis	Pistes de solutions ou commentaires
Étape 1 – Préparer le processus		
Formuler un énoncé	Complexité de l'énoncé à formuler.	Créer un montage PowerPoint et consulter des parties prenantes.
Méthodes	Écart important entre les participants quant à leur degré de scolarité et leur accès au WEB.	Effectuer des rencontres en face-à-face. Lecture des idées par le modérateur (étape 3).
Parties prenantes	Enjeux hiérarchiques et contexte politique conflictuel entre les parties prenantes.	Créer des groupes plus homogènes par type de parties prenantes. Permettre aux participants d'écrire leurs idées sur des papiers et de les remettre au modérateur à la fin de la rencontre (étape 2).
Étape 2 – Générer les idées		
Générer des idées	Taux de participation élevé ainsi que nombre élevé d'idées émises.	Utiliser un logiciel (ATLAS/ti) pour réduire et analyser les idées (analyse de contenu). Conserver 140 idées au lieu de 100.
Validité des idées	Obtention de résultats valides.	Utiliser la saturation comme critère pour la collecte de données. Réaliser une démarche qui se rapproche d'une enquête de grande échelle. Utiliser un cadre conceptuel.
Étape 3 – Organiser les idées (coter et regrouper les idées)		
Organiser les idées	Nombre élevé d'idées et leur diversité.	Scinder les deux tâches (cotation et regroupement des idées).
Regrouper les idées	Tâche laborieuse pour les participants.	Réduire le nombre de participants pour cette étape. Réaliser la

		classification de façon individuelle (courrier postal). Encourager les participants à contacter l'équipe de recherche s'ils rencontraient des difficultés ou avaient des questions (téléphone).
Coter les idées	Variabilité du temps requis pour accomplir la tâche (80 minutes à 4 heures).	Laisser les participants décider s'ils souhaitaient poursuivre ou non (une deuxième rencontre pouvait être planifiée). Offrir du soutien aux participants durant la tâche (p.ex. relire une idée).
Étape 4 – Analyser les données et produire les résultats		
Analyser les données	La version utilisée du logiciel ne permettait pas de réaliser des analyses supplémentaires (p.ex. courbes de distribution). Utilisation du coefficient de Pearson pour des données ordinales et paramétriques.	Entrer les données à la fois dans SPSS et dans <i>Concept System</i> ®.
Analyser les données	Plusieurs éléments affectent la configuration finale de l'échelonnage multidimensionnel (Weller et Romney, 1988). Le nombre de regroupements créés doit, entre autres, être considéré.	Analyser les résultats pour l'ensemble des participants. Par la suite, exclure ceux ayant moins de quatre regroupements (n = 1) pour la configuration finale.
Étape 5 – Valider les résultats auprès des participants et interpréter les cartes		
Validation	Complexité de la représentation présentée. Voir section 2.1.4	Préparer le modérateur et la rencontre.
Interprétation	Juger de la qualité de la démarche et des représentations.	Examiner les biais introduits (données manquantes non aléatoires) et les indices produits.

La cartographie de concepts requiert l'usage de logiciels d'analyses de données sophistiqués sans toutefois en être complètement dépendante. Établie sur des fondements mathématiques, elle repose sur le jugement et les schémas cognitifs des participants. Elle peut décrire en une image des phénomènes complexes tout en rendant les résultats des travaux de recherche attrayants et exhaustifs. Enfin, elle est structurée et bien définie, tout en offrant une multitude de choix.

Références

- Anderberg, M. R.** (1973). *Cluster analysis for applications*. DTIC Document.
- Dagenais, C., Ridde, V., Laurendeau, M.-C. & Souffez, K.** (2009). La méthode de cartographie conceptuelle pour identifier les priorités de recherche sur le transfert des connaissances en santé des populations: quelques enjeux méthodologiques. *Revue canadienne d'évaluation de programme* **23**, 61-80.
- Everitt, B.** (1980). *Cluster Analysis*. Halsted Press: New York.
- Felix, A.** (2013). Les caractéristiques structurales et procédurales des ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental : développement d'un instrument de mesure In *Département de psychiatrie*. Université de Montréal: Montréal.
- Fowler, F. J.** (2009). *Survey research methods* (4rd ed.) Thousands Oaks, CA: Sage.
- Jackson, K. M. & Trochim, W. M.** (2002). Concept mapping as an alternative approach for the analysis of open-ended survey responses. *Organizational Research Methods* **5**, 307- 336.
- Jaworska, N. & Chupetlovska-Anastasova, A.** (2009). A review of multidimensional scaling (MDS) and its utility in various psychological domains. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* **5**, 1-10.
- Johnsen, J. A., Biegel, D. E. & Shafran, R.** (2000). Concept mapping in mental health: uses and adaptations. *Evaluation and Program Planning* **23**, 67-75.
- Kane, M. & Trochim, W. M. K.** (2007). *Concept Mapping for Planning and Evaluation* Sage Publications: Thousand Oaks.
- Kikkert, M. J., Schene, A. H., Koeter, M. W., Robson, D., Born, A., Helm, H., Nose, M., Goss, C., Thornicroft, G. & Gray, R. J.** (2006). Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophrenia Bulletin* **32**, 786- 794.
- Kurstal, J. B.** (1978). *Multidimensional Scaling*. Sage: Beverly Hills CA.
- Markham, K. M., Mintzes, J. J. & Jones, M. G.** (1994). The concept map as a research and evaluation tool: Further evidence of validity. *Journal of research in science teaching* **31**, 91-101.

- Novak, J. D. & Gowin, D. B.** (1984). *Learning how to learn*. Cambridge University Press.
- Osborn, A. F.** (1948). *Your creative Power*. Scribner: New York.
- Pinault, R. & Daveluy, C.** (1986). *La planification en santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Paris.
- Rosas, S. R.** (2005). Concept Mapping as a Technique for Program Theory Development An Illustration Using Family Support Programs. *American Journal of Evaluation* **26**, 389- 401.
- Rosas, S. R. & Kane, M.** (2012). Quality and rigor of the concept mapping methodology: A pooled study analysis. *Evaluation and Program Planning* **35**, 236-245.
- Rosenberg, S. & Kim, M. P.** (1975). The Method of Sorting as a Data-Gathering Procedure in Multivariate Research. *Multivariate Behavioral Research* **10**, 489-502.
- Southern, D. M., Young, D., Dunt, D., Appleby, N. J. & Batterham, R. W.** (2002). Integration of primary health care services: perceptions of Australian general practitioners, non- general practitioner health service providers and consumers at the general practiceâ€“primary care interface. *Evaluation and Program Planning* **25**, 47-59.
- Trochim, W.** (1993). The reliability of concept mapping. In *Annual Conference of the American Evaluation Association, Dallas, Texas*.
- Trochim, W., Cook, J. & Setze, R.** (1994). Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff views of a supported employment program for persons with severe mental illness. *Consulting and Clinical Psychology* **62**, 766-775.
- Trochim, W. M.** (1989). Concept Mapping for Evaluation and Planning. *Evaluation and Program Planning* **12**, 111.
- Weller, S. C. & Romney, A. K.** (1988). *Systematic Data Collection*

4.2.2.2. Analyse qualitatives et quantitatives des données

Dans un premier temps, la cartographie de concepts a produit des données qualitatives. Dans un deuxième temps, suite à la cotation et au regroupement des idées par les participants, des calculs matriciels et des analyses multivariées ont permis de produire les cartes conceptuelles présentées dans les manuscrits 2 et 4. Enfin, l'étape 5 (valider les résultats) renoue avec les méthodes qualitatives (groupe de discussions focalisées)¹⁴. Les analyses quantitatives réalisées sont exposées dans les manuscrits 2, 4 et 5. Les analyses qualitatives réalisées sont brièvement abordées dans le manuscrit 3. Ce faisant, cette section s'attarde davantage aux analyses qualitatives.

Analyse qualitative des données

Les 13 sessions de remue-méninges (étape 2 de la cartographie de concepts) ont généré 1382 idées/caractéristiques (99.5% de saturation). Ces idées ont été analysées à l'aide du logiciel ATLAS/ti 4.1 afin d'être rassemblées en thèmes et d'éliminer les idées redondantes. Les caractéristiques ont été regroupées en 236 codes, 50 sous-thèmes et neuf thèmes inspirés du cadre conceptuel (p. 7, figure 72). L'analyse de contenu devait permettre d'identifier les idées (attributs) qui seraient présentées aux participants à l'étape 3 de la cartographie de concepts (organiser les idées). Plusieurs étapes ont mené à la sélection des idées.

La première étape a consisté en la relecture des verbatims des séances de remue-méninges et en l'identification des unités de sens (US) à l'aide de Microsoft Word. Le texte a donc été segmenté avant son importation dans ALTAS/ti pour en isoler les éléments importants. Dans le cas présent, le découpage a été réduit à quelques mots ou une phrase afin de cibler un seul attribut du logement et des ressources résidentielles.

¹⁴ Ainsi les aspects quantitatifs et qualitatifs sont non seulement intégrés, ils sont aussi utilisés successivement afin de se compléter.

Les verbatims des 13 séances de groupe ainsi segmentés ont été exportés, un à un, de Microsoft Word à ATLAS/ti puisque l'analyse de contenu a été réalisée parallèlement aux rencontres. Treize unités herméneutiques (projets) ont été créées pour traiter séparément le contenu de chaque séance. Le nombre de nouveaux codes ajoutés à la liste permettait de juger de la répétition des idées émises par les participants (saturation). Une fois l'ensemble des documents primaires codifiés et analysés, les treize unités herméneutiques ont été regroupées pour permettre une analyse globale. Il va de soi, qu'une fois la liste de codes complétée, une vérification du codage des unités herméneutiques a été réalisée.

La réduction des données brutes par codage¹⁵ mixte (Van der Maren, 1996) a permis de faire évoluer la liste de codes. La liste initiale découle du cadre conceptuel (figure 7, p. 72) ; elle reprend les termes intégrés dans le *Mental Health Matrix Model*. Il est d'ailleurs possible de retrouver les trois dimensions temporelles et les quatre niveaux géographiques du cadre conceptuel dans la liste de codes (le niveau 4 étant un ajout au modèle). Par exemple, le chiffre 1 désigne le niveau systémique ou national (p.ex. *1S-RESS_Financières*), le 2 représente le niveau local (p.ex. *2S-EP- Voisinage*), le 3 se rattache à la ressource ou au milieu de vie (p.ex. *3P-ES-Ambiance, 3P-F-Règles et fonctionnement*) et le niveau 4 concerne la personne utilisatrice de services (p.ex. *4S-RESS_Financières*)¹⁶. Les éléments non pertinents ont été classés sous le code « résidu ».

Pour favoriser un codage précis et exhaustif, un contre-codage intra-juge a permis une première vérification du codage. Un accord a été obtenu dans 99% des segments de textes sélectionnés. Le matériel résiduel a aussi été revérifié (code résidu). Par la suite, un exercice de fiabilité inter-juges a été réalisé. Un second codeur (assistante de recherche), qui disposait de la liste des codes, a attribué un code à 250 passages sélectionnés aléatoirement dans les treize unités herméneutiques. La fidélité inter-juges, satisfaisante, est de 90,1 %.

¹⁵ Le codage consiste à associer à des composantes du discours (US) un code (thème significatif).

¹⁶ S = structure, le P = processus, EP = environnement physique, ES = environnement social, F = fonctionnement

Analyse quantitatives

Les analyses quantitatives de la Phase I comprennent des statistiques descriptives et des analyses multivariées. Les statistiques descriptives ont permis le calcul de fréquences, de valeurs moyennes et d'écart types. L'importance moyenne des 140 caractéristiques entre deux grands groupes de parties prenantes a été comparée au moyen de tests non paramétriques, en raison de l'asymétrie négative importante de la distribution des données (manuscrit 4). Le seuil de signification a été ajusté à l'aide des correcteurs de Bonferroni ($p = 0,0000$).

Les analyses multivariées utilisées sont : l'échelonnage multidimensionnel (MDS), la classification typologique hiérarchique ascendante et l'analyse par composantes principales (PCA). Les deux premières sont décrites dans les manuscrits 3 et 4. La troisième est exposée dans le manuscrit 5. L'analyse MDS a connu ses premiers développements dans les années soixante. Peu utilisée, comparativement aux analyses factorielles, elle peut se révéler très puissante et riche. À partir d'une matrice symétrique contenant des rangs de distances entre les idées (dissimilarités), une représentation de ces objets dans un espace à n dimensions (MDS non-métrique) a été obtenue. L'analyse MDS se distingue par le fait qu'il est possible d'obtenir une configuration pour chaque participant ou pour des sous-groupes de participants. Dans la cartographie de concepts, la typologie hiérarchique est appliquée aux résultats de l'échelonnage multidimensionnel (coordonnées $(X_j Y_j)$). Elle permet de produire des regroupements caractérisés par un ou des éléments sous-jacents (concept similaire). À noter qu'il existe plusieurs méthodes de typologie hiérarchique (Everitt *et al.* 2011). Enfin, pour raffiner la conceptualisation issue de la cartographie de concepts, les analyses par composantes principales (par rotation VARIMAX), décrites en détail, dans le manuscrit 5, ont été utilisées. Ces dernières reposent sur les corrélations entre les variables.

4.3. Phase II du projet de recherche

La **Phase II** visait le développement d'un instrument de mesure spécifique aux ressources résidentielles en santé mentale (objectif 3) (tableau IV, p. 76). Le développement de l'instrument de mesure a été amorcé parallèlement à la Phase I du projet de recherche (voir figure 15, p. 128). Le format de l'instrument s'est fortement inspiré de la littérature sur les échelles de fidélité conçues pour mesurer le degré ou la qualité de l'implantation d'une intervention. Mowbray *et al.* (2003) décrivent trois étapes au développement d'une échelle de fidélité: **(1)** identifier les items ou les attributs ; **(2)** mesurer la fidélité, c'est-à-dire, opérationnaliser les attributs ; **(3)** évaluer les qualités métrologiques. Ces étapes se rapprochent de celles identifiées par Daigneault (2010) pour l'analyse conceptuelle (voir section 1.4).

Les auteurs définissent habituellement la fidélité comme le degré de correspondance entre le programme implanté et celui prévu « *as intended* » à partir d'attributs ou d'indicateurs clés (Dusenbury 2003 ; Bond *et al.* 2011)). Dusenbury *et al.* (2003), tout comme Bond *et al.* (2000), établissent une distinction entre mesurer l'adhésion stricte à un modèle et mesurer la différenciation définie comme la présence ou l'absence d'attributs qui distinguent un programme d'un autre. Dusenbury *et al.* (2003) mentionnent qu'il est aussi possible de mesurer le dosage (quantité de contenu), la qualité de l'implantation et le degré de participation de la clientèle. Compte tenu du manque de données probantes dans le domaine du logement et des ressources résidentielles et de l'ambiguïté entourant les composantes à considérer pour décrire l'intervention, l'équipe de recherche a opté pour une description fine et exhaustive de l'intervention sous toutes ses facettes. À ce stade, il ne s'agit donc pas de mesurer l'adhésion à un modèle prévu, unique ou meilleur.

Les attributs (caractéristiques) sont issus de la Phase I du projet de recherche et devaient permettre de conceptualiser une ressource résidentielle dans son ensemble. Il est à noter que l'utilisation de la cartographie de concepts [telle que décrite par Kane et Trochim

(2007)] pour l'identification des attributs ou critères se compare favorablement à celle d'un groupe d'experts ou d'une simple recension des écrits ; cette dernière est la plus souvent utilisée en l'absence d'un modèle ou de données empiriques (Mowbray *et al.* 2003).

Les phases I et II du projet de recherche englobent aussi des considérations pour les qualités métrologiques de l'instrument développé. Le processus de validation a été amorcé dans la Phase I (p.ex. *validité de contenu* à travers la sélection des attributs, *validité de construit* à travers la modélisation et les analyses PCAs) et il s'est poursuivi dans la Phase II (p.ex. *validité apparente et de contenu* à travers les groupes de discussions focalisées), parallèlement au développement de l'instrument. En accord avec Hagino (2002), la validation d'un instrument doit se faire sur plusieurs étapes, et elle devra être poursuivie au cours des prochains mois et des années futures. Cette thèse n'en fait donc pas un sujet central.

4.3.1. Stratégie de recherche de la Phase II (planification opérationnelle)

4.3.1.1. Groupes de discussions focalisées

Les attributs identifiés, l'étape suivante consistait à décider du format de l'instrument et à formuler les items. Subséquemment, deux groupes de discussions focalisées ont permis d'obtenir l'opinion d'experts sur le contenu de l'instrument et sur son format. Le groupe de discussions avec des experts permet d'explorer la *validité de contenu* d'un instrument de mesure (théorie classique de la mesure). Cela dit, le deuxième groupe étant composé de propriétaires, qui pourraient être appelés à répondre à l'instrument, il s'agit davantage de *validité apparente* (Crocker & Agina, 1986 ; Penta *et al.* 2005). Un échantillonnage par *choix raisonné* (Contandriopoulos *et al.* 1990) a été utilisé pour la sélection des participants. Les participants ont été identifiés et contactés par l'équipe de recherche. Ils devaient pouvoir s'exprimer en français ou comprendre cette langue.

- Le premier groupe d'experts (n = 12) était composé d'universitaires, d'intervenants et de gestionnaires, tous très familiers avec les ressources résidentielles en santé mentale.

Il comprenait aussi un représentant des comités provinciaux responsables de l'évaluation des ressources non institutionnelles (Chouinard, 2009).

- Le deuxième groupe d'experts (n = 11) comptait des propriétaires de ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Ce groupe était particulièrement important, car il représentait les personnes concernées par la passation de l'instrument.

Les deux rencontres se sont déroulées par visioconférence dans trois (deuxième groupe d'experts) ou quatre sites (premier groupe). Les sites représentent les régions participantes (Lanaudière-Nord, Mauricie, Montréal, Québec). Le fait d'utiliser la visioconférence comportait un défi technique et compliquait l'animation lors des rencontres. Toutefois, la visioconférence permettait à des acteurs de différents territoires, aux réalités distinctes, de confronter leurs perspectives. Les participants ont été interrogés par le facilitateur sur le contenu (couverture), sur la formulation des questions, sur le format et sur le mode de passation de l'instrument développé. Un canevas de rencontres a été utilisé et un facilitateur assistait aux rencontres (annexe 3).

4.3.1.2. Devis de recherche (étude transversale) pour la deuxième partie de la Phase II

La Phase II du projet de recherche a été construite afin de contribuer au raffinement de l'instrument développé et, incidemment, au processus de validation. Elle comprend donc aussi un devis de recherche transversale.

4.3.1.3. Population cible

La population cible est constituée de l'ensemble des ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental de la province de Québec, sous la responsabilité d'un établissement gestionnaire désigné par une ASSS sur un territoire donné. Elle comprend : RI, RTF, RA et RE. Une ressource ou un bâtiment avec un seul occupant (p.ex. appartement individuel) était admissible à condition d'être destinée à un adulte avec un trouble mental et d'inclure un encadrement associé au bâtiment. Le nombre de ressources résidentielles était

estimé à 1007 (SIRTF, 2006). Ce chiffre, inexact, ne comprend que les RI et les RTF. Il permet tout de même d'avoir un estimé du nombre de ressources au Québec, par région.

Les appartements du marché lucratif, les ressources de groupes privées et les OCH ne faisaient pas partie de la population cible à cette étape du processus de développement. Ils n'ont pas été inclus dans l'étude transversale. Enfin, les ressources résidentielles dans lesquelles la majorité des résidents n'étaient pas des adultes avec un trouble mental, étaient exclues (p.ex. une ressource qui dessert des adultes avec une déficience intellectuelle).

4.1.3.4. Milieu et échantillonnage de l'étude transversale

La Phase II s'est déroulée dans six régions ou territoires du Québec : Québec, Montréal, Mauricie, Lanaudière-Nord, Laurentides, Haut-Richelieu. Ces territoires regroupaient plus de 60% des ressources résidentielles du Québec. Les régions, tout comme à la Phase I, présentaient une diversité de localisations (secteurs urbains et ruraux) et une variété d'organisations de services, au niveau local. Ces régions, couvrant une proportion non négligeable des ressources résidentielles au Québec, ont été jugées aptes à favoriser l'atteinte d'un échantillon représentatif (conditionnellement au taux de participation).

Toutes les ressources de ces territoires ont été contactées pour participer à l'étude transversale. Ainsi, chaque établissement gestionnaire était responsable de fournir la liste des ressources, de même que leurs coordonnées, à l'équipe de recherche. Cela dit, bien que la ressource soit l'unité d'échantillonnage, ce sont les propriétaires des ressources résidentielles ou des membres du personnel qui ont participé à l'étude.

Critères d'inclusion et d'exclusion pour les participants :

1. Avoir des contacts quotidiens ou hebdomadaires (plusieurs fois par semaine) avec les résidents d'une ressource résidentielle sous la responsabilité d'un établissement gestionnaire désigné.

2. Avoir travaillé un minimum de six mois dans la ressource résidentielle.
3. Comprendre le français (les personnes qui le souhaitent pouvaient s'exprimer en anglais).
4. Donner son consentement informé et éclairé à participer à la Phase II du projet.

Selon le type d'organisations résidentielles, les répondants pouvaient être des professionnels (p.ex. travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés), des intervenantes communautaires et des non professionnels.

Afin d'encourager la participation, l'équipe de recherche est allée présenter le projet aux propriétaires de ressources résidentielles, aux gestionnaires et aux intervenants responsables du suivi des ressources. Dans trois des régions, l'équipe est allée assister à des rencontres annuelles de propriétaires de ressources. De plus, elle a organisé des rencontres pour faire le point sur l'avancement des travaux avec les responsables. Le taux de participation varie d'une région à l'autre, pour un taux moyen de 68,62 % (tableau XI). Le taux de participation, légèrement sous les 70 %, est à la limite de l'acceptable, mais n'est pas sans rappeler celui obtenu dans plusieurs études concernant les ressources résidentielles.¹⁷

Tableau XI : Taux de participation à l'étude transversale par territoire (PII)

TERRITOIRE	PARTICIPANTS	NOMBRE TOTAL DE RESSOURCES	% DE PARTICIPATION
Lanaudière-Nord	9	9	100
Haut-Richelieu	14	16	87.50
Laurentides	12	16	75
Mauricie	49	80	61.25
Montréal A	45	65	69.23
Montréal B	-	-	-
Montréal C	86	113	76.11
Québec	42	76	55.26

Montréal B : Les ressources du territoire sont principalement anglophones et n'ont pas été interviewées.

4.3.2. Instrumentation

L'instrument de mesure développé est présenté au chapitre 6 de cette thèse. Il ne sera donc pas repris ici.

4.3.3. Phase opérationnelle de l'étude

4.3.3.1. Collecte de données et saisi du matériel

Tel que mentionné précédemment, le développement et l'évaluation des qualités métrologiques d'un instrument de mesure procèdent en différentes étapes (Hagino, 2002). Ce faisant, à la suite des deux groupes de discussions, la version 1 de l'instrument a été ajustée légèrement (voir chapitre 6). Par la suite, l'étude transversale a été menée en deux temps. La première étape a été réalisée sur un petit nombre de ressources résidentielles. Ainsi, dix des premières ressources résidentielles interviewées ont aussi été visitées. Ces visites avaient pour objectif de voir si des cotes seraient modifiées après la visite. L'investigateur pouvait consulter certains documents administratifs et d'autres documents pertinents concernant la ressource. Les autres ressources résidentielles des différents territoires ont été appelées une à une pour la passation de l'instrument (entrevue téléphonique enregistrée). La cotation de l'instrument se faisait suite à l'entrevue, parallèlement à son ajustement. Plusieurs entrevues ont été cotées par la candidate au doctorat et deux assistantes de recherche¹⁷. L'ajustement s'est poursuivi jusqu'à ce que l'instrument atteigne une stabilité (c.-à-d. que les points d'ancrage des attributs ne changent plus). La collecte de données a pris fin une fois toutes les ressources (propriétaires) contactées.

4.4. Considérations éthiques

Le protocole du projet de recherche multicentrique (HLHL-0815) a été approuvé par le Comité scientifique et le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Institut Universitaire

¹⁷ Il faut considérer que plusieurs responsables de RNI possèdent plus d'une ressource résidentielle. Si le taux de participation était calculé sur le nombre de responsables par territoire, le taux serait plus élevé (> 70%).

¹⁸ L'enregistrement des entrevues devait aussi permettre ultérieurement d'explorer la fidélité (interjuges et intrajuge).

en santé mentale de Montréal (anciennement le Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine). Le projet fut accepté par le CER, pour une période d'un an, en septembre 2008. L'approbation éthique a été renouvelée entre 2009 et 2014. Le projet de recherche a aussi été accepté par un CER désigné dans chacun des territoires participants (au total huit CER). Le rapport final ne rapporte aucun incident éthique.

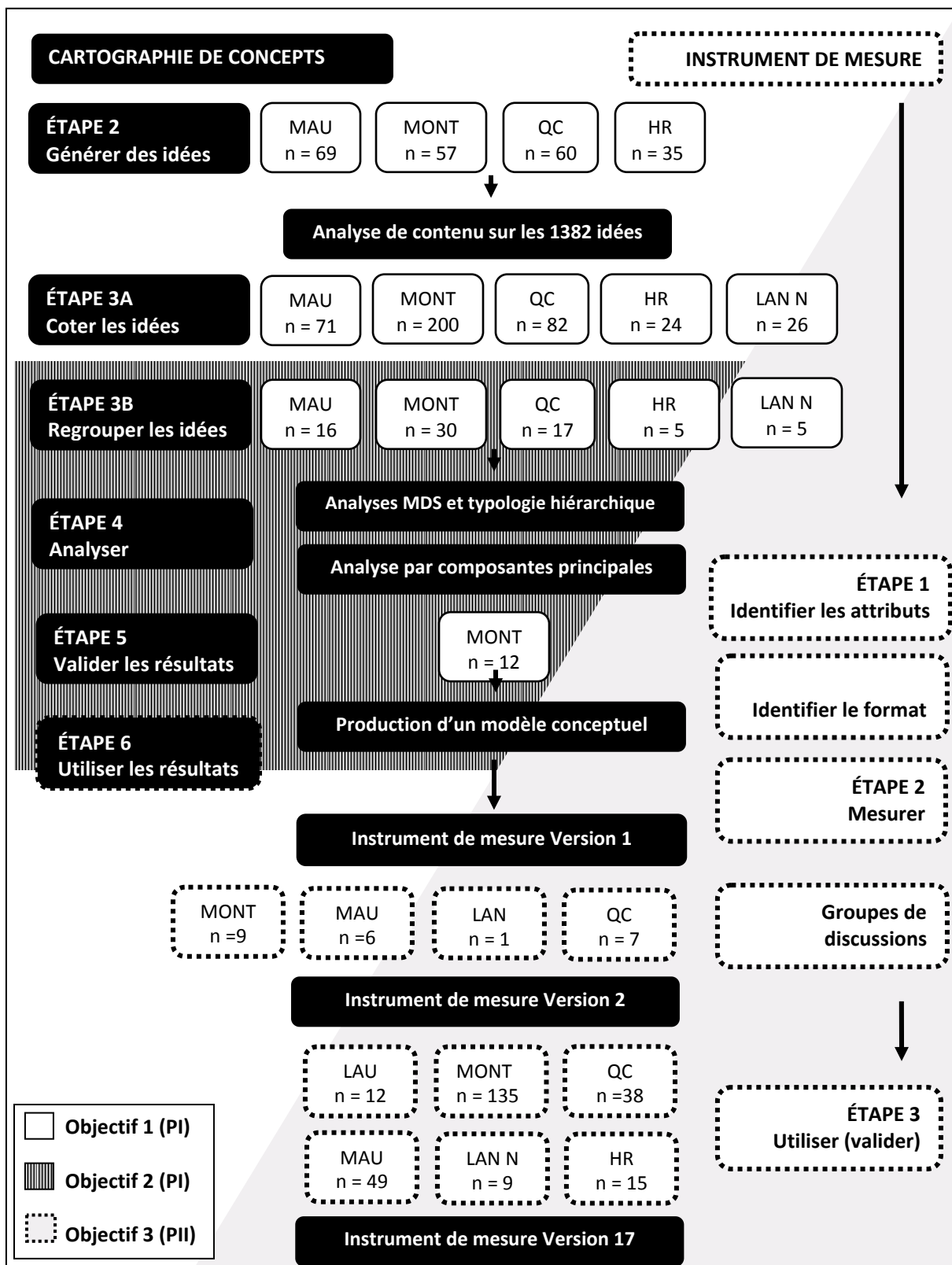
Les exigences éthiques de respect de la vie privée de chaque individu, de confidentialité, de consentement ou de refus de consentement, ont rigoureusement été respectées. Pour chacune des séances de groupe de la Phase I, chaque participant a signé un formulaire de consentement (annexe 2). Certains participants ont donc signé plus d'un formulaire de consentement. Une lettre d'information vulgarisée leur a aussi été remise (annexe 1). Chaque participant a été avisé des formalités de l'étude et de son droit de se retirer de l'étude, en tout temps.

Les mêmes procédures ont été suivies à la Phase II du projet de recherche. Cette fois, un accent particulier a été mis sur la confidentialité de l'identité du répondant (voir annexe 2). De plus, les bandes audio vont être détruites une fois la Phase II complétée (sept ans). Tous les renseignements recueillis durant ce projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

4.4.1. Rémunération

Pour la Phase I, les participants se sont vus offrir un montant compensatoire de 10 \$ par séance de groupe. Ce montant sert à les dédommager partiellement pour le transport et le temps consacré au projet de recherche. Une copie du reçu a été remise à chaque participant. Aucun dédommagement n'a été offert pour l'étape 5 de la cartographie de concepts ni pour la Phase II du projet de recherche.

Figure 15 : Synthèse de la démarche et du développement de l'instrument de mesure



Chapitre 5

Résultats

5.1. Composantes des ressources résidentielles

Manuscrit 3

5.2. Conceptualisation

Manuscrit 4

5.3. Raffinement de la conceptualisation

Manuscrit 5

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de la Phase I du projet de recherche. Il comprend les manuscrits 3 à 5. Les deux premiers ont été soumis à des revues scientifiques. Le troisième (manuscrit 5) est en processus de soumission. Les trois manuscrits font avancer le lecteur à travers les différentes étapes de la Phase I, pour en arriver à la conceptualisation finale présentée dans le manuscrit 5. Les manuscrits abordent aussi un des thèmes sous-jacents à cette thèse : la *qualité des services et des soins*. Les deux premiers l'évoquent selon un sens générique, c.-à-d., l'excellence des soins et des services destinés aux individus et aux populations (Reeves *et al.* 1994 ; Campbell *et al.* 2000). Le dernier établit un lien entre la conceptualisation finale et la qualité des services résidentiels. L'analyse de la qualité reposera ici sur la mesure de ses différentes dimensions et éléments constitutifs (cf. Farand 2009 ; Campbell *et al.* 2000).

5.1. Composantes des ressources résidentielles

Le troisième manuscrit concerne les résultats de l'étape 2 de la cartographie de concepts. Il présente les idées générées par les parties prenantes durant les séances de remue-méninges et révèle la nature complexe de l'intervention.

- **Titre du manuscrit** : *Components of housing and community residential facilities for adults with mental illness: stakeholder perspectives*
- **Auteurs** : Felx, A., Rheault, R., Toudghi, K., Corbière, M. et Lesage, A.
- **Date de publication ou état de la publication** : Soumis
- **Nom de la revue scientifique** : Journal of Mental Health

Title

Components of housing and community residential facilities for adults with mental illness: stakeholder perspectives

Acknowledgements and disclosures

The first author held training grants from the *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR). The research project has received funding from CIHR *Dissemination Activities* (#KDE 228601) and the Montreal Mental Health University Institute. The authors report no competing interests.

Abstract

Objective: The purpose of this report is to revisit the components of housing and community residential facilities (CRF) for adults with mental illness as described by multiple stakeholders.

Methods: As part of a concept mapping process, participants (n = 221) brainstormed statements describing housing and CRF. Participants derived from the public, private and non-profit sectors and included service users, family members, CRF staff, mental health workers and managers. Statements were subjected to content analysis.

Results: In all, 1382 statements were grouped under nine themes and 50 sub-themes/codes. Results confirm the complex nature of this intervention and show overall convergence among stakeholders.

Conclusions: The involvement of multiple stakeholders allowed covering the entire conceptual domain and identifying components that might exert an influence on quality of care and residents' outcomes. The findings constitute a useful starting point in the conceptualization of housing and CRF for adults with mental illness.

Introduction

There is no monolithic definition of housing and community residential facilities (CRF) for adults with severe mental illness. Such interventions are complex, encompassing a variety of practices and orientations. They include several components that can act both independently and inter-dependently (Medical Research Council, 2000). Studies have examined a number of these individual components, such as social climate, facility size, staff-resident interactions, management practices (e.g., choice, restrictiveness), physical environment, staffing levels, neighbourhood features, residents' characteristics, and affordability (cf. Shepherd & Macpherson, 2011; Leff *et al.* 2009; Corrigan, 2008; Rog & Randolph, 2002; Fakhoury *et al.* 2002; Wong & Solomon, 2002; Newman, 2001; Shepherd *et al.* 1996). However, not only is there a lack of consensus on what constitutes the critical and active components of residential care but the features that differentiate facility types are ambiguous (Shepherd & Macpherson, 2011; Leff *et al.* 2009; Corrigan, 2008; Rog & Randolph, 2002; Fakhoury *et al.* 2002). These facilities cover a broad range of environments, including group residences highly staffed 24/7 and apartments with peripatetic support services.

A research program was undertaken to construct a theory and develop an instrument to measure the structural and procedural components of CRF for adults with mental illness. Research design considerations included use of mixed methods, multiple stakeholder involvement and a conceptual framework that includes theories from the field of program evaluation and quality (Donabedian, 1988), as well as an ecological perspective (Hall *et al.* 1987; Wong & Solomon, 2002). This report presents the results of one phase of the program. It describes what, from the perspective of key stakeholders, are the components of housing and CRF for adults with mental illness.

Participants and methods

Participants (n = 221) were selected using a purposive sampling strategy to gather a variety of relevant viewpoints from four types of stakeholder from the public, private or non-profit sector:

1. Staff of various CRF or mental health workers (37.5%)
2. Adults with mental illness living in various residential settings (22%)
3. Family members (19.5%)
4. Professionals supervising CRF, managers and administrators (21%)

Thirteen group sessions with 4 to 28 participants were conducted in four different cities of Quebec from September 2009 to February 2010. Types of stakeholders were not mixed when possible. Respondents were mostly female (62%) and French-Canadian (95%). Institutional review board approval and participants' written informed consent were obtained.

Group concept mapping was used for our purposes. It is a six-step mixed methods that combines qualitative group process activities and multivariate statistical analysis (Kane & Trochim, 2007). In step 2, stakeholders generated statements describing housing and CRF for adults with mental illness during two-hour brainstorming sessions. A single inclusive question was used regarding the components that CRF have or should (not) have. Participants were given approximately five minutes to ponder. The facilitator then asked each participant for an idea/statement (or to pass his turn). After two or three rounds, hitch-hiking was used. Statements were fed directly into a computer and projected on a screen. Participants could visualize the statements as they evolved.

The brainstormed statements were content-analyzed using a mixed coding approach and ATLAS/ti 4.1 software. The analysis was first conducted concurrently with group sessions to ensure that saturation was reached (99.5%). An in-depth analysis was

later conducted. Very good inter-rater agreement (91.5%) was achieved by two independent raters who coded randomly selected transcripts.

Results

The brainstorming sessions generated 1382 statements (average: 106/session; range: 86–148). These were grouped under the 236 codes, 50 sub-themes/codes and 9 themes of Table XII, p. 137. The table indicates also the number of sessions that a statement related to a sub-theme/code was mentioned and the stakeholder type to mention it. A larger dot indicates a higher occurrence of statements for a stakeholder type. No dot indicates no statement emerged. Results reveal convergence among stakeholders; all sub- themes/codes but seven were mentioned by all four stakeholder types and most (70%) were mentioned in at least 10 of the 13 brainstorming sessions.

Discussion

The high number of sub-themes and their interconnectedness (MCR, 2000; Wong & Solomon, 2002) confirms the complexity of the concept of housing and CRF for adults with mental illness. Despite convergence among stakeholders, some themes and sub- themes were mentioned predominantly by specific stakeholder types. Statements regarding *governance and management* and *access to a variety of housing* were more frequent among managers (macro and mezzo levels of the ecological system (Hall *et al.* 1987; Wong & Solomon, 2002). Families brought up their participation as *partners* and their need for *support*. Staff advocated for *local partnerships, support* and *ongoing training*. For service users, sub-themes regarding *social* and *physical environments, rules and functioning*, and *clinical/rehabilitation activities* were prevalent. Surprisingly, no service-user statement fell under *local partnership with service users*. A possible explanation is that “plans” have become institutionalized practice to coordinate actors and ensure that care and services

provided are based on the person's goals and life circumstances. These plans might fail to involve service users sufficiently. Service users emphasized sub-themes closer to daily life (micro level): *interactions, support, making choices, not being imposed upon, and participation in own life and in life inside and outside residence*. *Occupations* emerged as a central sub-theme, which is consistent with recovery principles (SAMHSA, 2012) and studies investigating occupational needs among residents (e.g., Thornicroft *et al.* 2004).

This conceptualization involved multiple stakeholders and produced a list of housing components (sub-themes/codes) likely to exert an influence on quality of care and residents' outcomes. Most sub-themes have been explored by past studies but these are of variable quality as noted by several authors (Leff *et al.* 2009; Fakhoury *et al.* 2002; Newman, 2001). As studies concerning *physical and social environments* and *rules and functioning* were conducted primarily in the 1980s in group residences (cf. Fakhoury *et al.* 2002; Wong & Solomon, 2002; Newman, 2001), it is unsure whether their conclusions are still relevant considering the *dynamic* aspects of housing (Corrigan, 2008) and the emergence of recovery-oriented services. It should be noted also that many components are external to the immediate housing setting (e.g., *support to stakeholders, support to service users* (other sources)). Hardly any outcome studies have considered these components. Three other themes deserve consideration. First, *local partnerships* emphasize the role of communities in residents' outcomes (e.g., community integration) (cf. Fakhoury *et al.* 2002; Wong & Solomon, 2002; Shepherd *et al.* 1996; Newman, 2001), the importance of actors from different sectors to connect and work jointly, and the role of families. The importance of these three components is recognized more and more although rarely in relation to housing (Shepherd & Macpherson, 2011, Shepherd *et al.* 1996; Piat & Sabetti, 2010). Second, *support to stakeholders* emphasizes building support for staff/operators. This is consistent with the hypothesis that management practices, CRF atmosphere, and staff qualities influence residents' outcomes (cf. Shepherd & Macpherson, 2011; Fakhoury *et al.* 2002; Wong &

Solomon, 2002; Shepherd *et al.* 1996). Results suggest that staff require a set of skills including task skills and socio-emotional skills (Shepherd & Macpherson, 2011), but further research is needed in this regard (Shepherd & Macpherson, 2011; Fakhoury *et al.* 2002). Finally, results describe the extensive range of *support* to be provided to service users. Support may have more than one source but statements often described desirable components to be provided *in* CRF through formal and informal interactions (perhaps for specific sub-populations). Results advocate for a *variety of housing*, including residential treatment in a balanced mental health system (Thorncroft & Tansella, 2003), and suggest that housing *“has therapeutic benefits that operate independently of the type, array and intensity of services provided”* (Newman, 2001).

Conclusions

The aim of this research program is to gain a better understanding of the multiple components that might exert an influence on quality of care and residents' outcomes. Results confirm the complexity of housing and the added value of a research process involving multiple stakeholders. This conceptualization of housing and CRF provides a useful starting point to guide the following steps but could also guide future evaluations and service delivery.

Table XII

Components of housing and community residential facilities (CRF) as perceived by stakeholders (n=221)

Themes	Sub-themes/codes	Codes or codes' descriptors	No.	Types				
				U	F	S	M	
Governance and management	Philosophy of care and approaches	Share a common vision (recovery); inter-ministerial vision/policies; strengths model; push for supported housing; normalization	8	•		•	•	
		User-centred approach (individualized)	11	•	•	•	•	
		Contradiction between values/approaches geared to recovery/citizenship and existing rules/regulations serving risk management.	9		•	•	•	
	Evaluation and monitoring of residential facilities	Users' and families' satisfaction with services; service user and family participation; monitoring of quality; discrepancy between facilities; quality of unlicensed residential resources (lack of)	11	•	•	•	•	
	Staff competencies	Qualifications; expertise/skills	11	•	•	•	•	
	Ongoing staff training	Offer training to CRF staff (e.g., mental health)	8	•	•	•	•	
	Diet	Serve balanced, quality food	11	•	•	•	•	
Facing stigma	Promotion	e.g., contact and support landlords, public education, awareness	5		•	•	•	
	Information about different CRF	Information for families, service users, staff and public; create websites with information on CRF	6	•	•	•	•	
	Experience of stigma among service users, families, CRF and staff	Self-stigma; prejudice and discrimination from staff, communities and other service users against mental illness	8	•	•	•	•	
		NIMBY; prejudice against caregivers and families	4			•	•	
Local partnerships	CRF staff	Involvement in setting goals and designing treatment plan; working jointly with mental health teams; lack of recognition	6		•	•	•	
	Family members	Involvement in setting goals and designing treatment plan; access to information; lack of recognition	10	•	•	•	•	
	Service users	Involvement in setting goals and designing treatment plan	5		•	•	•	
	Community	Collaboration with community and local organizations (e.g., police force, supportiveness), access to resources	10	•	•	•	•	
	Health services / network	Collaboration among stakeholders (CRF, family, service user, mental health team, community); continuity of care; access to emergency services	11		•	•	•	
Access to a variety of housing	Admission process	Waiting list; simple process; well-defined and non-restrictive admission criteria; importance of meeting service user	11	•	•	•	•	
	Evaluation	Evaluate service user's needs and abilities; consider service user's preferences/choices; ensure person-environment fit	13	•	•	•	•	
	Types / range	Array; housing for specific sub-groups (e.g., youth, seniors, mothers, multicultural); crisis; respite; dynamic housing models (adapt to changing values and priorities)	13	•	•	•	•	
		Specialized CRF for complex needs (e.g., forensic)	11	•	•	•	•	
	Access to propriety and independent living	Offer affordable/adequate housing (lack of); support access to tenancy; offer rent supplements	10	•	•	•	•	
	Length of stay	Length of stay; <i>move on</i> versus <i>home for life</i>	11	•	•	•	•	
Outcomes	Individual outcomes	Somewhere to live; feeling "at home"; being "at home"; security; community integration; isolation (independent living)	13	•	•	•	•	
			9	•	•	•		

		A good life/quality of life; wellness		●				
	Burden on staff/families	Workload for families and staff/operators; ensure operators have days off (e.g., foster homes)	8	●	●	●	●	●
Support to stakeholders	Operators / CRF staff	Informational (e.g., feedback, information, mentoring); tangible (e.g., regular supervision/visits, financial resources, night and weekend support, objectives/plan, training, volunteers); emotional (e.g., peer support); esteem (e.g., encouragement)	11	●	●	●	●	●
	Family members	Offer respite resources; offer sufficient services (lack of); peer/group support; training and education	10	●	●	●	●	●
Physical environment	Neighbourhood characteristics	Variety of locations (e.g., rural, urban); safety (e.g., crime, prostitution); density of CRF (normalization)	12	●	●	●	●	●
	Proximity to community resources	Usual services (grocery store, coffee shop, bank) and other services (e.g., hospital, community centre); transportation; parks	11	●	●	●	●	●
	Quality	Quality (e.g., plants, decoration); tidiness; home adaptations	12	●	●	●	●	●
	Equipment / material	Access to appliances (e.g., TV, computer, refrigerator); telephone	9	●	●	●	●	●
	Design	Smoking room; common areas; backyard; spaciousness; room(s) for staff; room for visitors	11	●	●	●	●	●
	Privacy	Private bathroom; private room; choice of sharing a room; keys (bedroom and home); unit access; quiet	12	●	●	●	●	●
Social environment	Residents' personal factors	Number of residents; heterogeneity; characteristics (e.g., skills, age, gender, motivation, dreams, functioning, symptoms, income)	13	●	●	●	●	●
	Staff	Staffing level; cover; turnover; categories (e.g., user-providers, professionals, paraprofessionals, back-up); qualities (e.g., believe in person, flexibility, good listener, kindness, observer)	13	●	●	●	●	●
	Pets	Benefits of pets; pet permitted (or not)	6	●	●	●	●	●
	Atmosphere	Family-like; group living; respect; pleasant atmosphere (e.g., welcoming, warm, joyful) vs. no/bad atmosphere	12	●	●	●	●	●
	Interactions among residents	Mutual help; friendship; lonely/solitary; respect; discussions; capacity to adapt to new/different residents; conflicts	10	●	●	●	●	●
	Resident-staff interactions	Trust (bidirectional); appropriate language; respectful; distance; egalitarianism; attachment; listen/understand; adapt to the person; availability	13	●	●	●	●	●
Rules and functioning (management practices)	Residents' participation	To be allowed to: do tasks (e.g., cooking); decorate bedroom and common areas; make suggestions (e.g., menu, rules); residents' meetings (committee)	12	●	●	●	●	●
	Restrictive practices and level of choices	Leave freedom; do not impose; do not tell what to do; rigidity To be allowed : to take drugs/alcohol; to receive visitors; to have a sex life; to make choices; to lock bedroom; to lock bathroom; to access kitchen or refrigerator	13	●	●	●	●	●
	Rules and regulations	Importance/existence of rules (e.g., schedule, curfew); flexibility of rules; clearly articulated; application of <i>Quebec Civil Code</i> only (no other explicit rules)	13	●	●	●	●	●
Support to service users	General help and support	Multiple sources (e.g., peer support, social network, services external to CRF or peripatetic); offer appropriate services; active support; support goals and treatment/recovery plan	13	●	●	●	●	●
	Person	Spirituality	Respect and encourage spirituality and values	5	●	●	●	●
Emotions		Moral and emotional support; understand/talk about problems		●	●	●	●	
Personal growth		Develop potential; support recovery; build a life for	12	●	●	●	●	

		oneself					
Clinical and rehabilitation activities	Variety of forms (array and intensity)	Do with person; do for person; have the person do on his/her own; develop potential, skills training, motivate, reinforcement, stimulate, provide feedback, encourage, teach, supervise, accompany, etc.	13	•	•	●	•
	Domestic activities and activities of daily living (ADL)	Medication, personal hygiene, dressing, healthy lifestyle; diet; mental and/or physical health; budget; purchases; cigarette management; medical appointments; transportation	13	•	•	•	•
		Meal preparation; laundry; housework; groceries	12	●	•	•	•
	Occupations	Meaningful occupations; celebrations (e.g., holidays, birthdays), offer daytime activities and workshops in CRF; explore interests	13	●	•	•	•
	Group activities	Offer group activities outside CRF (e.g., movies)	5	●	•	•	•
	Physical activities	Encourage/offer physical activities	5	•	•	•	•
	Employment	Support for finding/maintaining work	11	•	•	•	•
	Community integration	Encourage community integration; accompany; explore community resources	9	•	•	•	•
	Social skills / network	Support interactions with family/friends; mediate/manage conflicts between residents; support for sex life; encourage / teach personal expression; offer support to residents' families	10	•	•	●	•
	Provide information	On: rights, health, diseases and symptoms, sexuality, recovery; medication and alternatives	8	●	•	•	•
	Transition and integration	Prepare placement and integration in CRF; support during transition; discuss grief, loss and integration; help with moving; introduce to neighbourhood; welcome residents	12	●	•	•	•
	Independent living	Help with finding/renting an apartment; finding roommate(s); support in supported housing (lack of)	11	●	•	•	●

No. = Number of brainstorming sessions where sub-theme/code was mentioned (maximum = 13 brainstorming sessions)

Type = Type of stakeholder to mention a specific sub-theme/code (U = Service users; S = Staff; F = Family members; M = Managers, administrators and professionals supervising CRF)

A small dot indicates that at least one statement was mentioned. A larger dot indicates that a sub-theme/code was mentioned predominantly by one type of participant as measured by the frequency of statements.

References

- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). Chapter 8: Housing. In *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach* (pp. 173-194). New York, NY: Guilford Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *The Journal of American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Fakhoury, W. K., Murray, A., Shepherd, G., & Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 301-315.
- Kane, M., & Trochim, W. M. K. (2007). *Concept Mapping for Planning and Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Leff, H. S., Chow, C. M., Pepin, R., Conley, J., Allen, I. E., & Seaman, C. A. (2009). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 60(4), 473-482.
- Medical Research Council. (2000). A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London, UK: Medical Research Council Health Services and Public Health Research Board.
- Newman, S. J. (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric Services*, 52(10), 1309-1317.
- Piat, M., & Sabetti, J. (2010). Residential housing for persons with serious mental illness: The fifty year experience with foster homes in Canada. In JH. Stone & M. Blouin (Eds.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Buffalo, NY: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Rog, D. J., & Randolph, F. L. (2002). A multisite evaluation of supported housing: Lessons learned from cross-site collaboration. *New Directions for Evaluation*, 2002(94), 61-72.
- SAMHSA. (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery. Rockville, MD: Substance Abuse &

Mental Health Services Administration.

Shepherd, G. , & Macpherson, R. . (2011). Residential care. In Graham Thornicroft, George Szukler, Kim T. Mueser & Robert E. Drake (Eds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 178-187). New York, NY: Oxford University Press.

Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R., & Cooney, M. (1995). *Inside Residential Care: The Reality of Hospital Versus Community Settings*. London, UK: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, DK: World Health Organization.

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2), 125-132.

Wong, Y. L., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28.

5.2. Conceptualisation issue de la cartographie de concepts

Le quatrième manuscrit présente les résultats de la démarche de cartographie de concepts et certaines des cartes conceptuelles qui ont été produites. Il dévoile donc la représentation visuelle du phénomène étudié.

- **Titre du manuscrit** : *Using concept mapping to redefine a conceptual model of housing and community-based residential settings for adults with severe mental illness*
- **Auteurs** : Felx, A., Kane, M. Toudghi, K., Portaria, M., Corbière, M. et Lesage, A.
- **Date de publication ou état de la publication** : Soumis
- **Nom de la revue scientifique** : Psychological Medicine

Title

Using concept mapping to redefine a conceptual model of housing and community-based residential settings for adults with severe mental illness

Authors

Amélie Felx

Montreal Mental Health University Institute and University of Montreal

Mary Kane

Chief executive, Concept System Inc.

Khadija Toudghi

Montreal Mental Health University Institute

Myriam Portaria

Programme international de recherche-action participative & Montreal Mental Health University Institute
Research Centre

Marc Corbière

Charles-Lemoyne Hospital Research Centre & University of Sherbrooke

Alain Lesage

Montreal Mental Health University Institute Research Centre & University of Montreal

Abstract

Background. Most existing conceptual models of residential environments and housing programs are not comprehensive and questions remain on the attributes worth considering. In this study group concept mapping was used to develop a conceptual model of housing and community-based residential settings for adults with mental illness.

Methods. Participants were selected through purposive sampling for the sake of heterogeneity and included service users, family members, staff working in residential facilities, mental health workers and managers. Participants (n = 221) generated 1382 statements describing attributes of housing and community-based residential settings (99.5% saturation). Participants also rated (n = 416) and sorted into categories (n = 73) selected statements. Multivariate statistical analyses (multidimensional scaling and hierarchical cluster analysis) were used to produce the maps. Stakeholders (n = 12) were also involved in the interpretation of the maps.

Results. The findings show overall concordance between stakeholders in relation to statements' perceived importance (rating) and the statements' inter-relationships (sorting). The stress value of the two-dimensional solution of the MDS is 0.2302. The final conceptualization includes 12 clusters and 5 broader domains: *geo-physical environment, milieu atmosphere and functioning, provision of interventions and support, organizational and managerial practices, and social and organizational environment.*

Conclusions. The results illustrate the multifaceted and multilevel nature of community-based residential settings through a visual representation. They articulate a number of domains that could be included in a common theory of community-based residential settings and housing.

Background

Research in the 1960s, 1970s and 1980s produced a number of theories and frameworks to conceptualize inpatient and community-based residential settings for adults with mental illness (e.g. Barker & Gump, 1964; King *et al.* 1971; Moos, 1972, 1973; Paul *et al.* 1986; Hall *et al.* 1987; Moos, 1997). Rooted in social ecology and environmental psychology, these frameworks provided us with a better understanding of the nature of people's transactions with their physical and socio-cultural environments (Stokols *et al.* 1996). In recent years, however, mainstream community psychiatry research agendas seem to have drifted away from the issue. This may be related to the emergence of supported housing models or, as Campling *et al.* (2004) suggested, the idea of therapeutic environment may have been reduced in importance, lost. What then do therapeutic community-based residential settings look like in the era of post-deinstitutionalization? What are the attributes and conditions of community-based residential settings that facilitate the recovery process and enable persons with mental illness to participate fully in society?

Housing models for adults with mental illness have evolved tremendously over the past 50 years. Nevertheless, many of the elements that were deemed detrimental in large institutions can probably still be found in smaller community-based residential settings and even in independent housing schemes. These include scarce social interactions and activities (Wing & Brown, 1970). Authors usually describe three or more basic housing models (Corrigan *et al.* 2008; Leff *et al.* 2009; Nelson, 2010). Custodial housing provides room and board without placing much emphasis on skills development and independent living. Supportive housing embraces the values of psychosocial rehabilitation and is meant to provide life-skills training to enable consumers to live in the community. It has been described using at least two forms: the residential care and treatment model and the residential continuum model. Supportive housing has been criticized for confusing treatment

and housing needs (Carling, 1993) given that the residential facility is considered a location for treatment and rehabilitation. Finally, supported housing or permanent supportive housing (Rog *et al.* 2014) emphasizes self-healing and natural supports and de-emphasizes professional services. Supported housing argues in favour of consumers being able to settle in a home of their own choosing for as long as they want. This model is considered the most conducive to empowerment (Wong *et al.* 2007) and the one that coincides most with the housing preferences of consumers themselves (Tanzman, 1993). In practice, however, the principles and values of the three models overlap as most housing approaches have evolved to include features of supported housing (Rog & Randolph, 2002; Wong *et al.* 2007; Tabol *et al.* 2010). A problem is that none of these models provides a detailed systematic description of residential environments and related housing programs; nor do they consider the evolving nature of environments in which consumers live.

Conceptualization of community-based residential settings

Several frameworks/models relevant to community-based residential settings have been developed (e.g. Paul *et al.* 1986; Hall *et al.* 1987; Moos, 1997; Rog & Randolph, 2002; Wong & Solomon, 2002; Wong *et al.* 2007; Kloos & Shah, 2009; Sylvestre *et al.* 2009). Some of these consider only specific outcomes, which makes for a partial conceptualization (e.g. Sylvestre *et al.* 2009). Only a few including the ones presented below have provided a relatively comprehensive representation of the physical and socio-cultural attributes and components of housing environments and programs. They are inspired by Moos's seminal work on treatment and human environments, which derived from several group-living environments such as correctional facilities, families, and university residence halls (Moos, 1972, 1973, 1997).

The *Ecological Framework for the Study of Community Housing for the Chronically Mentally Disabled* (Hall *et al.* 1987; Nelson & Fowler, 1987) distinguishes three axes of the

social context: 1) the geo-social environment; 2) the informal social systems (e.g. attitudes and actions of staff, other residents, neighbours, general public); and 3) planning, policy and service delivery. The framework also divides housing environments into three interlocked levels: the person lives in a setting (micro level) located within a neighborhood (mezzo level) embedded in a society (macro level). At the micro level, housing integrates: 1) the physical and architectural environment; 2) behaviour setting characterized by both ecological and behavioural properties (Barker & Gump, 1964); 3) the peer-induced climate, which implies that the character of an environment is dependent in part on the characteristics of its member(s) (and vice versa); 4) the organizational structure and culture, including features such as management practices and policies; 5) the social climate, which measures quality of interpersonal relationships and program features; and 6) applied behaviour analysis (e.g. contingencies of reinforcement). The authors added a key element to their framework: the social network or support.

A model of the relationship between program and personal factors and patient outcomes (Moos, 1997) portrays the on-going interplay between individuals and their environment as well as the direct effects of resident characteristics on outcomes. Both housing program characteristics (e.g. policies and services, institutional context, social environment and physical features) and resident characteristics will affect resident outcomes (proximal and distal). This model includes social climate as a mediator.

More recently, Kloos and Shah (2009) conceptualized housing environment using two levels and three dimensions: 1) physical environment of dwelling and neighborhood (physical quality and neighborhood quality); 2) social environment of housing and neighborhood (social climate, safety); and 3) interpersonal relationships tied to housing (neighbors, roommates, landlord).

All of these models and frameworks emphasize the complex and multifaceted nature of community-based residential settings and their environments. Environments and everyday surroundings are customarily described in terms of their physical and social components. They can be characterized, also, in terms of their objective or subjective (perceived) qualities and their scale of immediacy (i.e., proximal vs. distal) to individuals (Stokols *et al.* 1996). Environments are multileveled and include numerous components; some are independent (e.g. staff qualities, space arrangement) while others subsume several inter-related features (e.g. social climate).

However, there is still considerable ambiguity surrounding the conceptualization and description of community-based residential settings (Fakhoury *et al.* 2002; Rog, 2004; Leff *et al.* 2009; Shepherd & Macpherson, 2011) and we found no systematic theoretical attempt to unify decades of evolution in housing for adults with mental illness. Therefore, there is an existing need to characterize the different residential settings, regardless of type based on what appear to be meaningful and conceptually common dimensions and domains. We consider the following questions to lead to a more comprehensive framework: How should community-based residential settings be conceptualised? What should their attributes be? What should their dimensions be? According to whom?

This report describes the use of a structured conceptualization technique (concept mapping) to develop a pictorial conceptual model of housing and community-based residential settings for adults with mental illness as perceived by various stakeholders.

Methods

Participants

All participants were selected through purposive sampling for the sake of

heterogeneity. The concept mapping process ultimately involved 722 incidents of participation as follows: 221 in generating statements (see Felix *et al.* 2013); 416 in rating statements; 73 in sorting statements; and 12 in interpreting results. There was some overlap in participant membership for some steps. Therefore, the total number of unique participants is estimated to be 500.

Table XIII presents the sociodemographic characteristics of the participants involved in two of the six steps of the concept mapping process. Participants derived from five rural and urban regions of the province of Quebec, Canada. Participants came from the public sector (77.9%) as well as the private and non-profit/volunteer sectors (22.1%). These included stakeholders with a variety of lived experiences representing the range of available housing models.

The research project was approved by ethics review boards, and participants provided written informed consent.

Six steps of concept mapping

For the purposes of this study, we used a form of group concept mapping described in detail in (Kane & Trochim, 2007). Concept mapping was well-suited because of the complex nature of community-based residential settings and the need to integrate input from multiple stakeholders with different interests and expertise. It is a mixed-method participatory approach that incorporates group processes and multivariate statistical analyses. Concept mapping comprises six steps: (1) preparation; (2) generation of statements; (3) structuring of statements (rating and sorting); (4) data analysis and representation of statements; (5) interpretation of results; and (6) utilization of results and maps (Trochim, 1989; Kane & Trochim, 2007). Statements were generated (step 2) and rated (step 3) and results interpreted (step 5) during face-to-face group sessions. The stakeholder

groups (Table XIII) were mixed only at step 5. The sorting activity (step 3) was done manually by participants via mail. Data were collected from September 2009 to September 2010.

At step 1, participants were selected and the project's logistics were determined. The research team was multidisciplinary and included one person living in a residential facility and another with experience as a foster home operator.

Statements were generated during 13 live brainstorming sessions (step 2). The general rules of brainstorming applied (Osborn, 1948) and no criticism of statements was allowed. Through one specific prompt question, a total of 1382 statements describing the attributes of residential facilities and housing for adults with mental illness were generated. Content analysis was used to reduce and analyze statements (see Felx *et al.* 2013). The final list included 140 selected statements. Before editing, statements were reviewed for singularity (reference to only one topic) and neutrality but, whenever possible, they were left unchanged.

At step 3, information on the relationships among statements was obtained. Because of the time required to conduct the task, rating and sorting were carried out separately. First, participants rated each of the 140 statement on a five-level ordinal scale during 41 group sessions: relative importance (1 = not important at all; 5 = very important). Each statement was read by the facilitator and simultaneously projected on a screen. Statement numbers were listed in questionnaire form for participants to write down their answers. This procedure was chosen to ensure uniformity and because of discrepancies in participant literacy levels. The second task consisted of an unstructured card-sorting procedure (Rosenberg & Kim, 1975). Each participant received one envelope containing instructions, 125 of the 140 statements printed on cards 3x8 inches, 20 blank cards and elastics.

Participants individually sorted the statements into mutually exclusive piles. How they did this was left to their discretion. Participants also labeled each of the piles they created.

The investigators next computed the results and selected those to be presented to participants for interpretation and discussion (step 5). During the group session, participants were also asked to place 15 statements on the map (125 sorted statements + 15 = 140 statements in all).

Data analysis (step 4 of concept mapping)

Sorting and rating data were entered in The Concept System © software (<http://www.conceptsystems.com/content/view/the-concept-system.html>) (CSI, 2004). Multidimensional scaling (MDS) is a class of techniques that uses proximities among statements as input. In concept mapping, non-metric MDS relies on the transformation of qualitative data (sorting) into individual binary co-occurrence matrices, the number of which equals the number of completed sorts (0 if two statements are not sorted together, 1 if they are). Individual matrices were summed up across all 73 participants to create a total 125 x 125 symmetric similarity matrix that indicates the number of participants that sorted two statements together (δ_{ij}) (Kane & Trochim, 2007). This serves as a measure of the perceived conceptual closeness or distance between statements. The output is a geometric configuration of points in Euclidian space. The number of dimensions was restricted to two (X1, X2), in accordance with Kruskal and Wish (1978) and Rosas and Kane (2012). Because the presence of both generic and smaller groupings (sorts) can create problems in the representation (Weller & Romney, 1988), one sort composed of only two clusters was excluded from the final analyses.

MDS was used in combination with neighborhood interpretation (Kruskal & Wish, 1978). For each statement, the coordinate values (Xi1, Xi2) produced by the MDS analysis

served as the input for an ascendant hierarchical cluster analysis using Ward's algorithm (Everitt, 1980). Analysis partitioned the statements (dots) into a number of non-overlapping clusters. The research team explored the suitability of several solutions (range of 5-18 clusters).

Ratings were also entered in the PASW Statistics 18 software (SPSS Inc., 2009). Descriptive statistics were computed. Mean difference for each statement perceived importance was computed using non parametric tests (U de Mann-Withney) with Bonferroni correction ($p = 0.0000$) for two sets of stakeholders: G1 = consumers (C) and family members (F) and G2 = staff and mental health workers (S) and professionals, managers and administrators (M) (Table XIII).

Results

For the multivariate analyses, the 125 statements were grouped on average into 10.11 (4.16) clusters by participants (range of 2-20). The number of statements per cluster varied from 5 to 25 and averaged 11.67 (6.75). Table XIV presents the final 12 clusters along with examples of statements and mean importance ratings by stakeholder group. The original computer-generated configuration of the 125 sorted statements is shown in Figure 16 (the map is an aggregate of all the participants' individual representations). Each statement is indicated by a dot and a number; the statements are arrayed in 12 clusters. The statements and the clusters in Table XIV can be identified on the map by their corresponding number (no). For the two-dimensional solution of the MDS, the stress value is 0.2302 (10 iterations). This value (goodness of fit) indicates excellent correspondence between the model represented and the similarity matrix on the basis of concept mapping guidelines (Kane & Trochim, 2007; Rosas & Kane, 2012).

The MDS analysis produced an interpretable map of relationships where more similar statements are located nearer each other, reflecting a high degree of conceptual similarity. Like many maps with content that is inherently reflective of a system, statements in the map's central area were more heterogeneous ($n < 10$ or 8%). To gain a better understanding of the location of statements, especially those in the central area, participants' sorts were examined and cluster maps were created for stakeholder subgroups. A review of these subgroup comparisons suggests that there were more similarities than differences across stakeholder cluster maps. Numerous groupings of statements were consistent across participants, although individuals contributed different labels. For instance, many operators and staff working in residential facilities classified statements in terms of who was responsible for a given matter, for example, the housing agency (cluster 1), staff working in residential facilities (cluster 9), or community mental health teams or peripatetic staff (cluster 5). In other words, stakeholder position within the system and their lived experiences had more of an influence on how clusters were labeled than on how statements were grouped. Groupings of statements along the map's perimeter were more constant whereas statements in the central area (mostly cluster 2) were classified differently depending on stakeholder group. These statements appeared to bridge different areas of the map.

The computer-generated cluster map was then presented to participants (step 5). Clusters were labeled with their inputs during the group discussion. Participants also placed the 15 additional statements on the map. A consensus was reached on where to locate each of the 15 statements. This showed that clusters could be used to predict where an attribute would be located on the map. After each cluster was examined, 7 of the 125 statements (5.6%) were moved to a neighboring cluster, as illustrated in Figure 16. The map was then further analyzed in terms of space and cluster location to create domains and dimensions (Figure 17).

The clusters were grouped into five broader domains. Domain #1 included attributes of the interior and exterior physical environment (e.g. proximity and accessibility of community resources). The middle column of the map was concerned with the social and organizational environment and included policies and management practices at different system levels. Domain #2 concerned the milieu atmosphere induced by peers and staff and by the balance between personal freedom, consumer involvement and rules. Domain #3 covered heterogeneous attributes related to organizational features as well as characteristics of the setting's in-house or peripatetic staff. Domain #4 concerned quality control, building of supportive management practices (cluster 1) and service appropriateness (cluster 4). Its focus was on generating a well-coordinated and efficient system for delivering an array of housing options for a variety of consumer needs, abilities and preferences. Domain #5 encompassed clinical activities, support and interventions as well as treatment orientations (e.g. statement no 63).

The final map was also divided into nine regions along two axes/dimensions (X1, X2). The X2 axis represented the geographical dimension in terms of proximity to the individual: 1) the immediate setting (micro level); 2) the external setting, including the neighborhood, peripatetic mental health workers, family and the community (mezzo level); and 3) the system or housing agency (macro system). Levels 2 and 3 illustrated the interface between several sectors and actors (e.g., community, family, non-profit and public sectors). The X1 axis was the focus used to characterize the human environment. It could also be interpreted in terms of proximity to the individual: 1) the geo-physical environment; 2) the social and organizational environment; and 3) interventions and support to the individual.

The relative importance of statements ranged from 2.70 (1.15) to 4.80 (0.457) (n = 306); most distributions were negatively skewed. Two-thirds of the 140 statements (92 or 65.71%) had a perceived importance of 4 or higher (4 = important). Three statements were

rated below 3 (3 = more or less important). However, only 62 (36.05%) of the consumers managed to rate all statements during the 2- to 2.5-hour group session. Of these, 25 (40.32%) were living independently. Consequently, completion was significantly linked to living arrangement ($\chi^2 = 39.68$, $df = 3$, $p = 0.000$). The results showed an overall concordance between G1 and G2 in terms of mean perceived importance of statements as only 15 of the 140 were significantly different (10.71%) ($p < 0.0003$).

Discussion

This conceptualization integrates the perceptions and values of multiple stakeholders at several steps of the process (generation of statements, structuring of statements and results interpretation). Conflicting perspectives between actors, mostly between consumers and mental health workers, have been reported in the literature in relation to specific components of care such as housing preferences (Tanzman, 1993; Piat *et al.* 2008) and the milieu atmosphere (e.g. Moos, 1997; Rossberg & Friis, 2004). The results of our analyses show overall concordance both at the concepts level, via sorting sub-analysis, and at the importance level, via review of the importance rating data by subgroup. Considering that statements are housing attributes and were generated by heterogeneous stakeholders, this concept mapping process suggests that it is feasible to conceptualize community-based residential settings in a way that reflects the lived experience of various stakeholders and the existing models of housing.

The final conceptualization includes five broader domains and 12 clusters. It is similar to some extent to the conceptual frameworks proposed by Moos (1973, 1997), Hall *et al.* (1987) and Nelson and Fowler (1987) in terms of both domains and axes. Moreover, this conceptualization illustrates the ecological perspective and the complexity of community-based residential settings, while at the same time keeping a focus on the micro level of the system where the most attributes (brainstormed statements) are located. These micro-level

attributes outline the fundamental potential influence of the immediate setting on resident outcomes. This is consistent with the fact that housing or the “home” is central to daily-life experience (Kloos & Shah, 2009) and the fact that attributes at the micro level are thought to have more influence on individual outcomes (Rudkin, 2003). The immediate setting ideally affords opportunities for social interactions, care and treatment that go far beyond the formal and tangible interventions and support provided. For decades now, the literature has acknowledged that quality of housing, architectural design (e.g. group spaces), size and personal control on surroundings influence health and well-being in both non-clinical populations (c.f. Evans *et al.* 2003) and adults with mental health problems (Kruzich & Kruzich, 1985; Nelson & Fowler, 1987; Newman, 2001; Kloos & Shah, 2009). Other dimensions of the micro-level social environment, such as the milieu atmosphere and social interaction, also have a significant impact on consumer outcomes and satisfaction (Moos, 1997; Fakhoury *et al.* 2002; Kloos & Shah, 2009).

Based on the frameworks presented in the introduction, the milieu atmosphere and the functioning domain can include many dimensions: policy or program clarity, consumer control, involvement, peer-induced climate, availability of daily-living assistance, availability of health and treatment services, and on. However, this conceptualization separates the provision of interventions and support domain from the rest of the social and organizational features of the human context axis which comprises the setting’s functioning and staff qualities (clusters 6, 7, 10 and 12) (X1, column B, Figure 17). This domain includes statements describing clinical activities and interventions with different underlying goals and locations. Indeed, the further down the map, the closer to daily life and the setting (e.g. self-care). Treatment approaches or orientations, too, are included in this domain as part and parcel of actions taken. The domain also covers support to consumers and their family and the idea of a partnership between formal and informal actors (e.g. statement no20, cluster 5). This domain highlights the importance and possible range of support and interventions and

suggests that these can be provided at different geographical levels. This domain appears to have been overlooked in large part by previous conceptualization efforts and studies (e.g. Hall *et al.* 1987).

The final conceptualization reflects Bronfenbrenner's (1979) vision of the nested arrangement of circumjacent contexts distinctive of the ecological perspective (Holahan *et al.* 1979; Hall *et al.* 1987; Wong & Solomon, 2002; Kloos & Shah, 2009; Sylvestre *et al.* 2009). Several studies have looked at different neighborhood physical and social environmental features (e.g. Nelson & Fowler, 1987; Newman, 2001; Kloos & Shah, 2009). However, only some have highlighted the importance of the consumer's choice of housing (Residential services tailored to consumer needs and preferences) (e.g. Srebnik *et al.* 1995; Nelson *et al.* 2007; Rog *et al.* 2013), staff qualities (Organizational structure and staff qualities) (Fakhoury *et al.* 2002; Shepherd & Macpherson, 2011), and managerial practices and housing subsidies (A balanced and healthy housing system and Quality and management: miscellaneous) (Newman, 2001; Fakhoury *et al.* 2002; Gulcur *et al.* 2007). This conceptualization suggests that higher-level attributes deserve attention in an area of research that tends to focus on limited housing attributes or on specific geographical boundaries (mostly at the micro level). For instance, our conceptualization identifies specific ways in which the system should support operators and staff working in residential facilities, as well as specific staff qualities and managerial practices likely to influence quality of housing programs and, in turn, consumer outcomes.

Also reflecting the ecological perspective, our conceptualization portrays a multi-person system of interactions as well as interdependence and inter-relations at different levels: within domains, across domains and between geographical levels. For instance, looking at the provision of services and support domain, some services are more likely to be provided by community or mental health workers (mezzo level), while others appear to be

more proximal, inside the setting (micro level). Services not provided at one level could easily be compensated for at other levels or by other domains. Inter-relations between domains are also evident. For instance, the overlap between clusters 10 and 11 suggests a close relationship between architectural features and privacy. System regulations and policies in the organizational and managerial domain influence the geo-physical environment. Specific features of the physical and social environments can also impact service delivery and social support. For instance, Siegel *et al.* (2006) and Townley & Kloos (2011) found that, compared with supported housing, congregate facilities increased accessibility to formal support (staff) and informal support (inter-relations with other residents), diminished feelings of isolation, and increased sense of community. Therefore, when research is conducted on the outcomes of consumers living in various community-based residential settings, the different levels and domains should either be studied together or taken into account in the design of the study.

The impact of most of these influences on the individual is not straightforward given that the same environment can support recovery and personal growth for some consumers, while constraining others or specific subgroups or even causing them to deteriorate. Most attributes or groups of attributes can be viewed as potential stressors, buffers against stressful events, facilitators or active positive forces that challenge individuals (Kloos & Shah, 2009). Overall, our conceptualization depicts a complex system in which a particular combination of attributes cannot easily be used to predict consumer outcomes (Shiell *et al.* 2008). Outcomes are likely to be influenced by multiple attributes of the geo-physical and the socio-cultural environments as well as by the support and interventions provided (Figure 17). A good theoretical and realistic understanding of the housing program requires understanding of the system itself. This explains in part how and why a prompt question on the attributes of residential facilities and housing for adults with mental illness resulted in a conceptualization that meshes with broader theories of human and therapeutic environments.

Limits and generalizability of the conceptualization

The external validity of the results is reinforced by the variety of stakeholders and settings involved. To our knowledge, this study represents the most comprehensive work on the conceptualization of community-based residential settings. Nevertheless, both the conceptualization and the process have their limitations. First, the choice made by the research team during content analysis (Felx *et al.* 2013) and the selection of the 140 generated statements might have influenced the conceptualization. It should also be reminded that importance ratings for the consumer subgroup represent the perspective of a subgroup of consumers. However, this had no impact on sorting data or on the conceptualization.

Some domains appear to include some dimensions that are slightly blurred. This could be related to the demands of the sorting task; it may also indicate that attributes do not fit into distinct dimensions as suggested by existing frameworks. This issue has also been raised by researchers regarding the construct validity (factor analysis) of existing tools measuring the social environment (e.g. Rossberg & Friis, 2003). Further investigation of the dimensions of community-based residential settings is required.

Conclusion

Concept mapping results (statements, attributes and domains) were used (step 6) to develop a measurement instrument describing the structural and procedural components of community-based residential settings for adults with severe mental illness. This instrument now needs to be field-tested in various residential settings.

The results of the present structured conceptualization illustrate the multifaceted and multilevel nature of community-based residential settings through a visual representation that facilitates comprehension. Concept mapping allowed a rigorous and systematic

exploration of the attributes of community-based residential settings and the mobilization of numerous stakeholders. The results suggest a number of domains that should be included in any theory of community-based residential settings and housing, including a detailed description of the interventions provided. To understand how housing and residential treatment programs influence consumer outcomes and behaviors, these need to be systematically measured in a way that will allow finding out in time whether common attributes are associated with common outcomes for most individuals or subgroups of individuals.

Acknowledgements and financial support

We would like to thank all participants. Others to whom our thanks are due include all managers and the researches from the different sites as well as Daniel Gélinas.

A.F. held training grants from the *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR) (PhD studies). The research project has also received funding from CIHR *Dissemination Activities* (grant number KDE 228601) and the Montreal Mental Health University Institute.

Conflict of interest

None

Ethical standards

The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2008.

References

- Barker RG, Gump PV** (1964). *Big School, Small School: High School Size and Student Behavior*. Stanford University Press: Stanford, CA.
- Bronfenbrenner U** (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press: Cambridge, MA.
- Campling P, Davies S, Farquharson G** (2004). *From Toxic Institutions to Therapeutic Environments: Residential Settings in Mental Health Services*. Gaskell: London, UK.
- Carling PJ** (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry* **44**, 439-449.
- Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P** (2008). Chapter 8: Housing. In *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*, pp. 173-194. Gilford Press: New York, NY.
- CSI** (2004). *The Concept System © software*. Concept Systems Incorporated: Ithaca, NY.
- Evans GW, Wells NM, Moch A** (2003). Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues* **59**, 475-500.
- Everitt B** (1980). *Cluster Analysis (Second Edition)*. Heinemann Educational Books: London, UK.
- Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S** (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **37**, 301-315.
- Felx A, Rheault R, Toudghi K, Corbière M, Lesage AD** (2013). Components of housing and community-based residential facilities for adults with severe mental illness: stakeholder perspectives (unpublished manuscript). In *Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: Développement d'un modèle et d'un instrument de mesure* (ed. A. Felx), pp. 131-141. Thesis (Ph. D.) Université de Montréal: Montréal, QC.
- Gulcur L, Tsemberis S, Stefancic A, Greenwood RM** (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal* **43**, 211-228.

- Hall GB, Nelson G, Smith Fowler H** (1987). Housing for the chronically mentally disabled: Part 1 - conceptual framework and social context. *Canadian Journal of Community Mental Health* **6**, 65-77.
- Holahan CJ, Wilcox BL, Spearly JL, Campbell MD** (1979). A review of the literature: The ecological perspective in community mental health. *Community Mental Health Review* **4**, 1-9.
- Kane M, Trochim WMK** (2007). *Concept Mapping for Planning and Evaluation*. Sage Publications: Thousand Oaks, CA.
- King RD, Raynes NV, Tizard J** (1971). *Patterns of residential care: Sociological studies in institutions for handicapped children*. Routledge and Kegan Paul: London, UK.
- Kloos B, Shah S** (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology* **44**, 316-326.
- Kruskal JB, Wish M** (1978). *Multidimensional Scaling*. Sage Publications: Newbury Park, CA.
- Kruzich JM, Kruzich SJ** (1985). Milieu Factors Influencing Patients' Integration Into Community Residential Facilities. *Hospital and Community Psychiatry* **36**, 378-382.
- Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA** (2009). Does One Size Fit All? What We Can and Can't Learn From a Meta-analysis of Housing Models for Persons With Mental Illness. *Psychiatric Services* **60**, 473-482.
- Moos RH** (1972). Assessment of the psychosocial environments of community-oriented psychiatric treatment programs. *Journal of Abnormal Psychology* **79**, 9-18.
- Moos RH** (1973). Conceptualizations of human environments. *American Psychologist* **28**, 652-665.
- Moos RH** (1997). *Evaluating treatment environments: The quality of psychiatric and substance abuse programs*. Transaction Publishers: New Brunswick, NJ.
- Nelson G** (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology and Social Welfare* **37**, 123-146.

- Nelson G, Fowler HS** (1987). Housing for the chronically mentally disabled: Part II - Process and outcome. *Canadian Journal of Community Mental Health* **6**, 79-90.
- Nelson G, Sylvestre J, Aubry T, George L, Trainor J** (2007). Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* **34**, 89-100.
- Newman SJ** (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric Services* **52**, 1309-1317.
- Osborn AF** (1948). *Your Creative Power: How to Use Imagination*. Charles Scribner's Sons: New York, NY.
- Paul GL, Mariotto MJ, Redfield JP, Licht MH, Power CT** (1986). *Part 1: Assessment in Residential Treatment Settings: Principles and methods to support cost-effective quality operations*. Research Press: Champaign, IL.
- Piat M, Lesage AD, Boyer R, Dorvil H, Couture A, Grenier G, Bloom D** (2008). Housing for Persons With Serious Mental Illness: Consumer and Service Provider Preferences. *Psychiatric Services* **59**, 1011-1017.
- Rog DJ** (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **27**, 334-344.
- Rog DJ, Randolph FL** (2002). A multisite evaluation of supported housing: Lessons learned from cross-site collaboration. *New Directions for Evaluation* **2002**, 61-72.
- Rosas SR, Kane M** (2012). Quality and rigor of the concept mapping methodology: A pooled study analysis. *Evaluation and Program Planning* **35**, 236-245.
- Rosenberg S, Kim MP** (1975). The Method of Sorting as a Data-Gathering Procedure in Multivariate Research. *Multivariate Behavioral Research* **10**, 489-502.
- Rosberg JI, Friis S** (2003). A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **108**, 374-380.

- Rossberg JI, Friis S** (2004). Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatric Services* **55**, 798-803.
- Rudkin JK** (2003). *Community psychology: Guiding principles and orienting concepts*. Pearson Education - Prentice Hall: Upper Saddle River, NJ.
- Shepherd G, Macpherson R** (2011). Residential care. In *Oxford Textbook of Community Mental Health* (ed. G. Thornicroft, G. Szmukler, K. T. Mueser and R. E. Drake), pp. 178-187. Oxford University Press: New York, NY.
- Shiell A, Hawe P, Gold L** (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ: British Medical Journal* **336**, 1281.
- Siegel CE, Samuels J, Tang DI, Berg I, Jones K, Hopper K** (2006). Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York City. *Psychiatric Services* **57**, 982-991.
- SPSS Inc.** (2009). *PASW Statistics 18 (formerly SPSS Statistics)*. Statistical Package for the Social Sciences Inc.: Chicago, IL.
- Srebnik D, Livingston J, Gordon L, King D** (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal* **31**, 139-152.
- Stokols D, Allen J, Bellingham RL** (1996). The social ecology of health promotion: Implications for research and practice. *American Journal of Health Promotion* **10**, 247-251.
- Sylvestre J, Ollenberg M, Trainor J** (2009). A model of housing stability for people with serious mental illness. *Canadian Journal of Community Mental Health* **28**, 195-207.
- Tanzman B** (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry* **44**, 450-455.
- Townley G, Kloos B** (2011). Examining the psychological sense of community for individuals with serious mental illness residing in supported housing environments. *Community Mental Health Journal* **47**, 436-446.

- Trochim WMK** (1989). An introduction to concept mapping for evaluation and planning. *Evaluation and Program Planning* **12**, 1-16.
- Weller SC, Romney AK** (1988). *Systematic Data Collection*. Sage Publications: Newbury Park, CA.
- Wing JK, Brown GW** (1970). *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968*. Cambridge University Press: Cambridge, UK.
- Wong YL, Filoromo M, Tennille J** (2007). From principles to practices: a study on implementation of supported housing for psychiatric consumers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* **34**, 13-28.
- Wong YL, Solomon PL** (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research* **4**, 13-28.

Tables and figures

Tables

Table XIII: Participants (number and sociodemographic characteristics)

Stakeholder groups and subgroups	No. of participants ^a			Sociodemographic characteristics		
	Rating	Sorting	Results	Age ^b	Male (%)	Years (SD) ^c
Group 1 – Services users						
C. Consumers living in various settings (n (%))	172 (41.35)	7 (9.59)	1 (8.33)	46-50	50.5	15.68 (12.26)
Independent living, supervised apartment	39	5	1			
Foster home	30	1				
Group residence, room and board, hostel	96	1				
Other (e.g. family)	7	0				
F. Family members	11 (2.64)	1 (0.01)	1 (8.33)	61-65	9.1	20.72 (13.50)
Group 2 – Services providers and others						
M. Professionals & managers (n (%))	80 (19.23)	27 (36.99)	6 (50.00)	46-50	32.5	18.44 (11.34)
Managers and administrators	34	12	2			
Professionals overlooking facilities	37	12	2			
Others (e.g., academic, administrative)	8	3	2			
S. Staff working in residential facilities (n (%))	96 (23.07)	25 (34.25)	3 (25.00)	46-50	29.2	12.93 (9.34)
Foster home (operators)	24	8	1			
Group residence, supervised apartment, room and board, hostel (staff or unit managers)	72	10	2			
Mental health workers (n (%))	58 (13.70)	13 (17.80)	1 (8.33)	41-45	31.58	15.80 (11.52)
Peer support workers	4	2				
TOTAL	416	73	12			

^a Number of participants excludes step 1 of the concept mapping process reported elsewhere (generation of statements)

^b Median (ordinal scale)

^c Years = number of years working in mental health field or using services

Table XIV. Examples of statements from the final 12 clusters and mean importance ratings

n°	Cluster (C) label and statements examples	n ^b	Mean importance (SD) Stakeholder groups ^a			
			G1		G2	
			C ^c	F	M	S
C1 – A balanced and healthy housing system		25				
2	<i>Have training programs for operators and staff working in community-based residential settings</i>		-	4.91 (0.30)	4.59 (0.57)	4.69 (.439)
9	<i>Have rapid access to housing (avoid long waiting lists)</i>		4.33 (0.93)	4.73 (0.47)	4.61 (0.52)	4.73 (0.46)
33	<i>Have flexible and non-restrictive admission criteria for residential facilities (include consumers who take alcohol or drugs)</i>		3.84 (1.07)	3.73 (1.22)	3.75 (0.94)	3.92 (1.04)
10	<i>Ensure good fit prior to integration in setting(make sure setting's attributes fit person's characteristics)</i>		4.58 (0.59)	4.73 (0.47)	4.79 (0.41)	4.70 (0.53)
C2 – Quality and management: miscellaneous		12				
78	<i>Maintain staff stability (limit changes)</i>		4.11 (1.05)	4.36 (0.51)	4.31 (0.74)	4.86 (0.51)
106	<i>Adapt physical environment of setting so elderly persons can stay longer (access and safety features)</i>		4.10 (1.00)	4.36 (0.67)	4.53 (0.57)	4.57 (0.65)
43	<i>Give consumers a handbook outlining facility policies, functioning and available services</i>		3.93 (1.08)	4.09 (0.70)	4.35 (0.66)	4.07 (1.03)
C4 – Residential services tailored to needs & preferences		6				
12	<i>Modify support and services according to each consumer's needs and condition (consumer does not have to move in event of gain or loss of functional autonomy)</i>		4.70 (0.49)	4.64 (0.51)	4.23 (0.75)	4.37 (0.66)
122	<i>Always ask person where she or he wants to live first</i>		4.41 (0.80)	4.45 (0.52)	4.66 (0.55)	4.54 (0.54)
C3 – External physical environment		5				
14	<i>Have easy access to resources and services (e.g., grocery store, bank within walking distance)</i>		4.53 (0.71)	4.27 (0.65)	4.40 (0.61)	4.44 (0.63)
27	<i>Live in a user-friendly neighborhood (i.e., easy access to leisure and services regardless of severity of illness)</i>		3.94 (1.02)	4.18 (0.60)	4.50 (0.57)	4.46 (0.64)
136	<i>Live in a safe neighborhood (e.g., no big drug problem, crime)</i>		4.23 (1.00)	4.18 (1.08)	3.38 (0.91)	3.61 (1.14)
C11 – Internal physical environment		9				
110	<i>Live in an attractive, comfortable, clean environment</i>		4.68 (0.51)	4.36 (0.51)	4.61 (0.52)	4.56 (0.61)
111	<i>Have common areas in setting (e.g., kitchen, living room)</i>		4.65 (0.58)	4.09 (0.54)	4.25 (0.74)	4.45 (0.57)
C10 – Personal space and right to privacy		7				
113	<i>Have access to a telephone in a private space</i>		4.51 (1.00)	4.36 (0.67)	4.56 (0.61)	4.54 (0.64)
37	<i>Be allowed to have sexual objects in privacy of own bedroom (e.g., pornographic magazines)</i>		4.55 (0.76)	3.70 (0.95)	4.15 (0.78)	4.11 (0.87)
79	<i>Be allowed to refuse to participate in activities organized by setting</i>		4.31 (0.83)	4.00 (0.78)	4.47 (0.62)	4.33 (0.70)
C12 – Respect, functioning and atmosphere		21				
112	<i>Live in a warm, humane setting</i>		4.06 (0.94)	4.55 (0.74)	4.74 (0.47)	4.56 (0.60)
51	<i>Create a setting where person feels respected (e.g., civility)</i>		3.72 (1.02)	4.27 (0.91)	4.91 (0.28)	4.91 (0.22)
C 6 – Equality, policies and availability of activities		8				
97	<i>Have clear, appropriate sanctions</i>		4.27 (0.93)	4.10 (0.88)	3.86 (0.96)	4.23 (0.72)
99	<i>Promote equality between staff and consumers</i>		4.11 (0.96)	3.73 (1.27)	4.16 (0.80)	4.32 (0.86)
C8 – Services and interventions provided (skills)		13				
56	<i>Assist/teach person how to use public transit</i>		3.99 (1.54)	4.09 (1.14)	4.38 (0.61)	4.39 (0.67)
70	<i>Provide information on recovery</i>		4.28 (1.02)	4.10 (0.74)	4.44 (0.65)	4.48 (0.60)
71	<i>Provide information on citizenship and rights</i>		3.60 (1.44)	3.82 (0.87)	4.50 (0.57)	4.42 (0.69)
C5 – Services and interventions provided (linkage)		8				
20	<i>Work together to support person's treatment and recovery plan (staff working in facility, community mental health workers, family, consumer)</i>		4.50 (0.645)	4.82 (0.41)	4.74 (0.52)	4.77 (0.45)
4	<i>Provide support to consumers' families</i>		3.98 (1.11)	4.73 (0.65)	4.21 (0.74)	4.32 (0.71)

C9 – Services and intervention provided (daily)		20			
52	<i>Provide reminders and help with hygiene</i>	4.63 (0.52)	4.55 (0.52)	4.36 (0.71)	4.66 (0.55)
44	<i>Supervise daily domestic activities (e.g., laundry, dishes)</i>	3.87 (1.14)	4.09 (0.54)	3.92 (0.62)	4.14 (0.68)
63	<i>Use an approach that focuses on consumer strengths and capacities</i>	4.42 (0.83)	4.60 (0.52)	4.78 (0.53)	4.81 (0.41)
C7 – Organizational structure and staff qualities		6			
119	<i>Encourage interventions by peer-support workers</i>	3.77 (1.19)	4.18 (0.75)	4.18 (0.74)	4.03 (0.83)
88	<i>Have staff who believe in recovery and in persons' dreams and hopes</i>	4.21 (1.06)	4.73 (0.47)	4.76 (0.53)	4.69 (.439)
101	<i>Have staff with knowledge of issues related to mental health</i>	4.32 (0.89)	4.82 (0.41)	4.53 (0.55)	4.73 (0.46)

^a **C** = Consumers; **F** = Family members; **M** = Professionals, managers and administrators; **S** = Staff working in residential facilities and mental health workers.

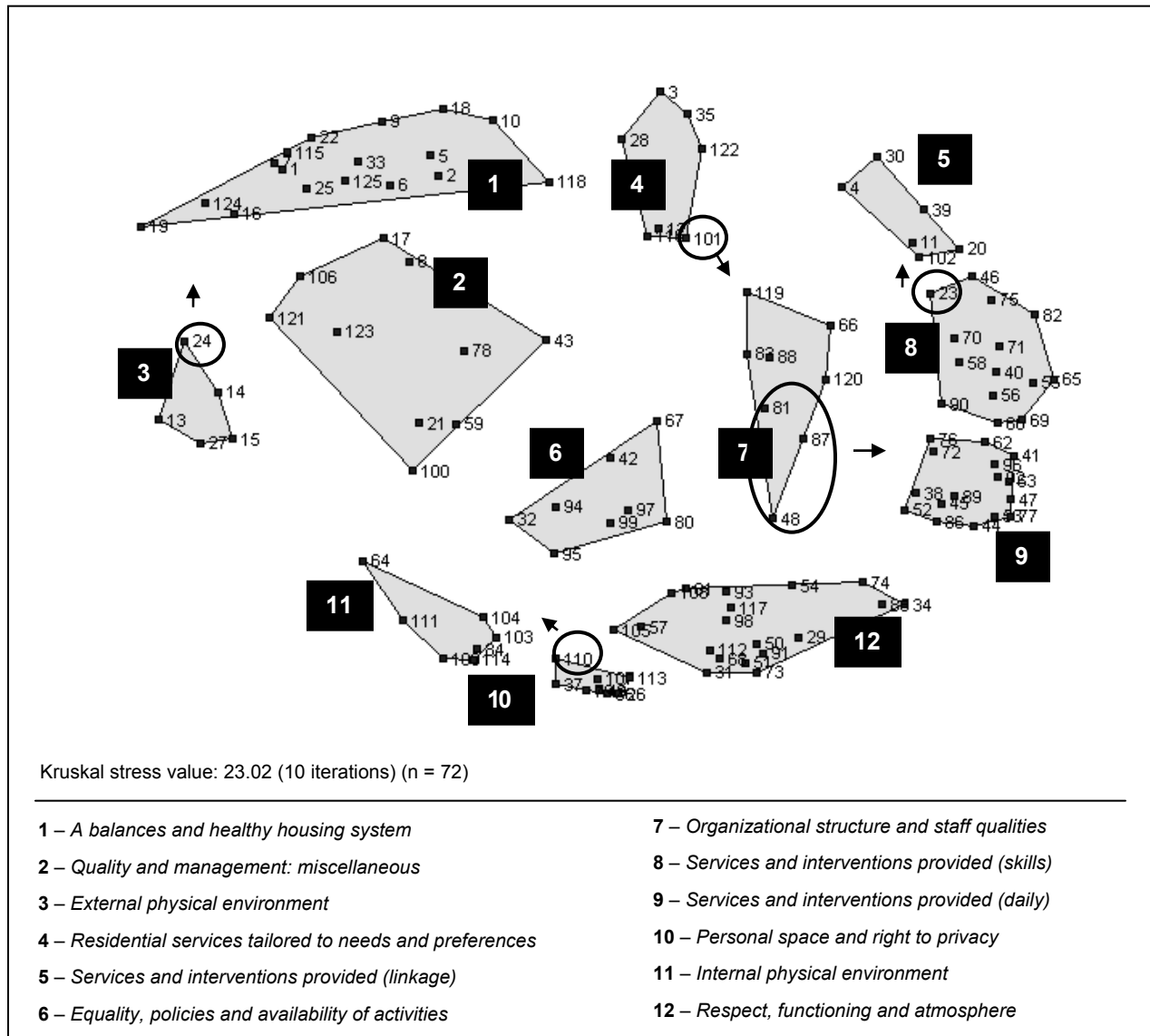
^b 140 statements (15 statements added in step 5 include statement n° 136)

^c n = 62 services users (completed the task)

Tables and figures

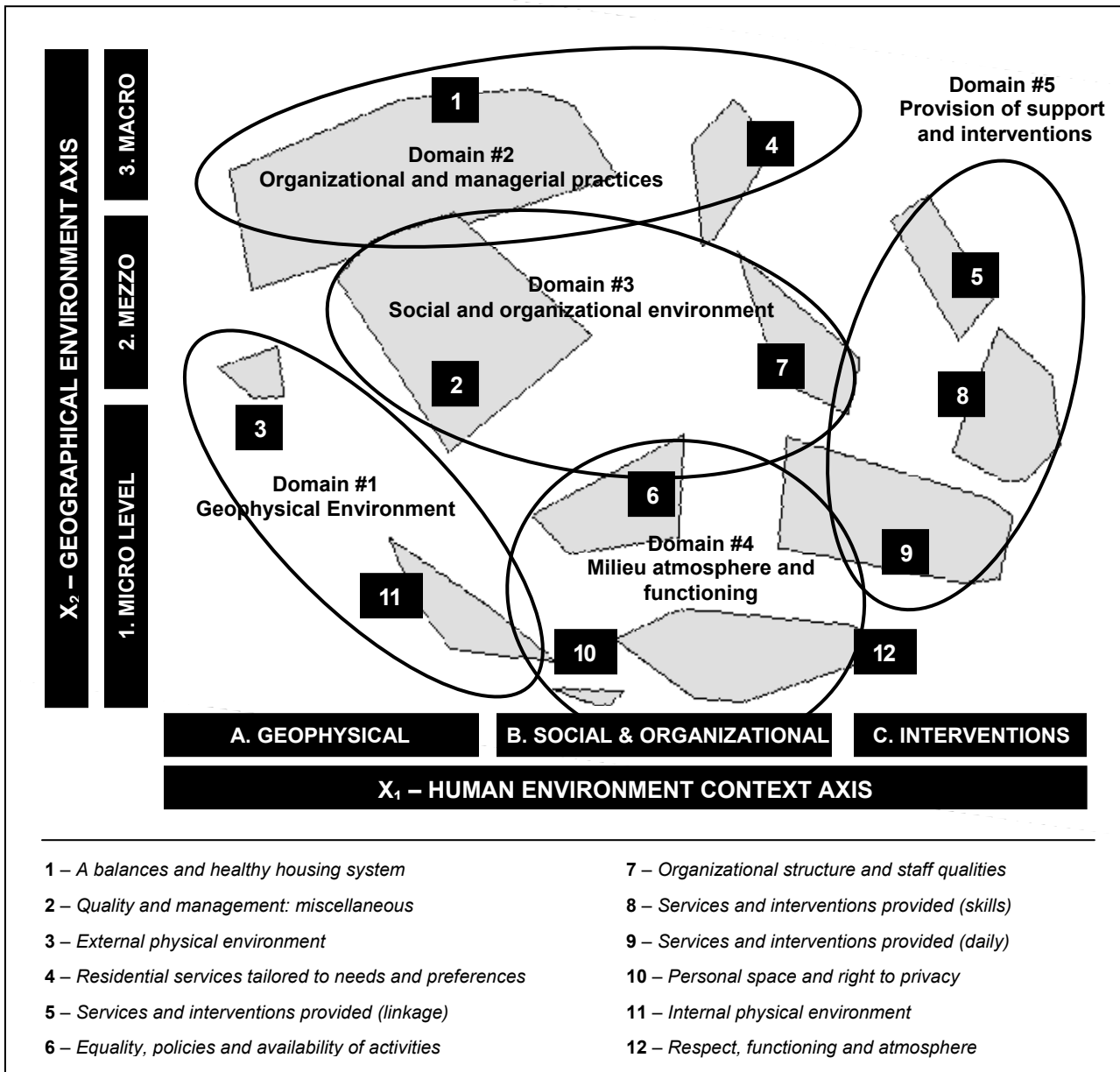
Figures

Figure 16. Computer-generated two-dimensional cluster map of the attributes of community-based residential facilities



The circles O represent the statements or the map areas that were modified to obtain the final map (Figure 17).
Number of statements = 125

Figure 17. Final concept map resulting from group interpretation



Number of statements = 140

5.3. Raffinement de la conceptualisation

Le cinquième et dernier manuscrit de la thèse explore plus en profondeur la conceptualisation en y adjoignant des considérations statistiques (structure latente).

Titre du manuscrit : *Measuring quality of care in community-based residential facilities for adults with severe mental illness: Housing attributes, dimensions and domains*

- **Auteurs :** Felx, A., Corbière, M. et Lesage, A.
- **Date de publication ou état de la publication :** En processus de soumission
- **Nom de la revue scientifique :** Journal of Psychiatric Research

Title

Measuring quality of care in community-based residential facilities for adults with severe mental illness: Housing attributes, dimensions and domains

Keywords

Severe mental illness; housing; community-based residential facilities; instruments; quality of care; principal component analysis

Authors

Amélie Felx

Montreal Mental Health University Institute and University of Montreal

Marc Corbière

Charles-Lemoyne Hospital Research Centre & University of Sherbrooke

Abstract

Objectives: The aim of the research is to use data from the field to further refine and corroborate the attributes, dimensions (components) and domains of housing and community-based residential facilities for adults with severe mental illness for descriptive and evaluative purposes.

Methods: Group concept mapping involving a diversified mix of stakeholders (n = 722) led to a conceptualization comprising 140 selected housing attributes and five preliminary conceptual domains. During the concept mapping process, 416 of the participants rated each of the attributes in terms of relative presence. Data from a subgroup of participants (n = 228) were used to conduct principal component analysis and refine both the conceptualization and attribute clusters.

Results: Refinement of the conceptualization led to the identification of four domains, 11 components and 81 attributes. The four domains were: 1) geophysical environment (two components); 2) milieu atmosphere and functioning (three components); 3) provision of services and support (three components); 4) organizational and managerial practices (three components). Cronbach's alpha coefficients for the components ranged from 0.600 to 0.933.

Conclusion: Attributes, components and domains were identified through stakeholder input and covered the spectrum of housing for adults with severe mental illness. A common set of operational criteria is required in order to systematically describe, compare and differentiate the range of housing and to gain a better understanding of variations in service outcomes.

1. Introduction

A multitude of studies (e.g. Segal and Aviram, 1978; Randolph et al., 1991; Lelliott et al., 1996; De Girolamo et al., 2002; Rog, 2004; Tedstone Doherty et al., 2007; Priebe et al., 2009) attest to a long-lasting interest in describing housing for adults with severe mental illness. Structural and procedural features in this regard have been described using a variety of methodologies, including naturalistic enquiries, in-vivo observations, census data, and both self- and observer-rated questionnaires. Nevertheless, despite decades of research in the field and the recognition of housing as a ubiquitous need, the conceptualization of housing remains ambiguous, ranging as it does from 24-hour highly staffed congregate facilities to apartments with no on-site support (De Girolamo et al., 2002; Rog and Randolph, 2002; Tabol et al., 2010; Siskind et al., 2013). Research still needs to identify and operationalize common attributes, dimensions and domains with which to describe these settings. The absence of such a set of operational criteria (or common instrument) limits our ability to compare research findings and our understanding of variations in individual and group outcomes (Rog et al., 2014).

In this context, a research project was undertaken to develop a new measurement instrument to this end. First, a variety of stakeholders (e.g. consumers, staff, and managers) was recruited to engage in group concept mapping in order to revisit the conceptualization of housing. However, the map (see Felx et al., 2013a) that ultimately emerged comprised some fuzzy areas that needed refinement. Consequently, a search of the literature from 1980 to 2013 was carried out to identify environmental evaluation instruments previously used in the sort of housing under study. Indeed, existing instruments offer valuable insight into potential attributes, dimensions and domains to consider. A search of the Psychological Instrument (OVID) database yielded very few instruments (psychiat* OR mental health OR mental illness AND environment* OR residential facilities OR housing OR supported housing OR residential).

Consequently, we sought instruments in articles on housing in the Medline, EmBase and PsycInfo databases and in the grey literature on Google. A literature review by Fakhoury et al. (2002) was also used to identify instruments.

Comprehensiveness (multi-domains) was considered a key element for identifying instruments as most of the existing conceptualizations have adopted a multidimensional and multilevel perspective (Hall et al., 1987; Moos, 1997; Kloos and Shah, 2009; Sylvestre et al., 2009). However, the search was broadened to include domain-specific instruments in order to cover all facets of housing. Instruments with a primary focus on housing choice, quality of life or satisfaction were excluded (e.g. Srebnik et al., 1995; Tsemberis et al., 2003).

The search produced more than two dozen instruments that fell into three categories: 1) multi-domain conceptualization; 2) multi-domain conceptualization based on norms/standards; and 3) domain specific. Table XV presents a brief outline of each instrument's domain(s), dimension(s) and format.

The instruments in the first category measure housing environments in a broad manner. The Residential Substance Abuse and Psychiatric Programs Inventory (RESPPI) is one of the many instruments developed by Moos and associates, which include the Multiphasic Environment Assessment Procedure (MEAP; Moos and Lemke, 1994) and the Sheltered Care Environment Scale (SCES; Lemke and Moos, 1987). The RESPPI integrates four tools, each measuring a domain: the Physical and Architectural Characteristics Inventory (PACI); the Policy and Services Characteristics Inventory (PASCI); the Residents and Staff Information Form (RESIF); and the Community Oriented Programs Environment Scale (COPES). The COPES is arguably the most widely used of these instruments. It has been adapted by several authors (e.g. Coulton et al., 1984; Segal et al., 1991; Brunt and Hansson, 2002). It is conceptually similar to the Ward Atmosphere Scale used to measure the "personality" of

psychiatric wards (Moos, 1997). A modified version of the COPES was recently developed in an attempt to further explore its dimensions and to reach a satisfactory and stable factor structure (Brunt and Rask, 2012). The Functional Assessment of Care Environment (ACE; Clifford and Wolfson, 1989) developed in the late 1980s stands out among the instruments presented in Table XV on account of its unique consideration for content of care and provision of services (Pilling and Watson, 1995). The more recent Housing Environment Survey (HES; Kloos and Shah, 2009) defines two environmental levels: dwelling and neighbourhood. In addition to seven scales, it comprises three inventories that assess housing demographics (e.g. number of rooms), housing costs, and residential satisfaction (20 items).

The second category contains multi-domain instruments as well. Ratings are based on values and principles relative to an ideal model (e.g. supported housing) or practice standards (e.g. normalization, recovery). The PASSING/PASS has been used in many countries in a variety of mental health and mental retardation programs (e.g. Hull and Thompson, 1981; Flynn et al., 1999; Aubry et al., 2013).

The instruments in the third category are domain specific. A first subgroup targets management practices in congregate settings. It includes the Hospital-Hostel Practices Profile (HHPP; Wykes, 1982) and its variants, such as the Environmental Index (EI), which adds a section on amenities (O'Driscoll and Leff, 1993), and a seven-dimension French version (Corbière et al., 2001). Two of the instruments are based on theories: the Management Practices Questionnaire (MPQ; Garety and Morris, 1984; Allen et al., 1989) and the Behavioral Setting Assessment (BSA; Perkins and Baker, 1991). A second subgroup of instruments targets day-to-day interactions in residential settings, including expressed emotions (e.g. Ball et al., 1992; Van Humbeeck et al., 2001). Most of these are based on direct observation or time sampling. The Time-Sample Behavioral Checklist (TSBC) and the

Staff-Resident Interaction Chronograph (SRIC; Paul et al., 1986) are among the most documented instruments. They partially capture also support and services provided, as do the Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB; Barrera and Ainlay, 1983; Goering et al., 1992a; Nelson et al., 1995) and some of the multi-domain instruments. A fourth subgroup of instruments derives in large part from the field of aging and measures the physical environment from a general (e.g. LUES) or very detailed perspective (e.g. TESS-RC).

The surprisingly large number of instruments confirms in a way the ambiguities and challenges involved in conceptualizing and operationalizing housing for adults with severe mental illness. In the course of our searches, it became apparent that the development process and the psychometric properties of some of the instruments were not readily accessible, if at all. Many instruments appear to have been developed on the basis of conceptually meaningful dimensions and a rational procedure (Flynn et al., 1999) rather than conceptual, empirical and statistical considerations. It emerged, also, that many instruments: 1) have been used across housing types; 2) coincide in large part in terms of salient domains and dimensions; 3) were developed over a decade ago and have been adapted or revised over the years (e.g. PASS/PASSING, HHPP, MEAP/RESPPI, TESS-RC, MPQ, OPS, ISSB, FQ). This reinforces the idea that it is possible to envisage using common domains and dimensions to describe housing regardless of type and that this could be done using a multi-faceted and long-lasting approach.

Therefore, using domains and attributes identified by multiple stakeholders via group concept mapping (Felx et al., 2013b) our purpose, then, was to further explore conceptually, empirically and statistically (principal component analyses) the attributes, dimensions (components) and domains that could serve to systematically measure today's spectrum of housing for adults with severe mental illness.

2. Methods

2.1. Overall procedure

Data were collected from February 2009 to September 2010. The aim of the project was to develop a conceptual model of housing and community-based residential facilities for adults with severe mental illness using a participatory approach. Findings were then to be applied to design a measurement instrument. Details of the procedure used have been reported elsewhere (Felx et al., 2013a; Felx et al., 2013b).

Group concept mapping (Kane and Trochim, 2007) was used to identify key housing attributes and to systematically conceptualize housing. As part of the process, 722 participants brainstormed, rated and sorted into categories housing attributes. These refer to procedural and structural features of housing and community-based residential facilities. Then, 416 of the participants rated 140 selected attributes in the course of 41 face-to-face two-hour group sessions. Each attribute was read by the facilitator and projected simultaneously onto a screen while participants were instructed to individually complete a rating form. Each attribute was rated on a five-point Likert scale on its relative presence (1 = never present to 5 = always present).

The research project was approved by the Ethics Review Boards of the participating regions. Informed written consent was obtained. Participants were offered a small honorarium for participating in the face-to-face group sessions.

2.2. Participants

Purposeful non-random sampling was used in the aim of gathering a mix of relevant viewpoints and lived experiences covering the entire spectrum of housing for adults with severe mental illness. Stakeholders who rated the attributes (concept mapping) came from various mental health settings and sectors (e.g. private, non-profit, and public) and five rural

and urban regions of Quebec, Canada. It should be noted that housing and community-based residential facilities in Quebec are mainly public with substantial subcontracting in the private and non-profit sectors. The sociodemographic characteristics of the participants are described in Table XVI.

2.3. Data analysis

Two-dimensional multidimensional scaling and hierarchical cluster analysis from the concept-mapping process led to the identification of five preliminary conceptual domains: (1) Geophysical environment (14 attributes); (2) Milieu atmosphere and functioning (36 attributes); (3) Provision of support and services (41 attributes); (4) Social and organizational environment (18 attributes); and (5) Organizational and managerial practices (31 attributes) (Felx et al., 2013a) Next, principal components analyses (PCA) were run using the PASW Statistics 18 software (SPSS Inc., 2009). Each of the five preliminary conceptual domains was subjected to a separate PCA on account of attributes heterogeneity. PCA was used to explore the clustering tendency of attributes and the possible factor structure. Thus the preliminary conceptualization was refined on the basis of real-world data, as each attribute was rated by the participants in terms of its relative presence (data-driven corroboration).

Prior to running the PCA, we examined the data for missing values, outliers and distribution (Tabachnick and Fidell, 2007). Consumers and family members were excluded from the analyses owing to missing data and multivariate outliers. Moreover, high sampling heterogeneity being an issue when conducting PCA (Pedhazur and Schmelkin, 1991), all the analyses were performed on data from Group 1 (Table XVI), that is, only the service providers ($n = 233$). Final results are reported on 228 participants due to missing data ($> 5\%$). The rare random missing values among these 228 participants were replaced by the attribute mean rating for the stakeholder subgroup (e.g. foster home caregiver). The sample size exceeded

the guidelines calling for a minimum of 100 participants for the purpose of factor analysis (Pedhazur and Schmelkin, 1991; Costello and Osborne, 2005).

The PCA were carried out using a VARIMAX extraction method (orthogonal rotation). The number of components to be extracted was decided based on meaningfulness of clusters, Eigen value (> 1), scree plot (break), and total explained variance ($> 50\%$) (Pedhazur and Schmelkin, 1991; Tabachnick and Fidell, 2007). Attributes (observed variables) were selected based on communalities greater than 0.3, positive saturation loadings greater than 0.4 (Comrey and Lee, 1992; Hogarty et al., 2005), and clinical pertinence. Once interpretability was achieved, the internal consistency of components was assessed via Cronbach's alpha coefficient.

3. Results

The PCA solutions for the preliminary conceptual domains Organizational and managerial practices and Social and organizational environment were not satisfactory (explained variance below 40%). Therefore, the two domains composed of heterogeneous attributes related to the social and organizational environment (see Felix et al., 2013a) were merged into one later named Organizational and managerial practices, bringing the number of domains to four. Tables XVII to XXI describe the four final PCA solutions (by domain).

Results showed that all correlation matrices were different from the identity matrix (Bartlett's test of sphericity, $p = .000$) and adequate for PCA as evidenced by the Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy ranging from .808 to .919 (Kaiser, 1974). The four PCA solutions accounted for 46.365% to 50.272% of the total explained variance, which was well in the vicinity of the 50% threshold. Each domain had two or three components for an overall total of 11 components. The Cronbach's alpha coefficients calculated for the components ranged from .600 to .933. Eight components had a Cronbach's alpha coefficient greater than

.700, indicating satisfactory internal consistency (DeVellis, 2012), two fell just shy of the threshold, and one (C11) composed of only four attributes had a coefficient of .600.

All together, the four PCA solutions retained 81 of the 140 attributes that emerged from the concept-mapping process (57.86%). Most of the attributes dropped were linked to domain 4 and described system-level attributes. Finally, some attributes did not load on any component but nevertheless appeared to be of clinical relevance (Tables XVII to XX).

Domain 1 – Geophysical environment (Table XVII)

The first domain comprised two components and 10 attributes: (C1) privacy and architectural features (7 variables) and (C2) localization and proximity to services (3 variables). The two components explained 49.14% of the total variance. Despite a low communality of .331 (Hogarty et al., 2005), attribute no. 117 (prosthetic aids) was retained even though it meant that the explained variance dropped just below the 50% threshold.

Dimension 2 – Milieu atmosphere and functioning (Table XVIII)

The final solution comprised three components and 27 attributes: (C3) interactions and peer-induced climate (16 variables), (C4) occupational lifestyle and participation (5 variables), and (C5) flexibility and involvement in decisions regarding the setting (6 variables). The three components explained 50.272% of the total variance and all had satisfactory Cronbach's alpha coefficients.

Domain 3 – Provision of support and services (Table XIX)

The final solution consisted of three components and 27 observed variables: (C6) support and interventions for personal development and skills building (14 variables), (C7) support and interventions targeting maintenance and quality of life (6 variables), and (C8) provision of services in partnership (7 variables). The total explained variance of 48.390% was slightly short of the fixed threshold because of the inclusion of two variables that contributed

poorly to the solution. Attributes no. 28 (family) and no. 32 (community) both had communality values less than .300 (C8).

Dimension 4 – Organizational and managerial practices (Table XX)

As mentioned above, the fourth domain was created by merging two of the preliminary domains yielded by the concept-mapping process. The resulting domain included 17 attributes (out of 59). The total variance explained (46.365%) was lower than for the other PCA. It consisted of three components: (C9) staff organizational practices in the dwelling (7 variables) (micro-level), (C10) support to the setting and local partnerships (6 variables) (mezzo level), and (C11) housing agency organizational practices (4 variables) (macro-level).

4. Discussion

4.1. Dimensions, domains and attributes

PCA retained four domains, 11 components and 81 attributes. Although a detailed discussion of each attribute and component (dimension) is beyond the scope of this paper, housing research has addressed the importance of most of these. The discussion will therefore focus on concordances and discordances between domains and dimensions (PCA), the instruments presented in Table XV, and the literature.

The Geophysical environment domain is measured by several of the instruments in Table XV. The two components retained by the PCA solution are not as detailed as the content of the TESS-RC, the PACI and the PEAP (e.g. noise, lighting, maintenance). However, the components each target one environmental level (dwelling and neighbourhood) and comprise attributes most of which have been documented in the literature, such as access to services, privacy (single room) and common areas (e.g. Baker and Douglas, 1990; McCarthy and Nelson, 1993; Timko, 1996; Johnson, 2001; Newman, 2001; Harkness et al., 2004; Sylvestre et al., 2007; Wright and Kloos, 2007; Newman and Goldman, 2008).

Two of the three components of the Milieu atmosphere and functioning domain, namely, interactions and peer-induced climate (C6) and flexibility and involvement in decisions regarding the setting (C8) can be measured using several instruments (e.g., RESPPI/COPES, FQ, ACE, PASSING, QuIRC, MPQ, HHPP, QIS, CFI, OPS). These two components relate to management practices (C8) and interactions (C6), both features of the psychosocial environment identified as key dimensions of the therapeutic and supportive environment (e.g. Garety and Morris, 1984; Fakhoury et al., 2002; Shepherd and Macpherson, 2011). It is interesting to note that, together, the attributes of the component interactions and peer-induced climate (C6) describe a setting characterized by humane and respectful interactions. Some staff interpersonal qualities are integrated in the component, which testifies to the crucial contribution made by staff to functioning and milieu atmosphere (Fakhoury et al., 2002). Finally, the component occupational lifestyle and participation (C7) is captured by dimensions of the RESPPI (e.g. availability of social recreational activities), the PASSING, the FQ, and the ACE. Some studies (e.g. Garety and Morris, 1984) have used time diaries to capture daily occupations. The component has also been considered as a proximal outcome by several studies (e.g. Kruzich, 1985; Kruzich and Kruzich, 1985; Nagy et al., 1988). This said, research has underscored the scarcity of activities and time spent doing nothing in community-based residential facilities (e.g. Champney and Dzurec, 1992; Krupa et al., 2003; De Girolamo et al. 2014).

The contents of the last two domains are not as well covered by the existing instruments or by the literature on consumer outcomes. The domain Provision of support and services covers care, which is known to vary widely across facilities (Shepherd et al., 1996; De Girolamo et al., 2002). This domain is addressed by the ACE and partially by the RESPPI (e.g. availability of health and treatment services, availability of daily-living assistance). The SCRI/TBSC and the ISSB, also, partially capture services through nature of interactions (e.g. tangible aid). The instruments of the second category (Table XV) all capture

services but through a different lens. For instance, the QuIRC Treatment and Interventions domain includes such attributes as availability of cognitive behavioural therapy, which lies some distance from daily services and support provided in residential facilities. Components C6 (support and interventions for personal development and skills building) and C7 (maintenance and quality of life) not only cover the range of services and support to be provided but also the different goals pursued by service provision. Interestingly, some studies found skills training to be linked to positive outcomes (Segal and Aviram, 1978; Kruzich and Kruzich, 1985; Goering et al., 1992b; De Girolamo et al., 2014) whereas Järbrink et al. (2001) found no simple relationship between level of care provided and improvement of basic living skills. The Provision of services in partnership component reflects service continuity and the role of multiple actors, including consumer, family and community. Effective social support has been identified as a key element for predicting residential facility discharge (De Girolamo et al., 2014). The attributes in this component are more akin to recovery and consumer-oriented services. Several of these attributes (e.g. housing choice) have been linked to housing satisfaction and tenure (e.g. Srebnik et al., 1995; Kirsh et al., 2009).

As for the Organizational practices domain it is by far the most complex in terms of environmental levels and heterogeneity. The component staff and organization practices (C9) is of particular interest, as it encompasses staff qualities, staff-resident ratio, and staff availability. Staff qualities (Nagy et al., 1988; Coleman and Paul, 2001; Fakhoury et al., 2002; Shepherd and Macpherson, 2011), level of supervision (Hodgins et al., 1990) and support availability (Kirsh et al., 2009) have all been identified as potential key attributes. The last two components are rarely considered in outcome studies despite possible mediating effects. These components place housing in a network of partners and recognize the potential impact of local service organizations on quality of care (Sylvestre et al., 2007; Shepherd and Macpherson, 2011). Good leadership and external management support are particularly important as sparse community-based facilities can become isolated and develop an

idiosyncratic style of practice (Shepherd and Macpherson, 2011). Consumer involvement (peer support) in service delivery (e.g. Besio and Mahler, 1993) and staff training with follow-ups, also, have been identified as key dimensions, though these aspects are rarely studied (Picardi et al., 2006; Sylvestre et al., 2007; Kirsh et al., 2009). Overall, the fourth domain appears to be covered only superficially by the instruments presented in Table XV.

One other discordance between the final conceptualization and the domains presented in Table XV is the absence of a resident profile domain. It should be pointed out that when the 140 attributes were selected from among the 1382 brainstormed statements, the research team removed most of the attributes that described consumer characteristics. The reasons for this were twofold: 1) the primary focus was on the environment and several attributes of the social environment were already captured by other dimensions (e.g. peer-induced climate); and 2) several brief or exhaustive validated instruments can be used to describe consumer profiles (e.g., HoNOS (Wing et al., 1998), MCAS (Dickerson et al., 2003), InterRAI (Martin et al., 2009)).

4.2. Limitations

Methodologically, because of missing data, we were unable to validate the factor structure with data from the service-user group (Table XVI). However, it need be reminded that the identification of attributes and of preliminary domains emerged from multiple stakeholders. The participants were selected following to a purposeful non-random strategy, which could have affected the clustering of attributes based on their relative presence. However, the strategy also allowed creating a highly fertile group process involving participants spanning the entire spectrum of housing for adults with severe mental illness.

Conceptually, the selection of 140 attributes by the research team influenced the final set of attributes and the components and domains identified by the concept-mapping

process and the PCA solutions. Some attributes (e.g. localization, neighbourhood safety, neighbourhood acceptance, facility size, room for visitors, use of sanctions) were rejected by the PCA solutions even though the literature review and existing instruments suggested they might be pertinent (e.g. Nagy et al., 1988; Newman, 2001; Wong and Solomon, 2002; Newman and Goldman, 2008; Kirsh et al., 2009).

At this stage in the development process of a new instrument and because the factor structure could not be validated, several attributes should be retained out of caution for further testing owing to their potential clinical relevance. Moreover, the format of the instrument under development may influence the final factor structure (Tables XVII to XX). The addition of a short inventory with clinically and managerially relevant items should also be considered (e.g. attributes no. 14 and no. 1). Moreover, residents profile should be measured using a separate valid instrument.

4.3. Implications for measuring the quality of residential care

The attributes, components and domains retained are believed to represent distinct and distinguishing aspects of housing and community-based residential facilities for adults with severe mental illness. Together they could provide a detailed profile of a facility or group of facilities at a given moment in time based on procedural and structural attributes (mostly processes). It should also be noted that the components and domains identified are not specific to this project, as evidenced in the literature and by existing instruments.

A common and comprehensive set of operational attributes could serve several purposes: 1) provide a basis on which to describe and compare the range of housing; 2) help gain a better understanding of service outcomes and variations in consumer outcomes and; 3) guide research and program evaluations regarding quality of care. Indeed, the attributes, components and domains comprised in the final conceptualisation can be viewed in terms of

key elements to measuring quality of care: amenities (domain 1), technical aspects (domains 3 and 4) and interpersonal aspects of care (domain 2) (Donabedian, 1988; Campbell et al., 2000). An individual and multidimensional approach to quality of care would then assess the relationships between those elements and needs: does a consumer get the care (defined by its elements) he or she needs? And further: does the care received by an individual maximise health and non-health related outcomes without increasing risks? In a context where our premise was that there is no single housing environment suitable for all (or not enough evidences yet to clearly demonstrate the attributes that are beneficial for different subgroups of consumers (Rog et al., 2014; De Girolamo et al., 2014)) quality measurement focus on individuals. Moreover, aggregated data could inform on *availability* of residential care at the local level ((comprehensive range) (Campbell et al., 2000)).

Although outcome assessment is clearly essential for the purpose of evaluating the different models and types of housing, it is crucial to gain a better understanding of what happens inside community-based residential facilities and of the host of attributes likely to exert a positive or negative influence on individual outcomes (health or non-health (e.g. satisfaction)) (Campbell et al., 2000). A comprehensive study of the effects of these attributes has yet to be undertaken, though various studies have addressed individual elements. As aptly mentioned by Segal and Sawyer (1996), one reason for inconsistent findings in the field is the interactions between the host of variables that need to be considered. Further research, including well-designed longitudinal studies based on a common multi-level multi-domain conceptualization, is necessary in order to advance our understanding of the attributes or components of housing and community-based residential facilities linked to variations in consumers (subgroups) outcomes and experience of care. Only then, perhaps, will we be able to use specific attributes or components as indicators of quality of residential care.

References

- Allen CI, Gillespie CR, Hall JN. A comparison of practices, attitudes and interactions in two established units for people with a psychiatric disability. *Psychological Medicine* 1989; 19: 459-67.
- Andrews G, Teesson M, Stewart G, Hoult J. Follow-up of community placement of the chronic mentally ill in New South Wales. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41: 184-8.
- Aubry T, Flynn RJ, Virley B, Neri J. Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychaitric disabilities? *Journal of Community Psychology* 2013; 41: 218-35.
- Baker F, Douglas C. Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons. *Community Mental Health Journal* 1990; 26: 497-505.
- Ball RA, Moore E, Kuipers L. Expressed emotion in community care staff. A comparison of patient outcome in a nine month follow-up of two hostels. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 27: 35-9.
- Barrera M, Ainlay SL. The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology* 1983; 11: 133-43.
- Besio SW, Mahler J. Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 44: 490-1.
- Brunt D, Hansson L. A comparison of the psychosocial environment of two types of residences for persons with severe mental illness: Small congregate community residences and psychiatric inpatient settings. *International Journal of Social Psychiatry* 2002; 48: 243-52.
- Brunt D, Rask M. A suggested revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPES) for measuring the psychosocial environment of supported housing facilities for persons with psychiatric disabilities. *Issues in Mental Health Nursing* 2012; 33: 24-31.
- Caton CL, Makiesky-Barrows S, Gutwirth L, Goldstein J, Serano O, Horowitz S. *The Community Care Schedule*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute, 1981.
- Champney TF, Dzurec LC. Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43: 899-903.

- Clifford P, Wolfson P. ACE: A Functional Assessment of Care Environments (unpublished manuscript). London, UK: Research and Development for Psychiatry, 1989.
- Coleman JC, Paul GL. Relationship between staffing ratios and effectiveness of inpatient psychiatric units. *Psychiatric Services* 2001; 52: 1374-79.
- Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc 1992.
- Corbière M, Lesage AD, Reinhartz D, Contandriopoulos AP. A French, abridged version of the Hospitals and Hostels Practices Profile Schedule. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2001; 10: 183-90.
- Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 2005; 10: 1-9.
- Coulton CJ, Holland TP, Fitch V. Person–environment congruence as a predictor of early rehospitalization from community care homes. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1984; 8: 24-37.
- De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 220-25.
- Dean R, Proudfoot R, Lindsay J. The Quality of Interactions Schedule (QUIS): Development, reliability and use in the evaluation of two domus units. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1993; 8: 819-26.
- DeVellis RF. Scale development: Theory and applications (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication, 2012.
- Dickerson FB, Origoni AE, Pater A, Friedman BK, Kordonski WM. An expanded version of the Multnomah Community Ability Scale: Anchors and interview probes for the assessment of adults with serious mental illness. *Community Mental Health Journal* 2003; 39: 131-7.
- Earls M, Nelson G. The relationship between long-term psychiatric clients' psychological well-being and their perceptions of housing and social support. *American Journal of Community Psychology* 1988; 16: 279-93.

- Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 301-15.
- Felix A, Kane M, Portaria M, Toudghi K, Corbière M, Lesage AD. Using concept mapping to redefine a conceptual model of housing and community-based residential settings for adults with severe mental illness (unpublished manuscript). In: Felix A editor, *Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: Développement d'un modèle et d'un instrument de mesure*. Montréal, QC: Thesis (Ph. D.) Université de Montréal 2013a. p. 149-69.
- Felix A, Rheault R, Toudghi K, Corbière M, Lesage AD. Components of housing and community-based residential facilities for adults with severe mental illness: stakeholder perspectives (unpublished manuscript). In: Felix A editor, *Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: Développement d'un modèle et d'un instrument de mesure*. Montréal, QC: Thesis (Ph. D.) Université de Montréal 2013b. p. 131-41.
- Flynn RJ, Guirguis M, Wolfensberger W, Cocks E. Cross-validated factor structures and factor-based subscales for PASS and PASSING. *Mental Retardation* 1999; 37: 281-96.
- Frisman L, Rodis E. Community Housing Program Scale (Unpublished instrument), 1999.
- Garety PA, Morris I. A new unit for long-stay psychiatric patients: Organization, attitudes and quality of care. *Psychological Medicine* 1984; 14: 183-92.
- Goering P, Durbin J, Foster R, Boyles S, Babiak T, Lancee B. Social networks of residents in supportive housing. *Community Mental Health Journal* 1992a; 28: 199-214.
- Goering P, Sylph J, Foster R, Boyles S, Babiak T. Supportive housing: A consumer evaluation study. *International Journal of Social Psychiatry* 1992b; 38: 107-19.
- Goldstein JM, Caton CL. The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine* 1983; 13: 193-9.
- Gralton E, Pearson S, Sutherland A, Donovan M, Lewis G. The environment psychiatric patients create for themselves the varying perceptions of professional staff. *Psychiatric Bulletin* 2001; 25: 134-7.
- Hall GB, Nelson G, Smith Fowler H. Housing for the chronically mentally disabled: Part 1 - conceptual framework and social context. *Canadian Journal of Community Mental Health* 1987; 6: 65-77.

- Harkness J, Newman SJ, Salkever D. The cost-effectiveness of independent housing for the chronically mentally ill: Do housing and neighborhood features matter? *Health Services Research* 2004; 39: 1341-60.
- Hodgins S, Cyr M, Gaston L. Impact of supervised apartments on the functioning of mentally disordered adults. *Community Mental Health Journal* 1990; 26: 507-16.
- Hogarty KY, Hines CV, Kromrey JD, Ferron JM, Mumford KR. The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: The influence of sample size, communality, and overdetermination. *Educational and Psychological Measurement* 2005; 65: 202-26.
- Hull JT, Thompson JC. Predicting adaptive functioning among mentally ill persons in community settings. *American Journal of Community Psychology* 1981; 9: 247-68.
- Järbrink K, Hallam A, Knapp M. Costs and outcomes management in supported housing. *Journal of Mental Health* 2001; 10: 99-108.
- Johansson M, Brunt D. The physical environment of purpose-built and non-purpose-built supported housing for persons with psychiatric disabilities in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing* 2012; 33: 223-35.
- Johnson LC. The community/privacy trade-off in supportive housing: consumer/survivor preferences. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2001; 20: 123-33.
- Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 1974; 39: 31-6.
- Kane M, Trochim WMK. *Concept Mapping for Planning and Evaluation*. Applied Social Research Methods Series (Volume 50). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2007.
- Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Schutzwahl M, et al. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): A measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 35.
- King RD, Raynes NV. An operational measure of inmate management in residential institutions. *Social Science & Medicine* 1968; 2: 41-53.
- Kirsh B, Gewurtz R, Bakewell R, Singer B, Badsha M, Giles N. *Critical characteristics of supported housing: Findings from the literature, residents and services providers*. Toronto, ON: Wellesley Institute, 2009.

- Kloos B, Shah S. A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology* 2009; 44: 316-26.
- Krupa T, McLean H, Eastabrook S, Bonham A, Baksh LA. Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *American Journal of Occupational Therapy* 2003; 57: 558-65.
- Kruzich JM. Community Integration of the Mentally Ill in residential Facilities. *American Journal of Community Psychology* 1985; 13: 553-64.
- Kruzich JM, Kruzich SJ. Milieu Factors Influencing Patients' Integration Into Community Residential Facilities. *Hospital and Community Psychiatry* 1985; 36: 378-82.
- Küller R. A semantic model for describing perceived environment. Stockholm, SE: Thesis (Ph. D.) Lund Institute of Technology - National Swedish Building Research, 1972.
- Küller R. Environmental assessment from a neuropsychological perspective. In: Gärling T, Evans GW editors, *Environment, cognition and action: An integrated approach*. New York, NY: Oxford University Press 1991. p. 111-47.
- Leff JP, Vaughn C. *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. New York, NY: Guilford Press, 1985.
- Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D. The mental health residential care study: Classification of facilities and description of residents. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 139-47.
- Lemke S, Moos RH. Measuring the social climate of congregate residences for older people: Sheltered Care Environment Scale. *Psychology and Aging* 1987; 2: 20-9.
- Levstek DA, Bond GR. Housing cost, quality, and satisfaction among formerly homeless persons with serious mental illness in two cities. *Innovations and Research* 1993; 2: 1-8.
- Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: A review. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10: 180-8.
- Magana AB, Goldstein JM, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IR. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research* 1986; 17: 203-12.

- Martin L, Hirdes JP, Morris JN, Montague P, Rabinowitz T, Fries BE. Validating the Mental Health Assessment Protocols (MHAPs) in the Resident Assessment Instrument Mental Health (RAI-MH). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009; 16: 646-53.
- McCarthy J, Nelson G. An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42: 1254-6.
- McCarthy J, Nelson G. An evaluation of supportive housing: Qualitative and quantitative perspectives. *Canadian Journal of Community Mental Health* 1993; 12: 157-75.
- Moore B, Grant GWB. Nurse expectations for accomplishment of mentally retarded patients. *American Journal of Mental Deficiency* 1976; 80: 644-9.
- Moos RH, Lemke S. *Group residences for older adults: Physical features, policies, and social climate.* New York, NY: Oxford University Press, 1994.
- Moos RH. *Evaluating treatment environments: The quality of psychiatric and substance abuse programs (2nd ed.).* New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1997.
- Nagy MP, Fisher GA, Tessler RC. Effects of facility characteristics on the social adjustment of mentally ill residents of board-and-care homes. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 1281-6.
- Nelson G, Wiltshire C, Hall GB, Peirson L, Walsh-Bowers R. Psychiatric consumer/survivors' quality of life: Quantitative and qualitative perspectives. *Journal of Community Psychology* 1995; 23: 216-33.
- Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. Predictors of the adaptation of people with psychiatric disabilities in group homes, supportive apartments, and board-and-care homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1999; 22: 381-9.
- Nelson G, Sylvestre J, Aubry T, George L, Trainor J. Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2007; 34: 89-100.
- Newman SJ. The housing and neighborhood conditions of persons with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45: 338-43.

- Newman SJ. Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric Services* 2001; 52: 1309-17.
- Newman SJ, Goldman H. Putting housing first, making housing last: Housing policy for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 1242-8.
- Norris-Baker C, Weisman GD, Lawton MP, Sloane PD, Kaup M. Assessing special care units for dementia. In: Steinfeld E, Scott Danford G editors, *Enabling Environments: Measuring the Impact of Environment on Disability and Rehabilitation*. New York, NY: Springer Science+Business Media 1999. p. 165-81.
- O'Driscoll C, Leff J. The TAPS Project. VIII: Design of the research study on the long-stay patients. *British journal of psychiatry. Supplement* 1993; 162: 18-24.
- Paul GL, Mariotto MJ, Redfield JP, Licht MH, Power CT. Part 1: Assessment in residential treatment settings: Principles and methods to support cost-effective quality operations. Champaign, IL: Research Press, 1986.
- Pedersen DM. Dimensions of environmental perception. *Multivariate Experimental Clinical Research* 1978; 3: 209-18.
- Pedhazur EJ, Schmelkin LP. *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc, 1991.
- Perkins DV, Baker F. A behavior setting assessment for community programs and residences. *Community Mental Health Journal* 1991; 27: 313-25.
- Picardi A, De Girolamo G, Santone G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, et al. The environment and staff of residential facilities: findings from the Italian 'progres' national survey. *Community Mental Health Journal* 2006; 42: 263-79.
- Pilling D, Watson G. *Evaluating quality in services for disabled and older people*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, 1995.
- Priebe S, Saidi M, Want A, Mangalore R, Knapp M. Housing services for people with mental disorders in England: Patient characteristics, care provision and costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009; 44: 805-14.

- Randolph FL, Ridgway P, Carling PJ. Residential programs for persons with severe mental illness: A nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42: 1111-5.
- Richardson JR. Planning for ambulatory care. *Hospital Administration in Canada* 1977; 19: 28, 30-1.
- Rog DJ, Randolph FL. A multisite evaluation of supported housing: Lessons learned from cross-site collaboration. *New Directions for Evaluation* 2002; 2002: 61-72.
- Rog DJ. The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27: 334-44.
- SAMHSA. Permanent Supportive Housing: Evaluating Your Program (HHS Pub. No. SMA-10-4509). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2010.
- Segal SP, Aviram U. The mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration. New York, NY: Wiley, 1978.
- Segal SP, Everett-Dille L, Moyles EW. Congruent perceptions in the evaluation of community-care facilities. *Journal of Community Psychology* 1979; 7: 60-8.
- Segal SP, Kotler PL, Holschuh J. Attitudes of sheltered care residents toward others with mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42: 1138-43.
- Segal SP, Sawyer D. Sheltered care facility size and the social integration of mentally ill adults. *Adult Residential Care Journal* 1996; 10: 75-87.
- Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M. Residential care in hospital and in the community--quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 448-56.
- Shepherd G, Macpherson R. Residential care. In: Thornicroft G, Szukler G, Mueser KT, Drake RE editors, *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York, NY: Oxford University Press 2011. p. 178-87.
- Siskind D, Harris M, Pirkis J, Whiteford H. A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2013; 48: 876-94.

- Sloane PD, Zimmerman S, Walsh JF. Chapter 8: The Physical Environment. In: Zimmerman S, Sloane PD, Eckert JK editors, *Assisted living: Needs, practices, and policies in residential care for the elderly*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press 2001. p. 173-97.
- Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Liberman RP. Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45: 1141-3.
- SPSS Inc. PASW Statistics 18 (formerly SPSS Statistics). Chicago, IL: Statistical Package for the Social Sciences Inc., 2009.
- Srebnik D, Livingston J, Gordon L, King D. Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal* 1995; 31: 139-52.
- Stillman L. Site level influences on activity patterns among supported housing tenants. Columbia, SC: Thesis (Ph. D.) University of South Carolina, 2007.
- Sylvestre J, Ollenberg M, Trainor J. A participatory benchmarking strategy for describing and improving supportive housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2007; 31: 115-24.
- Sylvestre J, Ollenberg M, Trainor J. A model of housing stability for people with serious mental illness. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2009; 28: 195-207.
- Tabachnick B, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Boston, MA: Pearson, 2007.
- Tabol C, Drebing C, Rosenheck R. Studies of "supported" and "supportive" housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning* 2010; 33: 446-56.
- Tedstone Doherty D, Walsh D, Moran R. *Happy Living Here...A Survey and Evaluation of Community Residential Mental Health Services in Ireland*. Dublin, IE: Health Research Board - Mental Health Commission, 2007.
- Timko C. *Residential Substance Abuse and Psychiatric Programs Inventory (RESPPPI) : Handbook for users*. Palo Alto, CA: Center for Health Care Evaluation, VA HSR&D Field Program, Department of Veterans Affairs Medical Center, 1994.
- Timko C. Policies and services in residential substance abuse programs: Comparisons with psychiatric programs. *Journal of Substance Abuse* 1995; 7: 43-59.
- Timko C. Physical characteristics of residential psychiatric and substance abuse programs:

- Organizational determinants and patients outcomes. *American Journal of Community psychology* 1996; 24: 173-92.
- Toro PA, Passero Rabideau JM, Bellavia CW, Daeschler CV, Wall DD, Thomas DM, et al. Evaluating an intervention for homeless persons: results of a field experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 476-84.
- Tsemberis S, Rogers ES, Rodis E, Dushuttle P, Skryha V. Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology* 2003; 31: 581-90.
- Van Humbeeck G, Van Audenhove C, Pieters G, De Hert M, Storms G, Vertommen H, et al. Expressed emotion in staff-patient relationships: the professionals' and residents' perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 486-92.
- Wing JK, Brown GW. *Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960-1968*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1970.
- Wing JK. *Health Services Planning and Research. Contributions from Psychiatric Case Registers*. London, UK: Gaskell, 1989.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172: 11-8.
- Wolfensberger W, Nirje B. *The principle of normalization in human services*. Toronto, ON: National Institute on Mental Retardation, 1972.
- Wolfensberger W, Glenn L. *Program analysis of service systems (PASS): A method for the quantitative evaluation of human services, Handbook*. Toronto, ON: National Institute on Mental Retardation, 1975.
- Wong YL, Solomon PL. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research* 2002; 4: 13-28.
- Wright PA, Kloos B. Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology* 2007; 27: 79-89.
- Wykes T. A hostel-ward for 'new' long-stay patients: an evaluative study of 'a ward in a house'. *Psychological Medicine. Monograph supplement* 1982; 2: 57-97.

Table XV. Instruments used to measure attributes of housing for adults with mental illness

Instrument, Authors, Year (Country)	Housing	Domains (number of dimensions)	Examples of dimensions or content	Items	Comments
CATEGORY 1 – BROAD CONCEPTUALIZATION OF ENVIRONMENTS (MULTI-DOMAINS)					
RESPPI <i>Residential Substance Abuse and Psychiatric Program Inventory</i> Timko, 1994; 1995 (USA)	Residential	Physical environment (10)	community accessibility; prosthetic aids; staff facilities; available space	117	Scales: dichotomous
		Programs	Organizational/Services (10)	expectations for functioning; acceptance of problem behaviours; privacy; daily-living assistance; health and treatment services; social and recreational activities	140
	Social climate/ Psychosocial environment (10)		involvement; autonomy; control; support; spontaneity	100	
	Residents profile (7)	length of stay; social resources; mental functioning; activities in program/community	95		
ACE <i>Functional Assessment of Care Environment</i> Clifford and Wolfson, 1989 (UK)	Residential	Provision of services (6) (including physical environment)	physical environment; mental health treatment; personal care and ADL; social care (e.g., housing benefits)	36	Scales: 3 or 5-point Likert Scales Respondent: Interviewer
Style of provision/ Psychosocial environment		regulation; social distance; flexibility; critique; expectations regarding sense of community	11	The ACE takes the format of an interview with a manager or staff of a facility. It also includes observations.	
Residents profile		activities; behavioural disturbances; age	10		
HES <i>Housing Environment Survey</i> Kloos and Shah, 2009 (USA)	Supported housing	Physical environment (2)	quality dwelling; quality neighbourhood	20	Scales: five-point Likert scale
		Social environment (2)	neighbourhood social climate; housing safety	18	Respondent: staff or consumer
	Apartment	Interpersonal relationships (3)	neighbours; roommates; landlords	19	Information on items, development and psychometric properties is partially available in the literature. The quality of neighbourhood scale is based on Newman (1994).
HCQSS <i>Housing Cost, Quality & Satisfaction Survey</i> Levstek and Bond, 1993 (USA)	Supported housing	Physical environment Social environment (5)	client choice; quality of residence; global quality of residence; housing satisfaction; quality of neighbourhood	91	Scales: four or five-point Likert scale or dichotomous Respondent: interviewer and consumer Most items are self-evident (e.g., street litter).

FQ Facility Questionnaire Tedstone Doherty et al., 2007 (IE)	Supported housing Residential	Resident profile Physical environment Psychosocial environment Organizational/Services (13)	size; age; gender; employment; diagnosis access to services; building features; rules; meals; staff; meetings; system files; evaluation process; activities offered	130^a	Scales: mix of question formats Respondent: head staff (nursing officer) Broad. The FQ is adapted from De Girolamo et al. (2002), which is based on Lelliott et al. (1996).
CCS Community Care Schedule Goldstein and Caton, 1983	All	Physical environment Psychosocial environment	housing conditions; overcrowding interactions; social support; interpersonal stress in household (conflicts)	U^b	Scale: four-point Likert scale Respondent: consumer (longitudinal use) Developed by Caton et al. (1981).
ERS Environmental Rating Scale Gralton et al., 2001	Residential	Physical environment Psychosocial environment	Dirty/clean; Irrational/rational; depressing/stimulating; (un)pleasant; (un)interesting	5	Scale: seven-point scale (bipolar adjective) Respondent: staff Adapted from Pedersen (1978); 20 items.
CATEGORY 2 – CONCEPTUALIZATION BASED ON NORMS/STANDARDS (MULTI-DOMAINS)					
SAMHSA Supportive Housing Fidelity Scale Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010 (USA)	Supported housing	Physical environment (2) Organizational/Services (4)	affordable, safe and decent; integration choice of housing; separation of housing and services; access to housing; flexible services; right to tenancy	24	Scale: four-point Likert scale Respondent: staff, consumer and/or manager Based on key dimensions of permanent supported housing. Used to determine how a program measures up against an ideal model.
PASSING (PASS) Program Analysis of Services System Implementation of Normalization Goals Wolfensberger and Glenn, 1975	All Programs	Physical environment Organizational/Services Psychosocial environment/ Relationships Activities and use of time	two aspects: image enhancement; personal competency enhancement proximity; access; building neighbourhood harmony; age- and culture-appropriate activities; age-appropriate autonomy	42 (50)	Scale: five-point Likert scale Respondent: observer/interviewer The PASS is based on Wolfensberger and Nirje (1972) normalization theory. The PASSING focuses on social role valorization. Used in many countries.
QuiRC Quality Indicator for Rehabilitative Care Killaspy et al., 2011 (EU)	Inpatient Residential *Long term	Physical environment Organizational/Services (7)	living environment; social interface; self- management; therapeutic environment; human rights; treatment and interventions (e.g., seclusion); recovery-based practices	168	Scale: mix of question formats Respondent: facility manager International toolkit designed to measure quality (recovery), developed with various stakeholders from 10 European countries using a Delphi process. Well- documented.
CATEGORY 3 – DOMAIN-SPECIFIC INSTRUMENT (PSYCHOSOCIAL ENVIRONMENT, INTERACTIONS, PHYSICAL ENVIRONMENT)					

HHPP <i>Hospital-Hostel Practices Profile</i> Wykes, 1982 (UK)	Residential	Psychosocial environment/ Management practices (6)	health and hygiene; activities; meals; possessions; rooms; services	55	Scale: dichotomous Several versions (e.g. Andrews et al., 1990; O'Driscoll and Leff., 1993; Corbière et al., 2001). Adapted from Wing and Brown (1970).
MPQ <i>Management Practices Questionnaire</i> Garety and Morris, 1984 (UK)	Inpatient Residential	Psychosocial environment/ Management practices (4)	rigidity of routine; block treatment; social distance between residents and staff; depersonalization/lack of privacy	28	Scale: three-point Likert scale Respondent: observer Based on King and Raynes (1968) (16-item version) and Richardson (1977).
CHPS <i>Community Housing Program Scale</i> Frisman and Rodis, 1999 (USA)	Supported housing	Psychosocial environment/ Management practices (3)	freedom; privacy; choice	23	Scale: five-point Likert scale Respondent: consumer Based on supported-housing values. Used by Stillman (2007).
HPI <i>Home Practice Index</i> Shepherd et al., 1996 (UK)	Residential	Psychosocial environment/ Management practices	use of bedrooms; own key to bedroom; key to front door; curfew; meal times; activities	25	Scale: dichotomous Respondent: staff or facility manager Adapted from the HHPP and the MPQ.
BSA <i>Behavior Setting Assessment</i> Perkins and Baker, 1991	Residential	Psychosocial environment (4 parts)	examine: settings, objects and behaviour settings can be differentiated in terms of: self-care; food preparation, sale and consumption; solitary or group activities	-	Scale: dichotomous Respondent: observer The BSA is based on Barker's behaviour setting theory). The BSA examines person-environment interactions and behavioural demands and tolerance.
No name Nelson et al., 2007 (Canada)	Supported housing Residential	Psychosocial environment/ Control over professional support	e.g., control over how often they (staff) come to help and work with you	3	Scale: four-point scale Respondent: consumer
No name Segal and Sawyer, 1996 (USA)	Residential	Psychosocial environment/ Restrictiveness	measures actions and behaviours based on encouraged/discouraged (e.g., keeping a pet, leaving the budging)	19	Scale: Respondent: unit manager Derived from Moores and Grants (1976).
OPS <i>Optimism-Pessimism Scale</i> Garety and Morris, 1984 (UK)	Residential Programs	Psychosocial environment/ Interactions	potential of changing challenging behaviours	3	Scale: seven-point Likert scale Respondent: staff member Adapted from Moores and Grants (1976).
DOS <i>Direct Observation Schedule</i> Garety and Morris, 1984 (UK)	Residential	Psychosocial environment/ Interactions Services	verbal interactions with residents and colleagues: type; content and quality uses observation period (30 sec.)	-	Scale: time-sampling (number of observations) Respondent: observer

CFI <i>Camberwell Family Interview</i> Snyder et al., 1994	Residential Family	Psychosocial environment/ Interactions	measures expressed emotions: criticism; emotional over involvement; warmth; positive remarks	-	Scale: number of critical comments during a semi-structured interview with staff Adapted from Leff and Vaughan (1985).
FMSS <i>Five-Minute Speech Sample</i> Magana et al., 1985	Residential	Psychosocial environment/ Interactions	five minutes audio-taped description of patient by staff or operator	-	Respondent: staff or operator Used in combination with the CFI.
QIS <i>Quality of Interaction Schedule</i> Dean et al., 1993	Residential	Psychosocial environment/ Interactions Partially services ^d	measures number & quality of interactions between residents and others: positive social; positive care; negative restrictive; negative protective; neutral	-	Scale: time-sampling (15 minutes observation periods throughout the day) Respondent: Observer
TBSC/SCRI <i>Time behavior sampling Staff-resident interaction chronograph</i> Paul et al., 1986 (USA)	Inpatient Residential	Psychosocial environment / Interactions Services ^d	measures amount, nature, content and distribution of verbal and non-verbal interactions intensive coverage of how client/staff spend time	-	Scale: time-sampling Respondent: observer (full-time and non-interactive)
ISSB <i>Inventory of Socially Supportive Behaviours</i> Barrera and Ainlay, 1983	All	Psychosocial environment/ Interactions Services ^d	guidance (advice); positive feedback; physical assistance (tangible aid); social participation; material aid	11	Scale: five-point Likert scale (frequency of support) Respondent: consumer Used and adapted in McCarthy and Nelson, 1991; Goering et al., 1992a; McCarthy and Nelson, 1993; Nelson et al., 1995).
No name Johansson and Brunt, 2012 (SE)	Supported housing Residential	Physical environment (8) Private area Outdoor/indoor common area	quality of architecture; traffic; perceived security; accessibility; spatial structure; greenery, outdoor climate	110	Scale: four-point Likert scale Respondent: Observer/expert Based on the RESPPI physical and architectural characteristics inventory scale.
TESS-RC <i>Therapeutic Environment Screening Survey – RC</i> Sloane et al., 2001 (USA)	Nursing homes Residential	Physical environment	exit control; noise; familiarity/homelikeness; cleanliness; privacy; outdoor access; autonomy; visual/tactile stimulation; space/seating	84	Scale: discrete items and one global scale Respondent: observer Several versions with different numbers of items.
PEAP <i>Professional Environmental Assessment Protocol</i>	Nursing homes	Physical environment Organizational environment (9)	awareness and orientation; safety; privacy; regulation and quality of stimulation; support of self-care; control; continuity of self; facilitation of social		Scale: 13-point Likert scale and qualitative Respondent: observer and staff

Norris-Baker et al., 1999 (USA)			contact		Well-documented and designed to supplement the TESS-NH.
LUES <i>Living Unit Environmental Schedule</i> Wing, 1989 (UK)	All	Physical environment	cleanliness; size; suitability for person with disability	12	Scale: dichotomous Respondent: Observer Used by Järbrink et al. (2001).
SED <i>Semantic Environment Description</i> Kuller, 1972, 1991 (SE)	All	Physical environment (8)	pleasantness; complexity; unity; affection; enclosedness; potency; social status; originality	36	Scale: seven-point Likert scale Respondent: consumer
No name Toro et al., 1997 (USA)	All	Physical environment	measures housing quality: comfort; safety; privacy; spaciousness; friendliness; overall quality	6	Scale: seven-point Likert scale Respondent: consumer Drawn from the Housing, Income and Services Timeline (HIST). Used by Nelson et al. (1999).
Housing Concerns Earls and Nelson, 1988	All	Physical environment	odour; noise; lighting; condition of walls and floors; furniture; cleanliness	17	Scale: dichotomous Respondent: consumer Derived from the MEAP (RESPPI).

^a Names of domains were modified to avoid multiplication of terms. For domain-specific instruments or if number of dimensions () is unspecified, content includes items.

^b Information unavailable in literature. Dash in column indicates items could be counted on account of instrument format.

^c Counted by the first author (A. F.).

^d Items in the instrument are believed to cover in part the domain "services", which includes support (e.g., tangible aid).

Tableau XVI. Description of Participants Involved in Rating Housing Attributes (Relative Presence)

	Number of participants	Sociodemographic characteristics		
	n (%)	Age ^b	Male ^c	Years (sd) ^d
Group 1 – Service providers	233 (56.00)			
Staff working in various residential facilities	96 (23.07)	46-50	29.2	12.94 (9.35)
Foster home (caregivers)	24	51-55	25.0	15.35 (8.04)
Group residence, supervised apartment, room and board, hostel (staff or unit managers)	72	41-45	30.6	12.12 (9.66)
Mental health workers (including peer support workers)	58 (13.94)	41-45	30.0	15.80 (11.42)
Professionals overseeing residential facilities	37 (8.89)	51-55	16.2	17.47 (11.07)
Others (e.g., academics, administrative staff)	8 (1.92)	51-55	50.0	16.75 (10.79)
Managers and administrators	34 (8.17)	51-55	50.0	16.75 (10.79)
Group 2 – Service users	183 (43.99)			
Consumers living in various settings	172 (41.35)	51-55	50.6	15.85 (12.32)
Foster home	30	51-55	63.3	21.87 (11.76)
Independent living or supervised apartment	39	46-50	35.9	15.05 (11.97)
Group residence, room and board, hostel	96	46-50	51.0	14.52 (11.42)
Other (e.g., family)	7	26-30	71.43	12.86 (21.86)
Family members	11 (2.64)	61-65	9.1	20.72 (13.50)
TOTAL	416			

^b Values are medians age bracket (ordinal scale).

^c Values are percentages of total group.

^d Values are means (number of years working in the mental health field or using services) and standard deviation.

Tableau XVII. Geo-physical environment (domain 1): PCA solution (n = 228)

COMPONENTS AND OBSERVED VARIABLES	Saturation loadings ^a	
	C1	C2
n° Attribute (item) description ^b		
Localization and Proximity to community services (external environment) (3 attributes; $\alpha = 0.684$)		
16 <i>Have easy access to resources and services (e.g., grocery store, bank within walking distance)</i>	0.812	
15 <i>Have access to green spaces and parks</i>	0.755	
17 <i>Have easy access to transportation (e.g., underground, bus)</i>	0.717	
Privacy and architectural features (internal environment) (7 attributes; $\alpha = 0.760$)		
91 <i>Have a single bedroom (unless one wants to share)</i>		0.700
119 <i>Have a bedroom large enough for a desk or a workspace</i>		0.635
122 <i>Live in an attractive, comfortable and clean environment</i>	0.425	0.575
123 <i>Have common areas in the building or facility (e.g., kitchen, living room)</i>		0.569
117 <i>Adapt the physical environment so an elderly person can stay longer (access and safety features)</i>		0.575
125 <i>Have access to a telephone in a private place</i>		0.686
31 <i>Choose decoration and color in one's bedroom</i>	0.453	0.476
Eigen values	2.290	2.624
Variance after rotation (VARIMAX) (%)	22.900	26.238

^a Saturation loadings below 0.4 are not reported

^b Potential relevant attributes (dropped items): *Have access to a room for visitors* (n° 113); *Have access to a smoking area/room* (n° 121); *Have residential facilities located in various areas (e.g., city, country)* (n° 139); *Have a safe and secure neighborhood (e.g., low crime and drug)* (n° 14); *Have access to Internet (computer) in the dwelling* (n° 114).

Tableau XIII. Milieu atmosphere and functioning (domain 2): PCA solution (n = 228)

COMPONENTS AND OBSERVED VARIABLES		Saturation loadings ^a		
		C3	C4	C5
n ^o	Attribute (item) description ^b			
Interactions and peer induced climate (staff^c & consumers in the dwelling) (16 attributes; $\alpha = 0.933$)				
124	<i>Live in a warm, humane setting</i>	0.819		
56	<i>Create a setting where person feels respected (e.g., civility)</i>	0.781		
74	<i>Celebrate birthdays (cakes) and holidays with other residents and staff</i>	0.743		
64	<i>Have staff who are trustworthy</i>	0.729		
36	<i>Have staff and consumers knock on the door before they enter one's room/apartment</i>	0.703		
73	<i>Have staff who take the time to listen to consumers</i>	0.697		
120	<i>Have staff who use a respectful (not infantilizing) language</i>	0.681		
62	<i>Feel loved (well liked) by residents and staff</i>	0.681		
107	<i>Ensure equality between staff and consumers (what is good for one is good enough for the other)</i>	0.673		
47	<i>Have devoted and kind staff</i>	0.637		
99	<i>Respect each person religious or spiritual beliefs</i>	0.608		
106	<i>Have a group life in the dwelling which allow the person to socialize and have relationships</i>	0.597		
55	<i>Have shared meals (congregate living)</i>	0.584		
115	<i>Have basic rules: respect each other and remind residents that some things are not pleasant</i>	0.582		
82	<i>Have staff who avoid to give orders: ask the person what she or he thinks, suggest</i>	0.504		0.416
39	<i>Have consumers/residents participate in house chores</i>	0.474	0.439	
Occupational lifestyle and participation (5 attributes; $\alpha = 0.710$)				
80	<i>Allow residents to participate to meal preparations</i>		0.675	
103	<i>Have activities/material that will encourage consumers to do physical exercises on a daily basis</i>		0.667	
87	<i>Have activities and workshops inside the setting (e.g., cooking class, art)</i>		0.565	
59	<i>Have access to the equipment required to learn/perform daily living skills (e.g., oven, washing machine)</i>		0.550	
102	<i>Have activities outside the setting with other residents (e.g., movies, restaurant, educative outings)</i>		0.542	
Flexibility and involvement in decision about the setting (6 attributes; $\alpha = 0.717$)				
37	<i>Have a residents committee in each facility with an executive power to change things</i>			0.710
52	<i>Be allowed to manage you own cigarettes</i>			0.648
54	<i>Be allowed to have sexual relationships or love relationships inside the setting</i>			0.638
48	<i>Have a welcoming package with information on the setting, the community, rights, etc.</i>			0.623
38	<i>Have flexible and tolerant criteria (e.g., be allowed to drink alcohol)</i>			0.494
79	<i>Have rules that are decided by residents</i>			0.469
Eigen values		7.418	3.134	3.02
Variance after rotation (VARIMAX) (%)		27.476	11.607	11.189

^a Saturation loadings below 0.4 are not reported

^b Potential relevant attributes (dropped items): *Have consumers decide on the menus* (n^o 34); *Have clear sanctions that are adapted to situations* (n^o 105).

Tableau XIX. Provision of support and services (domain 3): PCA solution (n = 228)

COMPONENTS AND OBSERVED VARIABLES		Saturation loadings ^a		
		C6	C7	C8
n ^o	Attribute (item) description ^b			
Support and interventions for personal development and skills building (14 attributes; $\alpha = 0.927$)				
68	<i>Use an approach that focuses on consumer strengths and capacities</i>	0.840		
67	<i>Support/teach the person how to express feelings, frustration, anger and opinions</i>	0.817		
77	<i>Provide information on recovery</i>	0.755		
84	<i>Do things with the person instead of doing it for the person (e.g., meals preparation, laundry)</i>	0.751		
46	<i>Teach/show the person the consequences or his or her decisions and actions</i>	0.723		
76	<i>Provide information on citizenship and rights</i>	0.698		
98	<i>Support/help the person to go through difficult or stressful events</i>	0.672		
97	<i>Encourage frequent contacts with friends and family</i>	0.664		
81	<i>Support/help the person to better understand and better live with mental illness</i>	0.654		
134	<i>Provide support and appropriate interventions when there is a crisis or interpersonal conflicts</i>	0.639		
75	<i>Assist/teach person how to budget and make it through the month</i>	0.638		
45	<i>Provide accompaniment to explore and discover community resources</i>	0.636		
63	<i>Provide support so that the person finds meaningful activities (e.g., work)</i>	0.600		
49	<i>Supervise daily domestic activities (e.g., laundry, dishes)</i>	0.566		
Support and interventions focused on maintenance and quality of life (6 attributes; $\alpha = 0.731$)				
53	<i>Distribute medications to ensure optimal management</i>		0.779	
57	<i>Provide reminders and help with hygiene</i>		0.689	
88	<i>Provide help with finances and manage consumer's budget</i>		0.646	
78	<i>Have facilities that provide help and support to maintain consumers' skills</i>		0.525	
50	<i>Provide help with grooming and look/appearance (e.g., shaving, dying hairs)</i>		0.523	
43	<i>Provide accompaniment to medical appointments</i>		0.521	
Provision of services in partnership (7 attributes; $\alpha = 0.684$)				
51	<i>Provide the support to find affordable and decent housing (if the person wants)</i>			0.675
35	<i>Make sure that when a person moves out of a setting that he or she will receive the appropriate support</i>			0.634
25	<i>Work together to support the consumer's treatment and recovery plan (staff working in the facility, community mental health workers, family, consumer)</i>			0.610
136	<i>Always ask the person where she or he wants to live first (housing choice)</i>			0.562
33	<i>Receive services and support from community health centers (e.g., physical health)</i>			0.560
32	<i>Have access to services and activities in the community no matter the severity of the disease</i>			0.483
28	<i>Reach out for and work with consumers' families</i>			0.438
Eigen values		7.316	2.945	2.804
Variance after rotation (VARIMAX) (%)		27.097	10.906	10.387

^a Saturation loadings below 0.4 are not reported

^b Potential relevant attribute (dropped items): *Provide information on medications and treatment options* (n^o 89); *Assist teach the person how to do her or his groceries* (n^o 60); *Assist/teach person how to use public transit* (n^o 61)

Tableau XX. Organizational and managerial practices (domain 4): PCA solution (n = 228)

COMPONENTS AND OBSERVED VARIABLES		Saturation loadings ^a		
		C9	C10	C11
n ^o	Attribute (item) description ^b			
Staff and Organizational practices (7 attributes; $\alpha = 0.800$)				
96	<i>Have staff who believe in recovery and in the person's dreams and hopes</i>	0.828		
71	<i>Have the possibility of weekly individual meeting with staff or caregiver</i>	0.749		
70	<i>Have staff members whom ask about and find ways to support consumer goals and projects</i>	0.678		
90	<i>Have staff available 24 hours (always available in or out of the facility)</i>	0.617		
128	<i>Ensure that staff caseload (ratio) make it possible to give support when needed</i>	0.616		
109	<i>Have staff with knowledge of issues related to mental health</i>	0.585		
5	<i>Have professionals overlooking facilities visiting several time per month</i>	0.467		
Support to the setting and local partnerships (6 attributes; $\alpha = 0.687$)				
131	<i>Have available and competent backup staff and caregiver</i>		0.650	
22	<i>Have facilities and services that offer crisis support and shelter</i>		0.649	
23	<i>Have facilities and integrated services for consumers with substance abuse problems</i>		0.641	
30	<i>Establish partnerships and collaboration with communities and local organisms</i>		0.587	
132	<i>Have available (to consumer or staff) contacts and interventions by peer support workers</i>		0.573	
138	<i>Have support available to residential facilities during the week days and week-end</i>		0.525	
Housing agency practices (4 attributes; $\alpha = 0.600$)				
6	<i>Have a quality control assessment for each setting</i>			0.729
8	<i>Have an anonymous indicator of consumers and family members satisfaction with housing</i>			0.714
2	<i>Have training programs for caregivers and staff</i>			0.572
11	<i>Ensure good fit prior to integration in the setting (make sure that the services and the setting fit person's characteristics and needs)</i>			0.516
Eigen values		3.274	2.655	1.963
Variance after rotation (VARIMAX) (%)		19.258	15.620	11.487

^a Saturation loadings below 0.4 are not reported

^b Potential relevant attributes (dropped items): *Provide support to landlord* (n^o 7); *Have co-development groups for operators of residential facilities* (n^o 18); *Have facilities with various length of stay (home for life, transitory resource)* (n^o 27); *Modify support and services according to each consumer's needs and condition (consumer does not have to move in event of gain or loss of functional autonomy)* (n^o 13). *Have a variety of menus that respects individuals specific needs (e.g. vegetarian, diabetes)* (n^o 129); *Have resources for caregivers and families to take day offs (e.g., backup staff)* (n^o 24); *Have rapid and simple access procedure to housing* (n^o 9)

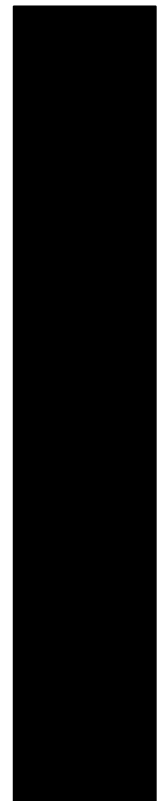
Chapitre 6

Instrument de mesure

6.1. . Développement du CaSPER-SM

6.2. Passation du CaSPER-SM

6.3. Contenu du CaSPER-SM



INSTRUMENT DE MESURE

L'instrument de mesure développé, le CaSPER-SM (**C**aractéristiques **s**tructurales et **p**rocédurales des **e**nvironnements **r**ésidentiels en **s**anté **m**entale), vise à dresser le portrait d'une ressource résidentielle en fonction de caractéristiques clés. L'instrument intègre des caractéristiques de différents niveaux géographiques (voir figure 1, p. 72) et a été conçu pour être utilisé auprès d'une variété de ressources résidentielles s'échelonnant de milieux de groupe avec des professionnels sur place, 24 heures par jour, et sept jours par semaine, à des appartements avec du soutien mobile. L'instrument permet de :

- Dresser un portrait détaillé d'une ressource résidentielle destinée à des adultes avec un trouble mental, et ce, sous ses différentes facettes.
- Mieux comprendre ce que sont les ressources résidentielles en santé mentale et le travail des personnes qui y œuvrent.

L'instrument développé s'appuie sur la prémisse selon laquelle il n'existe pas de milieu résidentiel idéal pour tous. Ainsi, comme mentionné précédemment, les connaissances actuelles ne permettent pas d'affirmer avec certitude quel environnement résidentiel convient le mieux aux personnes utilisatrices de services ou à un sous-groupe de personnes utilisatrices de services.

6.1. Développement du CaSPER-SM

Le chapitre 4 décrit la méthodologie des deux phases du projet de recherche et l'interconnexion entre ces deux phases (tableau X, p. 128). Le développement de l'instrument

qui repose sur la recension des écrits et la Phase I, s'est poursuivi à la Phase II. Il s'inspire d'écrits sur l'analyse conceptuelle et sur les échelles de fidélité, et ce, même si au stade actuel de son développement, l'instrument ne peut être considéré comme une échelle de fidélité. En effet, il ne mesure pas l'adhésion à un modèle ou à une *meilleure pratique*.

La Phase I a permis de préciser les attributs constitutifs du concept étudié et la logique entre ces derniers. Ainsi, les sections du CaSPER-SM reflètent la conceptualisation finale issue de la Phase I (manuscrit 5) qui vient préciser les liens (anticipés) entre les attributs. Ces deux éléments, soit l'identification des attributs et leur logique, sont à la base de l'opérationnalisation du concept étudié (Goertz, 2006). Ils correspondent aussi à la première des trois étapes du développement d'une échelle de fidélité identifiées par Mowbray *et al.* (2003). Le CaSPER-SM intègre des caractéristiques structurales et procédurales des ressources résidentielles et permet de mesurer l'intervention sous toutes ses facettes. Il comprend donc une liste exhaustive d'attributs. Certains attributs seront absents du profil de certaines ressources résidentielles. Par exemple, il est possible qu'une ressource n'offre pas d'aide pour la lessive. Ces attributs bien que non suffisants pour définir l'intervention sont essentiels pour distinguer les différents types de ressources résidentielles et bien comprendre l'intervention étudiée.

En ce qui a trait à la mesure ou à l'opérationnalisation de chacun des attributs, la *dose* (continuum de présence) semblait une mesure de choix, compte tenu des résultats de la Phase I, principalement de l'étape 3a de la cartographie de concepts. Pour la majorité des attributs (68,59 %) du CaSPER-SM, l'opérationnalisation s'est faite sur une échelle de Likert à cinq niveaux, comme c'est le cas pour plusieurs échelles de fidélité (p.ex. Bond 2000). L'échelle ordinale peut être interprétée en intervalles (équidistance). De plus, pour chaque attribut et pour chaque niveau de l'échelle de Likert, l'équipe de recherche a identifié des points d'ancrage, souvent à partir des 1382 idées émises par les participants lors des séances

de remue-méninges de la cartographie de concepts (étape 2) (PI). Les points d’ancrage ont aussi été ajustés au fil des entrevues avec les ressources résidentielles (n = 258) (PII). Les premières entrevues ont généré davantage de modifications. Durant un an et demi, les rencontres entre la candidate au doctorat, les directeurs et les assistantes de recherche ont mené au raffinement des points d’ancrage et des attributs avant d’en arriver à une solution stable (version 17, tableau X, p. 128).

Toutefois, il est intéressant de mentionner que l’équipe de recherche, après 60 entrevues, a tenté de reformuler tous les attributs (variables) sur une échelle de Likert de sept niveaux. Cette dernière n’a pas été conservée pour trois raisons : **(1)** la complexité ajoutée à la cotation ; **(2)** la diminution de la fiabilité interjuges ; **(3)** la nécessité d’aller chercher des précisions supplémentaires dans les entrevues, ce qui se serait traduit par une augmentation de la durée de l’entrevue, déjà longue. L’échelle de Likert à cinq niveaux du CaSPER-SM se veut un compromis entre une sur-simplification et une trop grande complexité qui aurait alourdi la démarche pour les répondants et l’équipe de recherche.

6.1.1. Écarts entre la conceptualisation et l’instrument développé

Entre la conceptualisation finale issue des analyses par composantes principales (PCAs) (tableaux XVII à XX, manuscrit 5) et le contenu du CaSPER-SM, ressortent trois différences importantes exposées ci-dessous. Malgré tout, le CaSPER-SM demeure très près des résultats de la Phase I et il reprend plusieurs éléments issus des séances de remue-méninges (tableau XII, p. 137). Les commentaires reçus lors des groupes de discussions focalisées et les entrevues semi-structurées (PII) ont aussi influencé son contenu.

La **première différence** appréciable concerne l’accent mis sur le soutien et l’aide apportée dans l’instrument (domaine 3). Le terme *aide apportée* a été utilisé dans les entrevues semi-structurées pour tenir compte des propriétaires et du personnel non

professionnels qui se disaient plus à l'aise avec ce terme qu'avec le terme *interventions* (qui, selon eux, reviendrait davantage aux professionnels de la santé). Bien que plusieurs des activités de la vie quotidienne et domestique sont combinées dans les 140 idées qui ont été présentées aux participants à l'étape 3 de la cartographie de concepts (p.ex. attribut n° 84 *Faire les choses avec au lieu de les faire pour la personne (lavage, repas)*), le CaSPER-SM les divise. Notons, enfin, que des 50 thèmes issus des séances de remue-méninges, plus de 20 concernent les interventions, le soutien et l'aide apportée pour les activités du quotidien (voir tableau XII, p. 137).

La **deuxième différence** concerne le soutien au milieu et le partenariat au niveau local (domaine 4). Cette dimension a été complètement révisée en mai 2012. En effet, au fil des entrevues semi-structurées, la notion de soutien s'est avérée de plus en plus complexe à coter, révélant de multiples facettes. De plus, les responsables éprouvaient des difficultés à répondre aux questions concernant le soutien et les services disponibles au niveau local. Plusieurs d'entre eux ne connaissaient pas les services disponibles sur leur territoire. Le soutien a donc été divisé en catégories (tout comme pour l'analyse des 1382 idées issues des séances de remue-méninges (tableau XII, p. 137)). Les dimensions explorées portent sur le soutien fonctionnel : **(1)** le soutien émotionnel ; **(2)** le soutien d'estime ou de reconnaissance ; **(3)** le soutien informationnel ; **(4)** le soutien concret ou tangible (Barrera, 1986; Ruiller, 2008). Enfin, une distinction a aussi été faite entre le soutien reçu et l'appréciation du soutien reçu.

La **troisième différence** non négligeable est relative à certains attributs qui ont été conservés, malgré le fait qu'ils n'ont pas été retenus par les analyses PCAs (p.ex. la taille du milieu (nombre de résidents)). De plus, le CaSPER-SM comprend un instrument qui dresse le profil des résidents (voir manuscrit 5) et un inventaire de données descriptives de base sur le milieu résidentiel (type de ressource).

6.2. Passation du CaSPER-SM

L'instrument a été construit pour être utilisé sous la forme d'une entrevue semi-structurée téléphonique. La passation peut aussi se faire lors d'une rencontre en face-à-face. Toutefois, de par notre expérience, l'entrevue téléphonique élimine certains malaises et permet à l'intervieweur de mieux structurer son entrevue (p.ex. la prise de notes n'est pas visible). L'entrevue est enregistrée afin de permettre à l'intervieweur de se concentrer sur la discussion. Ultérieurement, l'intervieweur cote le CaSPER-SM au moment de l'écoute de l'entrevue enregistrée.

D'une durée moyenne de 130 minutes, l'entrevue peut facilement être scindée en trois ou quatre sections, et ce, tel que recommandé par les experts qui ont participé aux groupes de discussions focalisées (PII). Ainsi, compte tenu du personnel peu nombreux dans plusieurs ressources résidentielles, cette flexibilité est importante. L'entrevue téléphonique permettait au répondant d'y mettre fin à n'importe quel moment, advenant la nécessité d'intervenir dans la ressource ou un contretemps.

Une entrevue semi-structurée implique une certaine standardisation, tout en permettant d'explorer plus en profondeur quelques-unes des réponses des répondants. L'entrevue prend la forme d'une conversation (agréable) et l'intervieweur doit s'adapter aux réponses du répondant et éviter de lui faire répéter l'information. Ce mode de passation suppose que l'information à recueillir repose sur la confiance dans le personnel ou les responsables des ressources résidentielles pour rapporter avec exactitude les activités quotidiennes et le fonctionnement de la ressource. La subjectivité de l'intervieweur est aussi à considérer. Toutefois, ces biais sont diminués étant donné que l'instrument utilise des attributs avec des balises « *anchored criteria* » (Bond *et al.* 2000). Enfin, l'entrevue semi-structurée est construite en suivant un principe de triangulation. Les informations et les questions se recoupent tout au long de l'entrevue. La connaissance du guide d'entrevue et

des fiches de cotations s'avère nécessaire pour bien mener l'entrevue.

6.3. Contenu du CaSPER-SM

Le CaSPER-SM comprend différentes composante qui sont présentées brièvement dans la prochaine section de ce chapitre : **(1)** le guide d'entrevue semi-structurée ; **(2)** le guide de cotations ; **(3)** la grille de cotation. Le CaSPER-SM se trouve à l'annexe 4.

Le guide d'entrevue semi-structurée comprend quatre parties : **(1)** le profil de la ressource et des résidents ; **(2)** une journée typique dans la ressource ; **(3)** la structure, les activités et le fonctionnement de la ressource ; **(4)** le personnel et ses relations avec les résidents. La partie *une journée typique dans la ressource* permet une certaine forme de validation, par recoupements avec le reste du CaSPER-SM. Certaines questions permettent d'attribuer une valeur numérique précise aux réponses alors que d'autres, facultatives, offrent des exemples de questions qui permettent à l'intervieweur d'approfondir les réponses du répondant. Le tableau XXI (p. 213), présente un extrait du guide d'entrevue relativement à l'environnement physique extérieur de la ressource. Il est suivi d'un extrait du guide de cotation.

Dans son ensemble le CASPER-SM comprend 83 variables sur une échelle de Likert. À cela s'ajoute une vingtaine de variables descriptives administratives sur la ressource et les résidents (voir tableau XXII p. 223) et des variables de validation qui viennent appuyer certaines cotes avec des valeurs numériques plus objectives. Il comprend aussi un instrument modifié, le *Multnomah Community Ability Scale (MCAS)* (annexe 4) qui permet de documenter le profil des résidents. La liste des attributs (variables du CaSPER- SM) est présentée dans le tableau XXII (p. 215). Les variables numérotées sont sur une échelle de Likert à cinq niveaux.

Tableau XXI : Extraits des grilles d'entrevue et de cotation du CaSPER-SM

DIMENSION 1 - ENVIRONNEMENT GÉOPHYSIQUE

Environnement physique extérieur : proximité des services et localisation

Extrait de l'entrevue semi-structurée du CaSPER-SM

5. Pouvez-vous me décrire votre quartier, les environs de la ressource ?

- 1.1. Est-ce un quartier résidentiel ? Calme ? Situé au centre-ville ?
- 1.2. Décrivez-moi le ou les types d'habitations des alentours ?
- 1.3. **Quel est le type d'habitations dans votre quartier ?** Décrivez-le (ou les) moi.
- 1.4. **Y a-t-il de la prostitution et de la vente de drogues près de la ressource ?**
 - 1.4.1. **Selon vous, est-ce un milieu défavorisé ou non ?**
 - 1.4.2. Est-ce un quartier sécuritaire ?
 - 1.4.3. Pour quelles raisons ?
- 1.5. **Y a-t-il des magasins à proximité qui sont accessibles par la marche ?**
 - 1.5.1. **Quels sont ces magasins ?**
 - 1.5.2. **Combien de temps doit-on marcher pour s'y rendre ?**
 - 1.5.2.1. **Y a-t-il un dépanneur ?**
 - 1.5.2.2. **Y a-t-il une épicerie ?**
 - 1.5.2.3. **Y a-t-il un restaurant ?**
 - 1.5.2.4. **Y a-t-il un centre d'achats ?**
 - 1.5.2.5. **Y a-t-il une banque ? Y a-t-il une pharmacie ? Un bureau de poste ?**
 - 1.5.2.6. Y a-t-il un centre communautaire (ou un centre de jour en santé mentale) ? Un hôpital ?
 - 1.5.2.7. **Y a-t-il un ou des parcs ?**
 - 1.5.3. **Les résidents ont-ils facilement accès au transport en commun ?**
 - 1.5.3.1. **Où se situe l'arrêt d'autobus (ou de métro) ?**
 - 1.5.3.2. **Combien de résidents l'utilisent ?**
 - 1.5.3.3. Le trajet pour se rendre à un rendez-vous ou à un centre communautaire est-il relativement facile ?
 - 1.5.4. **Les résidents ont-ils accès à d'autres moyens de transport (p.ex. responsable, taxi, etc.) s'ils veulent sortir ou se rendre à un rendez-vous?**
 - 1.4.4.1. Si oui, lesquels?

Extrait de la grille de cotation

Accessibilité aux services

Définition : Le degré de proximité de différents services par rapport au milieu et leur facilité d'accès à pied ou en transport en commun. Les services de base comprennent les banques, les dépanneurs, les épiceries, les pharmacies, les cafés/restaurants et les bureaux de poste. Les autres services peuvent inclure les magasins, les centres communautaires, les hôpitaux, le salon de coiffure, etc.

Cotation : Échelle de Likert à cinq niveaux

5 = Très haut niveau : accès à cinq services de base différents ou plus, à moins de 10 minutes à pied.

4 = Haut niveau : accès à quatre services de base différents ou plus, par le transport en commun ou à pied, incluant un dépanneur ou une épicerie, à moins de 15 minutes.

3 = Niveau modéré : accès à trois services de base différents ou plus, par le transport en commun ou à pied, à moins de 25 minutes.

2 = Niveau bas : accès à un ou deux services de base différents, à moins de 25 minutes, par le transport en commun ou à pied, ou accès aux services de base par le transport en commun ou à pied, à plus de 25 minutes.

1 = Très bas niveau : accès aux services à plus de 35 minutes à pied ou par transport (transport en commun ou autre).

Quartier

Définition : Le degré de densité de la population et des habitations, et types d'habitation.

Cotation : Échelle de Likert à cinq niveaux

5 = Très haut niveau (Noyau urbain / métropole) : tour d'habitation (appartements, HLM), immeubles à logements, haute à très haute densité de population (p.ex. centre-ville de grandes villes (plus de 100 000 habitants) comme Montréal, Québec et Trois-Rivières).

4 = Haut niveau (Noyau urbain) : tour d'habitation (appartements), immeubles à logements, triplex en rangée, moyenne à haute densité de population (p.ex. : centre-ville de villes moyennes (plus de 20 000 habitants) comme Joliette, Shawinigan, Louiseville).

3 = Niveau modéré (Noyau urbain secondaire) : différents types d'habitations, petits immeubles à logements, triplex ou duplex en rangée, densité de population moyenne à haute.

2 = Niveau bas (Banlieue urbaine d'un quartier résidentiel) : maison individuelle ou jumelée, duplex ou triplex avec espace entre les habitations, densité de population faible à moyenne.

1 = Très bas niveau (campagne ou banlieue rurale) : maison de campagne ou maison individuelle, faible ou très faible densité de population (p.ex. : rang ou village (moins de 5000 habitants)).

Tableau XXII - Attributs, dimensions et domaines du CaSPER-SM

ATTRIBUTS, DIMENSIONS (COMPOSANTES) ET DOMAINES		ITEM n°
DOMAINE 1 - ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE LA RESSOURCE DEUX COMPOSANTES ET 10 VARIABLES (LIKERT)		
Cotation		
5 = Très haut niveau : milieu dans lequel un attribut est très présent		
4 = Haut niveau : milieu dans lequel un attribut est présent		
3 = Niveau modéré : milieu dans lequel un attribut est plus ou moins présent		
2 = Bas niveau : milieu dans lequel un attribut est peu présent		
1 = Très bas niveau : milieu dans lequel un attribut est absent ou quasi absent		
Environnement physique extérieur : localisation et proximité des services		
1. Quartier (localisation)	Le degré de densité de la population et des habitations dans le voisinage (p.ex. type de maisons, milieu rural).	NR 139
Quartier défavorisé	Description du quartier comme étant ou non défavorisé.	RM
2. Accessibilité aux services	Le degré de proximité de différents services par rapport au milieu résidentiel et leur facilité d'accès à pied ou en transport en commun.	16 15
3. Accessibilité au transport	Le degré d'accessibilité à différents moyens de transport (p.ex. autobus, métro).	17
4. Sécurité du quartier	Le degré de conscience du répondant relativement à la présence ou non de drogues, de prostitution et d'activités criminelles dans le voisinage.	NR 14
Transport en commun	Nombre de résidents qui utilisent le transport en commun / nombre de résidents du milieu.	V
Transport adapté	Nombre de résidents qui utilisent le transport adapté / nombre de résidents du milieu.	V
Environnement physique intérieur : intimité et aménagement		
5. Espace et intimité	Le degré de consentement du milieu à un espace privé, à une certaine intimité et à l'accès à différents espaces ou pièces dans le milieu pour le résident.	91 119 123
6. Personnalisation	Le degré d'attention du milieu pour un décor personnalisé et attrayant (p.ex. plantes, photos, cadres, meubles). La personnalisation fait référence à l'implication du ou des résidents dans la décoration du milieu et de leur chambre.	31 122
7. Biens	Produits achetés par le personnel (p.ex. meubles, vêtements,	V

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

	savons)	E
8. Accessibilité au téléphone	Le degré auquel la personne peut avoir accès à un téléphone (faire un appel / recevoir un appel) dans le milieu.	125
9. Adaptation domiciliaire	Le degré auquel le milieu est sécuritaire pour recevoir des personnes ayant des troubles de la marche ou de l'équilibre (p.ex. rampe d'accès, lève-personne).	117
Nombre de marches	Nombre de marches obligatoires pour entrer dans le milieu résidentiel ou avoir accès à la salle à manger ou la chambre.	V
Autres adaptations	Adaptation particulière (p.ex. surdité).	GF
10. Accessibilité à une ou des clés	Le degré de consentement du milieu donné aux résidents pour détenir la clé du milieu résidentiel et de leur chambre.	NR

DOMAINE 3 - ACTIVITÉS / AIDE APPORTÉE / SOUTIEN ET SERVICES OFFERTS DEUX COMPOSANTES ET 31 VARIABLES (LIKERT)

Cotation

5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu

4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu

3 = Niveau modéré de prise en charge par le milieu ou prise en charge partagée

2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu

1 = Très bas niveau prise en charge par le milieu

Note ¹ : Le terme prise en charge est utilisé pour désigner la responsabilité du personnel ou d'intervenants par rapport à celle de la personne (résident).

Note ² : Le personnel doit être rattaché au milieu, que celui-ci soit une ressource de groupe ou un appartement.

Le soutien et les interventions (aide apportée)

11. Transfert	Aide apportée par le personnel pour les déplacements, la locomotion et les transferts (p.ex. aider à enjamber le bain, se relever, pousser un fauteuil roulant).	GF
Incontinence	Nombre de résidents qui ont des incontinences urinaires ou fécales / nombre de résidents dans le milieu.	GF
12. Hygiène	Aide apportée par le personnel pour l'hygiène corporelle (p.ex. laver certaines parties du corps, laver les cheveux, superviser la douche).	50
13. Habillage	Aide apportée par le personnel pour l'habillage (p.ex. choisir les vêtements, se vêtir, s'assurer que les vêtements sont changés, enseigner).	RM
14. Soins de l'apparence	Aide apportée par le personnel pour les soins de l'apparence (p.ex. raser la barbe, épiler les jambes /	57

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

	aisselles, couper les ongles, teindre les cheveux, enseigner).	
15. Prise des médicaments	Aide apportée par le personnel pour la prise des médicaments (p.ex. distribuer les médicaments, distribuer les PRN, offrir un programme d'automédication).	53
16. Gestion de l'argent de poche	Aide apportée par le personnel pour la gestion de l'argent de poche et du budget (p.ex. distribuer une allocation journalière, enseigner, superviser les dépenses).	88
Curatelle ou tutelle	Nombre de résidents qui sont sous curatelle / nombre de résidents dans le milieu résidentiel.	V
17. Préparation des repas du midi et du soir (horaire régulier)	Aide apportée par le personnel pour la préparation des repas du midi et du soir (p.ex. préparer le repas, superviser, enseigner, servir le repas).	NR GF
Diète	Accommodements pour des diètes particulières.	GF
18. Préparation du déjeuner	Aide apportée par le personnel pour la préparation du déjeuner (p.ex. préparer le café, verser les céréales).	E
19. Organisation des repas (table)	Aide apportée par le personnel pour dresser ou desservir la table et nettoyer la vaisselle.	RM
20. Ménage des chambres	Aide apportée par le personnel pour le ménage des chambres (p.ex. nettoyer le plancher, épousseter, enseigner, superviser).	49 84 RM
21. Ménage des aires communes	Aide apportée par le personnel pour le ménage des aires communes (p.ex. salon, fumoir, salle de bains).	49 84 RM
22. Lessive	Aide apportée par le personnel pour la lessive (p.ex. faire la lessive, sécher les vêtements, plier les vêtements, faire des rappels, enseigner, superviser).	49 84 RM
23. Achats personnels	Aide apportée par le personnel pour les achats personnels (p.ex. vêtements, café, collations, friandises, cigarettes, produits de beauté).	RM
24. Transport et déplacement	Aide apportée par le personnel pour les déplacements à des activités ou à des rendez-vous non médicaux (p.ex. activités, loisirs, achats).	61
25. Gestion des rendez-vous médicaux	Aide apportée par le personnel pour la gestion des rendez-vous médicaux et des déplacements aux rendez-vous médicaux (p.ex. rappeler un rendez-vous, confirmer un rendez-vous, conduire un résident en voiture).	43
26. Rendez-vous avec le psychiatre ou le médecin	Présence du personnel dans le bureau lors des rendez-vous médicaux (suivi psychiatrique).	43
27. Transition entre les	Aide apportée par le personnel pour faciliter l'intégration	NR

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

milieux / accueil et départ (soutien émotif)	d'un résident dans un milieu de vie. Cet attribut comprend deux éléments : (1) soutenir un résident dans la transition entre deux milieux de vie, conserver un lien. (2) accompagner un groupe de résidents pour l'accueil d'un nouveau résident (p.ex. échanger avec un groupe de résidents).	
28. Relations interpersonnelles extérieures au milieu	Aide apportée par le personnel concernant les relations interpersonnelles avec le voisinage ou avec des personnes de l'extérieur (p.ex. voisins, commerçants).	97 134
29. Relations interpersonnelles dans le milieu	Aide apportée et implication du personnel concernant les relations interpersonnelles entre les résidents ou entre les colocataires.	67
30. Comportements dérangeants	Le degré d'intervention du personnel pour la gestion des comportements plus dérangeants (p.ex. comportements violents, impolitesse, intimidation).	134
31. Soutien affectif/émotionnel	Le degré d'intervention du personnel pour le soutien affectif ou émotionnel (p.ex. écoute).	98
32. Autonomie	Le degré d'encouragement offert par le personnel pour le développement et le maintien des habiletés et de l'autonomie des résidents.	68 46
33. Éducation	Le degré d'emphase mis par le milieu sur le développement d'habiletés du résident et sur les apprentissages à travers l'enseignement ou le « faire avec ».	84
34. Intégration dans la communauté	Le degré d'encouragement offert par le milieu pour l'intégration des résidents dans la collectivité, autant pour les relations interpersonnelles et créer des liens que pour l'utilisation des services.	45
35. Informations offertes	Le degré et le type d'informations offerts aux résidents par le personnel du milieu (p.ex. droits, rétablissement).	76 89
La prestation du soutien et des services en partenariat		
36. Transition vers un appartement et la recherche de logement	Aide apportée par le personnel pour la recherche d'un logement, à la suite d'un séjour dans le milieu résidentiel.	51 35
37. Famille	Aide apportée et implication du personnel dans la relation entre les résidents et leur famille.	28
	Proches	Nombre de résidents qui voient des amis ou des proches.
38. Encourager	Le degré d'encouragement offert par le personnel pour inciter les résidents à aller vivre dans leur propre appartement.	V NR

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

39.	Collaboration pour le plan de services individualisés	Le degré de collaboration entre les différents acteurs et d'implication du personnel de la ressource relativement au plan d'intervention ou aux projets de vie de la personne.	25
40.	Implication de la personne dans le PII	Le degré d'implication de la personne (résident) dans son plan d'interventions individualisées et dans ses objectifs personnels.	25 136
41.	Degré d'utilisation des ressources extérieures (occupations extérieures)	Le degré d'utilisation des ressources et services de la communauté par le ou les résident(s) du milieu (p.ex. centre de jour, restaurant, parc, centre communautaire, bibliothèque, centre d'achats, aréna).	32

DOMAINE 2 – ATMOSPHÈRE ET FONCTIONNEMENT DU MILIEU

TROIS COMPOSANTES 21 VARIABLES (LIKERT)

Cotation

5 = Très haut niveau : milieu dans lequel un attribut est très présent

4 = Haut niveau : milieu dans lequel un attribut est présent

3 = Niveau modéré : milieu dans lequel un attribut est plus ou moins présent

2 = Bas niveau : milieu dans lequel un attribut est peu présent

1 = Très bas niveau : milieu dans lequel un attribut est absent ou quasi absent

Vie occupationnelle et participation

42.	Activités quotidiennes dans la ressource	Aide apportée par le personnel pour l'organisation d'activités dans le milieu (p.ex. offrir des activités avec animation ou des ateliers).	87 103
43.	Activités extérieures (ressources dans la collectivité)	Aide apportée par le personnel pour favoriser l'utilisation des ressources dans la collectivité (p.ex. accompagner progressivement, explorer des activités, organiser des activités de groupe).	102
44.	Matériel disponible dans la ressource	Le degré de disponibilité de matériel et d'équipement pouvant servir au développement, au maintien d'habiletés ou à la réalisation de loisirs pour la personne.	59 103
	Ordinateur	Présence ou non d'un ordinateur personnel ou commun.	GF
	Piscine	Présence ou non d'une piscine extérieure.	E
45.	Répartition des tâches ⁵	Le degré de répartition des tâches ménagères et des corvées (p.ex. sortir les poubelles, passer le balai, vider les cendriers).	E
46.	Participation aux tâches (fonctionnement de la ressource)	Le degré d'implication des résidents dans les tâches quotidiennes (p.ex. préparer les repas, faire le ménage de la chambre et des aires communes, faire la lessive, desservir/ servir la table etc.).	80

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

47.	Degré d'occupation des résidents	Le degré de participation des résidents à des occupations ou à des activités.	V
	Travail	Nombre de résidents qui ont un emploi. Nombre de résidents qui participent à un programme. Nombre de résidents qui sont aux études.	V
Interactions et climat induit par les pairs			
48.	Interactions/liens entre les résidents	Le degré d'interaction des résidents entre eux au quotidien (p.ex. salutations, discussions aux repas et entre les repas, sorties entre résidents, relations d'amitié, entraide).	106 62 99
49.	Ambiance	Le degré de bonne ambiance qui laisse transparaître un respect mutuel et un climat chaleureux/ familial.	124 120 56
50.	Organisation de fêtes et célébrations	Le degré auquel le milieu souligne les fêtes (p.ex. Noël) et les anniversaires.	74
51.	Limites personnelles	Le degré auquel le personnel du milieu pose certaines limites dans sa relation avec les résidents.	RM
52.	Relation/affinités avec les résidents	Le degré d'affinités dans la relation entre le responsable (personnel) et les résidents.	107 62 47
53.	Relation de confiance avec les résidents	Le degré de confiance dans la relation entre le responsable (personnel) et les résidents.	64
	HAS Score	Score au <i>Helping Alliance Scale</i> (traduction)	V
54.	Horaire des repas et des collations (groupe)	Le degré de flexibilité des heures de repas et des collations (ex. repas de groupe).	55
55.	Accueil des personnes dans la ressource	Le degré auquel le personnel du milieu permet une intégration progressive et remet systématiquement de l'information aux nouveaux résidents.	48
Flexibilité du milieu et participation dans les décisions concernant le milieu			
56.	Participation	Le degré auquel le milieu pose des actions qui favorisent la consultation auprès des résidents et leur implication dans le fonctionnement quotidien du milieu (p.ex. comité de résidents, consultation pour les menus).	37
57.	Liberté / flexibilité du milieu	Le degré d'adaptation du personnel aux réalités des différents résidents et à leurs besoins (p.ex. éviter les activités réalisées en « bloc » pour tous, les routines de groupe).	NR
58.	Gestion des cigarettes	Aide apportée par le personnel pour la gestion des cigarettes (p.ex. distribuer).	52
	Fumeurs	Rapport nombre de résidents qui fument / nombre de	V

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

	résidents qui ne fument pas.	
59. Critiques et sanctions	Le degré auquel le personnel évite les sanctions et les conséquences et encourage la discussion autour des difficultés et des incidents.	NR
60. Code de vie	Le degré de règles imposées reliées à la sécurité, au respect et aux horaires.	79
61. Sexualité et vie amoureuse	Aide apportée par le personnel pour l'expression ou le développement de la sexualité des résidents (p.ex. acheter des magazines pornographiques, permettre les relations dans le milieu).	54
62. Critères d'accessibilité à la ressource	Le degré auquel le milieu utilise des critères pré-identifiés pour le choix des résidents.	38
63. Drogue et alcool	Présence de consommateurs dans le milieu (consommation actuelle).	GF 38

DOMAINE 4 – PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET MANAGÉRIALES

3 COMPOSANTES 19 VARIABLES (LIKERT)

Cotation

5 = Très haut niveau : milieu dans lequel un attribut est très présent

4 = Haut niveau : milieu dans lequel un attribut est présent

3 = Niveau modéré : milieu dans lequel un attribut est plus ou moins présent

2 = Bas niveau : milieu dans lequel un attribut est peu présent

1 = Très bas niveau : milieu dans lequel un attribut est absent ou quasi absent

Pratiques organisationnelles en relation avec le personnel		
64. Degré de soutien offert	L'intensité du soutien offert (p.ex. 24 heures par jour avec du personnel éveillé la nuit, 35 heures par semaine).	90
65. Fréquence des rencontres individuelles	La fréquence des rencontres avec les résidents et aspect systématique des rencontres.	71
	Fréquence	Fréquence de rencontres : hebdomadaire, mensuelle, etc.
66. Formation et expérience du personnel	Le degré de formation académique et d'expérience du personnel.	109
	Ratio personnel/résidents (le plus élevé)	Nombre de membres du personnel / nombre de résidents dans le milieu résidentiel.
67. Outils pour les situations de crise	Le degré d'expertise et de compétence du personnel du milieu pour la gestion des conflits et des crises.	109
68. Potentiel des résidents	Le degré auquel le personnel du milieu voit un potentiel.	96

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

	chez les résidents (p.ex. aller vivre en appartement, travailler).	
69. Difficultés principales	Le degré de concordance entre les difficultés des résidents telles que perçues par le personnel du milieu et par les résidents.	E
70. Rêves et espoir	Le degré des échanges entre personnel et les résidents sur les rêves et des espoirs des résidents.	96
71. Degré de soutien (intervenant ressource)	Le degré de perception du personnel du milieu relativement à une disponibilité de soutien de la part de l'intervenant ressource ou du superviseur de la ressource.	5
72. Appréciation du soutien	Le degré de satisfaction du personnel pour le soutien reçu (c.-à-d. le qualifie ou non d'aïdant).	5
	Fréquence des visites	Fréquence des visites/téléphones par l'intervenant ressource.
		V
Soutien au milieu et partenariat au niveau local		
73. Degré de soutien (équipe traitante)	Le degré de perception du personnel du milieu relativement à une disponibilité de soutien de la part de l'équipe traitante ou de l'intervenant responsable du suivi du résident.	NR
	Fréquence des visites	Fréquence des visites/téléphones de l'intervenant ou des équipes traitantes.
		V
74. Appréciation du soutien	Le degré de satisfaction du personnel pour le soutien reçu (c.-à-d. le qualifie ou non d'aïdant).	E RM
	Visites de professionnels	Souhait ou non de la présence de soutien de professionnels dans la ressource.
		NR
75. Autre source de soutien	Le degré de perception du personnel relativement à une disponibilité de soutien autre que le soutien offert par l'équipe traitante (intervenant responsable du suivi des résidents) et par l'intervenant responsable du suivi de la ressource (p.ex. proches, collègues, groupes d'entraide, centre de crise, spécialistes, centre de jour, pair aidant).	22 23 30
76. Type de soutien (intervenants)	Le degré de types de soutien varié reçu par le milieu de la part de l'intervenant responsable du suivi de la ressource, d'un superviseur ou de l'équipe traitante.	E RM
77. Vacances	Le degré auquel le personnel prend des vacances et des journées de repos.	NR
78. Perception de la disponibilité du soutien	Le degré auquel le personnel se sent bien entouré et ne se sent pas isolé.	RM E

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

social			
79.	Sélection du personnel	Processus de sélection du personnel (p.ex. recrutement, connaissances, période d'essai).	NR
Pratiques de l'établissement gestionnaire			
80.	Formations continues	Le degré de participation du personnel à des formations continues ou autres.	2
81.	Jumelage	Le degré de collaboration et de satisfaction du personnel relativement au jumelage.	11
82.	Évaluation de la ressource	Le degré de collaboration avec le responsable lors de l'évaluation des services offerts.	6 8
	Fréquence	Fréquence de l'évaluation.	V
	Finances	Montant de la rétribution (moyenne).	NR 1
DONNÉES DESCRIPTIVES SUR LA RESSOURCE – RÉSIDENTS			
	Nombre de membres du personnel	Nombre de membres du personnel type horaire.	D
	Infirmier	Présence ou non d'un infirmier et horaire.	D
	Éducateur	Présence ou non d'un éducateur et horaire.	D
	Personnel	Présence ou non de personnel et horaire.	D
	Nombre de résidents	Nombre de résidents. Nombre de places disponibles.	D NR
	Nombre de femmes	Nombre de femmes.	D
	Nombre d'hommes	Nombre d'hommes.	D
	Âge des résidents	Âge des résidents par tranche d'âge.	D
	Animal	Présence ou non d'un animal.	NR
83.	Homogénéité de la clientèle	Le degré d'homogénéité de la clientèle par rapport au degré d'autonomie des résidents. Un bas niveau indique que la personne requiert de l'aide physique et/ou un encadrement intensif dans ses activités de la vie quotidienne. Un haut niveau indique que la personne est autonome pour la plupart de ses activités de la vie quotidienne.	NR
	MCAS	Le MCAS comprend 17 questions regroupées sous quatre dimensions : 1) fonctionnement ; 2) adaptation à la vie quotidienne ; 3) habiletés sociales ; 4) comportements. La cotation se fait sur une échelle de Likert à 5 niveaux. ¹	C RM
DONNÉES DESCRIPTIVES ET ADMINISTRATIVES SUR LA RESSOURCE – RESSOURCE			
	Catégorisation (SIRTIF)	Donnée administrative sur le type de ressource (classification québécoise).	D
	Type de ressource : catégorie	RI, RTF, RI/OBNL, organisme communautaire, RIS, RA, RE.	D

■ Ajout aux 140 attributs

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

Plusieurs ressources résidentielles	Présence d'une ou d'autres ressources sous la responsabilité du responsable et de quel type.	D
Type de ressource : classification selon l'intensité (ASSS)	Code 30, 31, 32 et ajouts de deux autres catégories intermédiaires.	D
Type de ressource : détails sur le type de milieu résidentiel	Description du type de ressource : appartement individuel avec ou sans colocataire(s), appartements regroupés, ressource de groupe, etc.	D
Nombre de départs (1 an)	Nombre de départs au cours de la dernière année.	D
Durée moyenne	Durée moyenne de séjour.	D
Durée maximale	Durée la plus longue du séjour pour un résident.	D
Objectif de la ressource	Orientation et objectif de la ressource (autonomie, maintien, mixte).	V

■ Ajout aux 140 attributs

Toutes les variables numérotés sont sur une échelle à 5 niveaux (Likert)

D = données descriptives ; V = validation d'une information ; **RM** = tiré des séances de remue-méninges (PI) ; **GF** = tiré des groupes de discussions focalisées (PII) ; **E** = ajustements suite aux entrevues (PII) ; **NR** = Non retenu par les ACPs

ⁱ Le MCAS a été traduit en français par le Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé mentale Douglas, puis reproduit et modifié pour les fins de ce projet de recherche. Le questionnaire devant être rempli par des responsables de ressources ou du personnel œuvrant dans des ressources résidentielles, le terme patient a été remplacé par celui de résident. Les termes des échelles ont été homogénéisés et le questionnaire a été imprimé sur un papier format légal (21,59 cm par 35,56 cm) (annexe 4).

Chapitre 7 Discussion

7.1. Retour sur l'analyse conceptuelle

7.2. De quoi n'a-t-on pas parlé

7.3. Portée et limites méthodologiques

7.4. Implications



DISCUSSION

La discussion comprend quatre parties. La première commente la démarche à partir des étapes de l'analyse conceptuelle présentée en introduction (Daigneault, 2010), mais appliquée à l'intervention : **(1)** la recension des différentes définitions de l'intervention dans la littérature ; **(2)** le recensement et l'analyse des caractéristiques associées à l'intervention ; **(3)** la sélection des caractéristiques pertinentes ; **(4)** l'élaboration de la structure et l'opérationnalisation de l'intervention étudiée. La deuxième partie de la discussion s'ouvre sur le *non-dit* de cette thèse et fait entendre la voix des participants. À partir de leurs réflexions, elle aborde certains des enjeux reliés au logement et aux ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. La troisième partie expose la portée et les limites méthodologiques de la Phase I du projet de recherche. Enfin, la quatrième partie aborde les implications de ce projet de recherche.

7.1. Retour sur l'analyse conceptuelle

7.1.1. De quoi parle-t-on ?

La nécessité de revisiter la théorie et la conceptualisation¹ du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental résulte du développement conceptuel flou de l'intervention. Ainsi, la recension des écrits a mis en évidence les différentes terminologies utilisées, leur polysémie et l'élasticité du concept². Ce constat est illustré dans l'étude multicentrique de Rog & Randolph (2002). Ces auteurs, qui utilisent une

¹ La conceptualisation implique de déterminer les caractéristiques constitutives d'un concept (domaines, dimensions et attributs).

² Daigneault & Jacob (2012) définissent par polysémie, le fait qu'un même terme désigne plusieurs réalités, et par ambiguïté, le fait que plusieurs termes semblables soient utilisés pour décrire un phénomène.

échelle de fidélité mesurant l'adhésion aux principes clés du *modèle de soutien au logement* (p. 29, manuscrit 1), comparent des ressources résidentielles classifiées sous le modèle du soutien au logement avec des ressources classifiées sous les modèles plus traditionnels. Les résultats démontrent que les ressources résidentielles des deux modèles adhèrent à certains des principes du modèle de soutien au logement, et ce, sur un continuum. Aucune des ressources ne respectait entièrement (100 %) ces principes. De plus, certaines ressources classifiées sous les modèles traditionnels adhéraient davantage aux principes clés du *modèle du soutien au logement* que les ressources classifiées sous ce dernier. Ainsi, les résultats indiquent que les ressources s'inscrivent sur un continuum selon une adhésion plus ou moins grande aux principes clés du modèle du soutien au logement. Ce constat peut s'appliquer à la majorité des caractéristiques qui peuvent être utilisées pour décrire les ressources résidentielles. En pratique, elles s'articulent autour d'un degré de présence allant de la présence complète d'un attribut à son absence complète (continuum). À cet effet, quelques auteurs critiquent l'échelle de mesure dichotomique utilisée par certains instruments tels le HHPP, le COPES et le RESPPi (p.ex. Piat *et al.* 2006 ; Brunt & Raask, 2012).

Au-delà de la diversité des ressources résidentielles que fait ressortir l'étude de Rog & Randolph (2002), une question se pose : comment affirmer la supériorité de l'un ou l'autre des modèles sans pouvoir d'abord préciser ce en quoi ils sont vraiment distincts ? De toute évidence, un des enjeux de la recherche et de l'évaluation consiste à déterminer d'abord si les objets à analyser sont comparables. Pour ce faire, il faut définir les caractéristiques constituantes du concept ou de l'intervention : **de quoi parle-t-on exactement ?** Il faut se rappeler qu'une bonne conceptualisation peut éviter plusieurs embûches, dont celles-ci :

- des difficultés liées à la mesure de l'intervention ;
- une réduction du pouvoir explicatif des études (Molina & Rhodes, 2002) ;
- des difficultés liées à la comparaison des conclusions de différentes études ;

- des difficultés liées à la comparaison (analyses comparatives) de différents modèles ou types de ressources résidentielles selon leurs effets (résultats au niveau individuel).

Une conceptualisation lacunaire est donc un frein à l'avancement des connaissances. Le rôle de la conceptualisation dépasse celui de la théorie et de la modélisation. Ainsi, lorsque les caractéristiques constitutives d'un concept ou d'une intervention sont identifiées clairement, il est plus facile de l'opérationnaliser et d'identifier les données nécessaires pour le mesurer et le comprendre (Benoit, 2012). La conceptualisation peut donc servir de guide à la recherche.

Pour illustrer l'importance de la conceptualisation et son influence sur les résultats des recherches, prenons l'exemple de l'attribut *taille du milieu* (rejeté dans la solution finale présentée dans le manuscrit 5). Plusieurs études ont évalué les effets de cet attribut (p.ex. Linn *et al.* 1980; Hull & Thompson, 1981; Kruzich, 1985; Kruzich & Kruzich, 1985; Nagy *et al.* 1988; Segal & Sawyer, 1996; Nelson *et al.* 1998; Harkness *et al.* 2004; Newman & Goldman, 2008). La plupart des études évoquent l'effet positif des milieux de petite taille. Toutefois, Segal & Sawyer (1996) ont mis un bémol à la relation de causalité entre la petite taille d'une ressource résidentielle et l'effet positif sur les résultats au niveau individuel (p.ex. intégration dans la collectivité, participation dans le milieu). Ainsi, le contrôle d'autres variables liées à la programmation du milieu, telles que le nombre d'habiletés enseignées et la rigidité des pratiques, réduirait considérablement l'effet de la taille. Ce faisant, la conceptualisation illustre non seulement les différentes caractéristiques constitutives du concept ou de l'intervention, elle éclaire l'ensemble des interactions possibles entre celles-ci.

Ce sont des décennies de recherche dans le domaine du logement et des ressources résidentielle pour les adultes avec un trouble mental qui sont touchées par une

conceptualisation lacunaire³ et des faiblesses méthodologiques⁴. Devant ce constat et les conclusions de deux articles synthèses (Chlivers *et al.* 2006 ; Leff *et al.* 2009), l'équipe de recherche a adopté une position ou une prémisse neutre qui allait guider le projet de recherche dans sa totalité. Il n'y a pas de milieu idéal pour tous et, en l'absence de données probantes, l'accent doit d'abord être mis sur une description et une compréhension en profondeur de l'intervention ou du concept.

7.1.1.2. Le recensement des caractéristiques

Pour cerner la complexité de l'intervention étudiée et en recenser les caractéristiques, l'équipe de recherche a eu recours à la littérature des trois dernières décennies (théories, modèles, caractéristiques, instruments de mesure) et à une pluralité de parties prenantes (cartographie de concepts). Une première étape structurante a été réalisée par le biais d'une recension des écrits. La candidate au doctorat a pu en extraire des caractéristiques et les organiser à partir du cadre conceptuel. Une deuxième étape a été réalisée, avec les parties prenantes, par le biais de la cartographie de concepts (étape 2). Les séances de remue-méninges ont généré 1382 idées et plus de 250 attributs (codes) décrivant le logement et les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental.

7.1.1.3. L'analyse et la sélection des caractéristiques

L'analyse des attributs a reposé sur la construction du cadre conceptuel préliminaire (figure 7, p. 72) et sur une analyse de contenu des idées issues de la cartographie de concepts (section 4.2.2.2., p. 118). La sélection de 140 des 1382 idées demeure partiellement sujette à l'influence de l'équipe de recherche, et ce, malgré l'utilisation du cadre conceptuel pour guider l'analyse de contenu et d'un codage précis et exhaustif. L'objectif initial était

³ De rares études ont utilisé un cadre conceptuel (p.ex. Wong & Solomon, 2002 ; Kloos & Shah, 2009) ou décrivent en détail les caractéristiques des ressources résidentielles (p.ex. Wykes *et al.* 1982 ; Rog & Randolph, 2002 ; Santone *et al.* 2005).

⁴ Il a déjà été mentionné à quelques reprises dans cette thèse que la qualité des études dans le champ du logement et des ressources résidentielles est critiquée par plusieurs auteurs.

de sélectionner 100 attributs, comme recommandé dans les lignes directrices de la cartographie de concepts (Kane & Trochim, 2007). Toutefois, l'équipe de recherche a jugé que retrancher davantage d'attributs déprécierait la qualité de la démarche (neutralité) et accroîtrait d'une façon indue son influence sur les résultats.

Le projet de recherche ne s'est pas limité à la sélection de 140 attributs. En réalité, il y aura eu plusieurs étapes d'analyses et trois étapes de sélection : **(1)** la sélection des 140 attributs ; **(2)** la rétention par les analyses PCAs de domaines, composantes et attributs (manuscrit 5) ; **(3)** la sélection des caractéristiques de l'instrument de mesure abordée au chapitre 6. Inspirée de Goertz (2006), la sélection des caractéristiques repose sur des considérations ontologiques, causales, réalistes et statistiques⁵.

Les considérations réalistes ont permis, dans un premier temps, d'explorer l'importance et la présence relatives des attributs telles que perçues par les parties prenantes (étape 3a de la cartographie de concepts). Les cotes attribuées à l'importance de chaque attribut par les personnes utilisatrices de services sont révélatrices d'une tendance qui mériterait que la recherche s'y attarde davantage. En effet, malgré l'importance élevée accordée aux attributs (voir manuscrit 4), les données partielles suggèrent que pour un petit nombre d'attributs l'importance varie entre deux sous-groupes : soit entre les personnes utilisatrices de services qui ont attribué une cote à l'ensemble des attributs durant la rencontre de deux heures et celles qui ont répondu à une partie des questions. Les personnes qui ont répondu à l'ensemble des questions demeuraient majoritairement dans des appartements avec ou sans soutien (voir manuscrit 4). Pour certains attributs, bien qu'aucune conclusion ne puisse en être tirée, la moyenne change significativement si les

⁵ Les considérations ontologiques se concentrent sur les dimensions constitutives d'un phénomène (entre autres, à travers la recension des écrits et l'étape 2 de la cartographie de concepts). Les considérations causales s'attardent aux caractéristiques qui occupent un rôle dans les hypothèses et les mécanismes de causalité propres à l'intervention (selon la littérature). Les considérations réalistes impliquent une analyse empirique (Daigneault, 2010) et des considérations cliniques. Enfin, les considérations statistiques impliquent des analyses statistiques (p.ex. corrélations entre les variables).

personnes qui n'ont pas complété l'ensemble de la cotation sont exclues de l'analyse^{6, 7}. L'hypothèse selon laquelle la diversité des besoins et des préférences est en relation avec les caractéristiques cliniques est appréciable. Toujours au niveau des données empiriques, les analyses multivariées (étape 4 de la cartographie de concepts) ont permis de limiter l'influence de l'équipe de recherche lors de la production de la conceptualisation initiale qui consiste en une agglomération des regroupements individuels des 73 participants. La conceptualisation issue de la cartographie de concepts, imparfaite, reflète malgré tout les données initiales, c'est-à-dire les regroupements des attributs créés individuellement par les participants (voir indice de stress, manuscrit 2). De plus, la conceptualisation initiale issue de la cartographie de concepts suggère une concordance entre les différentes parties prenantes relativement à leur façon de se représenter l'intervention (regrouper les idées) et relativement à leur perception de l'importance des attributs (coter les idées).

Enfin, à partir des corrélations entre la présence relative des 140 attributs, les analyses PCAs font évoluer la conceptualisation vers une plus grande parcimonie et vers une structure logique (rationnelle) apte à refléter aussi les données de la réalité (considérations statistiques). Cette étape peut paraître superflue. Toutefois, elle est d'autant plus importante que pour plusieurs des instruments existants, aucune analyse factorielle n'a été effectuée. Pour d'autres instruments, leur structure ne passe pas l'épreuve de la réalité et s'est vue critiquée (p.ex. COPES, HHPP, MPQ).

7.1.1.3. La conceptualisation

La conceptualisation issue de la cartographie de concepts, à travers une représentation visuelle, illustre la perspective écologique et la complexité de l'intervention : interactions

⁶ Rappelons que les données ne peuvent être analysées dans leur entier en raison du nombre élevé de données manquantes.

⁷ Par exemple, la moyenne de l'attribut n° 21 passe de 3,32 à 2,96 lorsque les personnes n'ayant pas complété le questionnaire sont exclues (5 = très important ; 1 = pas important du tout) (n° 21 = *Avoir des ressources résidentielles majoritairement transitoires, c.-à-d. que la personne ne peut pas y demeurer toute sa vie*).

entre l'environnement social et physique, caractéristiques (attributs) multiples, trois niveaux géographiques et deux axes (figure 17, p. 169) (manuscrit 4). Cette première conceptualisation permet aussi de mettre en lumière des caractéristiques de niveaux multiples et leurs interactions possibles, qu'il faut considérer lorsqu'il s'agit d'étudier le logement et les ressources résidentielles. De plus, elle aura été utilisée dans le cadre de ce projet de recherche comme point de départ pour l'opérationnalisation systématique et entière de l'intervention complexe d'intérêt. Les analyses PCAs subséquentes ont permis d'identifier les caractéristiques constitutives de l'intervention qui se matérialisent dans la réalité : quatre domaines, 11 composantes et 81 attributs. Les caractéristiques constitutives sont brièvement résumées ci-dessous. La plupart d'entre elles sont abordées dans la littérature et sont décrites par les instruments existants (manuscrit 5). Notons, au passage, que l'ordre de présentation de deux domaines a été inversé afin de respecter la structure du CaSPER-SM.

Domaine 1 – L'environnement géophysique

Le premier domaine regroupe deux composantes et 10 attributs. Tous ont été évoqués dans la littérature. Certains sont moins présents, tels que l'importance d'exercer un contrôle sur son environnement physique (p.ex. décoration) (Nelson & Fowler, 1987).

- **L'aménagement intérieur et la vie privée (C1) :** La qualité et le confort du milieu résidentiel contribuent à la satisfaction des personnes utilisatrices de services (Baker & Douglas, 1990; Harkness *et al.* 2004; Picardi *et al.* 2006; Sylvestre *et al.* 2007; Wright & Kloos, 2007; Tsai *et al.* 2010). L'importance de jouir de son intimité dans son milieu de vie est mentionnée par quelques auteurs (McCarthy & Nelson, 1993; Timko, 1996; Johnson, 2001; De Girolamo & Bassi, 2004 ; Sylvestre *et al.* 2007) et elle implique des particularités liées à l'environnement physique, comme avoir une chambre à soi (Johnson, 2001; De Girolamo *et al.* 2002).

- **La proximité de services (C2)** : Sur le plan géographique, les études suggèrent qu'un logis à proximité des services et des transports, augmente le taux de participation aux activités sociales et l'intégration dans la collectivité (p.ex. Segal & Aviram, 1978; Hull & Thompson, 1981; Kruzich, 1985; Newman, 2001; Wong & Solomon, 2002; Wright & Kloos, 2007). Cette composante est aussi l'une des plus importantes selon les personnes utilisatrices rencontrées dans ce projet de recherche (figure 12, p. 111).

Parmi les attributs écartés par les analyses PCAs, se trouvent des attributs décrivant le voisinage (p.ex. sécurité). En ce sens, les quartiers socioéconomiquement diversifiés seraient plus favorables aux personnes avec un trouble mental (Harkness *et al.* 2004; Newman *et al.* 1994). Certaines études ont aussi décrit l'influence de la localisation urbaine versus rurale (Mercier, 1994 ; Husted & Ender, 2001). Les caractéristiques structurales de l'environnement social ont aussi été écartées par les analyses PCAs (p.ex. la taille du milieu, la concentration de personnes avec un trouble mental) (Santone *et al.* 2005 ; Newman & Glodman, 2008 ; Townley & Kloos, 2011).

Domaine 3 - Le soutien et les services offerts

Le deuxième domaine regroupe trois composantes et 27 attributs qui décrivent le soutien, les interventions et les activités offertes dans le milieu résidentiel. Ainsi, la conceptualisation initiale issue de la cartographie de concepts isole le soutien et les services offerts des autres caractéristiques procédurales liées au fonctionnement de la ressource et au style de provision (*provision style*) (domaine 2) (figure 17, p. 169). Deux des trois composantes sont regroupées pour les raisons exposées ci-dessous.

- **Le soutien et les interventions axés sur le développement personnel et les habiletés (C6) et le soutien et les interventions axés sur la qualité de vie et le maintien (C7)** : Ces deux composantes traduisent non seulement la diversité des services offerts, mais

leurs finalités divergentes. Elles sont à l'origine d'un des débats associé aux ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental : une ressource peut-elle être un milieu de vie à long terme axé davantage sur la qualité de vie (et non sur le développement ou la transition) ? Pourquoi ne pourrait-il pas y avoir plus d'une finalité pour les ressources résidentielles ? Les analyses PCAs ont mené au regroupement des attributs selon ces deux finalités opposées formant ainsi les composantes C6 et C7 (rappelons que des corrélations sur le critère de la présence relative de chaque attribut sont à la base des analyses). Le fait que quelques attributs à coefficients de saturation négatifs n'aient pas été retenus dans la solution (p.ex. *Enseigner l'automédication* (n° 81)), a été un autre incitatif pour regrouper les deux dimensions. Manifestement, chaque attribut semblait pouvoir se décliner en plusieurs niveaux depuis une orientation de prise en charge vers une orientation où la ressource ne fournit aucune aide ; cette logique est reprise dans le CaSPER-SM (chapitre 6). Ainsi, les résultats suggèrent que la description des attributs du soutien et des interventions doit aller au-delà de leur simple présence ou absence. La littérature fait rarement cette distinction (p.ex. Priebe *et al.* 2009).

- **La prestation du soutien et des services en partenariat (C8)** : Cette composante expose l'apport d'acteurs formels et non formels, incluant la personne elle-même, ses proches et la collectivité. Les attributs intègrent le choix du milieu résidentiel que plusieurs études associent à la stabilité résidentielle et à la satisfaction (p.ex. Srebnik *et al.* 1995; Kirsh *et al.* 2009 ; Rog *et al.* 2014). L'importance des proches est aussi bien documentée (p.ex. Duff, 2012; Corrigan & Phelan, 2004). Cette composante s'ouvre donc sur le support social, la continuité des services et la collectivité. Enfin, les attributs de cette composante se rapprochent davantage des principes du rétablissement et du *modèle de soutien au logement* (p.ex. choix, services flexibles et individualisés) (Tabol *et al.* 2010).

La littérature indique que les services offerts et les activités en place varient grandement d'une ressource à l'autre (Randolph *et al.* 1991; Shepherd *et al.* 1996; De

Girolamo *et al.* 2002; Priebe *et al.* 2009). Or, très peu d'études ont décrit en détail les services, les interventions et les activités en place dans les ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental (p.ex. Santone *et al.* 2005). Ce constat surprend compte tenu de leurs effets possibles sur les résultats au niveau individuel. De plus, il importe, ici, de se rappeler que la conceptualisation initiale issue de la cartographie de concepts suggère que les services et le soutien peuvent être offerts par des acteurs de différents niveaux et non uniquement par le milieu de vie. La séparation des services est l'un des éléments essentiels *du modèle du soutien au logement* (voir p. 29) (Tabol *et al.* 2010). Toutefois, les évidences à son sujet sont non concluantes (Hodgins *et al.* 1990 ; Bedout, 1999 ; Kirsh *et al.* 2009).

Domaine 2 – Atmosphère et fonctionnement du milieu

Ce domaine est sans aucun doute le plus étudié en relation avec les ressources résidentielles de groupe. Il comprend trois composantes et 27 attributs.

- **Les interactions et le climat induit par les pairs (C3)** : Les interactions entre le personnel du milieu et les résidents influencent les résultats au niveau individuel (p.ex. la participation à des activités dans la ressource) (Downs & Fox, 1993; Hull & Thompson, 1981; Parks & Pilisuk, 1984; Kruzich, 1985; Kruzich & Kruzich, 1985; Nagy *et al.*, 1988; Trute, 1986). Les analyses PCAs ne dissocient pas les interactions entre les résidents de celles avec le personnel ce qui suggère qu'elles s'influencent et contribuent toutes les deux à l'atmosphère, essentielle à la création d'un environnement thérapeutique (p.ex. Garety & Morris, 1984; Fakhoury *et al.* 2002; Shepherd & Macpherson, 2011). Cette composante met l'emphase sur le respect et intègre quelques qualités interpersonnelles clés du personnel.
- **Le style de vie occupationnel et la participation (C4)** : Plusieurs études indiquent que pour les personnes avec un trouble mental, l'emploi du temps se caractérise par l'ennui,

l'attente (Champney & Dzurec, 1992; Suto & Frank, 1994) et les loisirs passifs (Delespaul, 1995; Dickerson *et al.* 1999; Aubin *et al.* 2002; Krupa *et al.* 2003). D'autres études concluent que les personnes avec un trouble mental ont des besoins occupationnels non satisfaits (Kallert & Leisse, 2001; Middelboe *et al.* 2001; Wiersma & van Busschbach, 2001 ; De Girolamo *et al.* 2014). Même si cette composante a le plus souvent été étudiée sous l'angle des résultats au niveau individuel, elle suggère que l'organisation quotidienne des activités et la possibilité de participer à des activités influencent l'atmosphère, le fonctionnement du milieu et les résultats au niveau individuel.

- **La flexibilité et la participation dans les décisions concernant le milieu (C5) :** La rigidité des pratiques managériales compte parmi les composantes les plus étudiées (tableau XV, p. 196). Plusieurs auteurs se sont attardés à l'influence des environnements stricts et exigeants ainsi qu'à l'organisation des pratiques (Carpenter & Bourestom, 1976 ; Hull & Thompson, 1981 ; Kruzich & Kruzich, 1985 ; Kruzich & Berg, 1985). Cette composante bien qu'elle mesure indirectement la rigidité du milieu, met davantage l'accent sur la participation, non pas à des activités (comme la dimension précédente), mais aux décisions concernant le fonctionnement du milieu. En ce sens, elle contribue à la création d'un sentiment de chez-soi (Brown, 2005) et rejoint l'appropriation du pouvoir (Nelson & Peddle, 2005). Enfin, elle s'intéresse à la flexibilité du milieu (Trainor *et al.* 1993).

Ce domaine soulève plusieurs questionnements puisque les différentes études laissent supposer que la *personnalité* du milieu et les modes d'interactions peuvent influencer différemment la personne selon le diagnostic et les caractéristiques personnelles (p.ex. Cournos, 1987; Trainor *et al.* 1993 ; Holmqvist, 2000). Cournos (1987), dans un article synthèse, écrivait que les facteurs environnementaux avaient plus d'effets sur les résultats au niveau individuel que les caractéristiques personnelles des résidents.

Domaine 4 – Pratiques organisationnelles et managériales

Le domaine 4 est plus hétérogène et le moins documenté. Ici, les résultats des analyses PCAs indiquent qu'un plus grand nombre de variables ont été retranchées. Néanmoins, les trois composantes et 19 attributs renferment des éléments intéressants non pas seulement à cause de leurs influences possibles sur la prestation des soins et des services, mais parce qu'ils suggèrent l'importance de certaines pratiques organisationnelles aux niveaux individuel (ressource), local et systémique. Nous reviendrons sur les implications cliniques et managériales dans la dernière section de la discussion.

- **Pratiques organisationnelles en relation avec le personnel (C9)** : Bien que cette composante semble dirigée vers les qualités des intervenants (aussi abordées dans le domaine 2), elle est davantage axée sur les pratiques et sur la philosophie implantée dans le milieu (p.ex. travailler avec la personne, croire en la personne) et, donc, sur des compétences plutôt que sur les qualités interpersonnelles. Quelques études suggèrent que le rapport personnel-résidents est moins déterminant que les qualités des intervenants (Nagy *et al.* 1988; Coleman & Paul, 2001; Fakhoury *et al.* 2002; Shepherd et Macpherson, 2011). Toutefois, le niveau de supervision (Hodgins *et al.* 1990) et la disponibilité du soutien (Forchuk *et al.* 2006; Kirsh *et al.* 2009) ont été identifiés comme étant des attributs clés. Au demeurant, plusieurs études soulèvent le peu de formations du personnel œuvrant dans les ressources résidentielles relativement à la santé mentale (p.ex. Nero *et al.* 2005; Shepherd & Macpherson, 2011).
- **Soutien au milieu et partenariat au niveau local (C10)** : Cette composante, comme la prochaine (C11), fait appel à un ensemble de partenaires. Chaque attribut vient offrir une forme de soutien directe ou indirecte aux résidents ou à la ressource résidentielle. Cette dernière se situe dans un réseau local de services et dans une communauté qui contribuent à alléger ou non les défis quotidiens des ressources résidentielles dans leur travail auprès des personnes utilisatrices de services; par exemple, pouvoir compter sur un centre de crise, profiter de services spécialisées en toxicomanie dans la région

(Sylvestre *et al.* 2007; Shepherd & Macpherson, 2011). La littérature documente les bienfaits des services offerts par les pairs (p.ex., Besio & Maher, 1993) et les changements dans les attitudes du personnel qui côtoient des pairs aidants (Weisman *et al.* 2005).

- **Les pratiques de l'établissement gestionnaire (C11)** : Peu d'études se sont attardées sur les attributs de cette composante. Macpherson et collaborateurs (2004) les associent pour la plupart à la qualité des services. L'importance des programmes de formation pour le personnel œuvrant dans les ressources résidentielles est aussi abordée par plusieurs autres auteurs (Picardi *et al.* 2006 ; Sylvestre *et al.* 2007 ; Kirsh *et al.* 2009). Un des enjeux consiste à maintenir les acquis dans le temps. Un autre enjeu concernant le leadership et les pratiques managériales externes découle du fait que chaque ressource résidentielle peut facilement devenir isolée et développer des styles idiosyncrasiques.

Ce domaine, peu documenté, débouche sur une conceptualisation complexe du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. De plus, il met en lumière la perméabilité entre les différents niveaux géographiques. Des composantes rattachées aux niveaux local et national vont influencer l'offre de services, différentes dimensions de la qualité (p.ex. justesse) et les résultats au niveau individuel.

7.1.1.4. L'opérationnalisation : construction de l'instrument de mesure

Ceci nous amène à l'opérationnalisation des attributs et à l'instrument de mesure, le CaSPER-SM (PII). Sans vouloir discréditer le travail effectué dans les étapes précédentes de la démarche, l'équipe de recherche a usé de prudence relativement aux attributs à soustraire. La version actuelle du CaSPER-SM comprend donc certains attributs rejetés par les analyses PCAs (voir Chapitre 6) et conservés en raison de leur pertinence théorique (littérature), clinique ou managériale. Ce choix (qui peut être critiqué) a ralenti le développement et le processus de validation de l'instrument. Toutefois, étape par étape, l'équipe de recherche en est arrivée à proposer un instrument de mesure unique qui rejoint différentes

considérations⁵ et qui peut avoir plusieurs utilisations. Le CaSPER-SM comprend aussi, tel que suggéré par les résultats de la Phase I du projet de recherche et la recension des écrits, un inventaire de données descriptives sur la ressource résidentielle et un bref questionnaire sur le profil des résidents (manuscrit 5).

La Phase I du projet de recherche a permis d'identifier des attributs clés qui sont devenus des variables dans le CaSPER-SM. La dose ou le degré de présence (continuum) s'est imposée comme un choix judicieux pour opérationnaliser chacun des attributs. L'étude transversale (PII) vient d'ailleurs confirmer ce choix. Le degré de présence, neutre, ne qualifie pas les attributs. Il permet ainsi de considérer chaque attribut ou composante comme pouvant représenter un stresser, un catalyseur, une force restrictive ou positive, et ce, selon l'expérience et les caractéristiques d'un individu (voir manuscrit 4) (Kloos & Shah, 2009). De plus, les analyses multivariées ont permis de spécifier les liens (anticipés) entre les indicateurs et, par conséquent, les sections du CaSPER-SM.

7.2. De quoi n'a-t-on pas parlé

Depuis le début, le contenu de cette thèse a abordé la conceptualisation du logement et des ressources résidentielles. Pourtant, un élément fondamental de ce projet concerne la participation d'une pluralité de parties prenantes qui, avec l'équipe de recherche, ont (co)construit⁸ la conceptualisation et l'instrument de mesure. Leurs idées et leurs réflexions ont permis à l'équipe de recherche de formuler avec justesse les questions de l'entrevue semi-structurée et les points d'ancrages du CaSPER-SM. Cependant, l'espace de rencontre, caractérisé par la créativité, l'ouverture et le dynamisme, a aussi soulevé des questionnements. Au terme de cette thèse de doctorat, leurs mots viendront illustrer ces questionnements. Les extraits du verbatim des séances de groupes ne sont pas présentés

⁸ Cette (co)construction est partielle compte tenu du contrôle de l'équipe de recherche sur la démarche.

dans l'optique de résultats, mais bien parce que l'équipe a débuté le projet de recherche en disant « *À vous la parole* » (Annexe 5). Il semble maintenant légitime de la leur redonner.

L'appartement autonome : une visée pour tous ?

Tel qu'indiqué dans le manuscrit 1, le *modèle de soutien au logement* rejoint davantage les préférences des personnes avec un trouble mental et la philosophie du rétablissement. En ce sens, la discussion entourant le « meilleur » modèle de logement dépasse les données empiriques et est empreinte de valeurs et d'idéologies. Les arguments des défenseurs du *modèle de soutien au logement* abondent dans la littérature (p.ex. Carling, 1993), tout comme les objections de ceux qui suggèrent qu'il ne convient pas à certains sous-groupes de personnes avec un trouble mental (cf. Dickey *et al.* 1996 ; Rog, 2004 ; Patterson *et al.* 2007). Notons, au passage, que plusieurs des études qui viennent appuyer le modèle de soutien au logement ciblent les personnes sans-abris. La comparaison des caractéristiques sociodémographiques des participants, lorsque disponibles, met en relief certaines différences. Par exemple, l'étude de Tsai *et al.* (2010) (< 20%) et celle de Tsemberis & Eisenberg (2000) (< 55%) comprennent moins de participants avec un diagnostic de troubles psychotiques comparativement aux études effectuées auprès de résidents de ressources résidentielles avec encadrement (> 65%) (p.ex. De Girolamo *et al.* 2005 ; Piat *et al.* 2008 ; Priebe *et al.* 2009). Enfin, nombre d'auteurs (auxquels se joint la candidate au doctorat) prônent la variété, c.-à.-d. un éventail de ressources résidentielles pour répondre à une variété de besoins et de préférences (Lesage & Morissette, 1993 ; Fakhoury *et al.* 2002 ; Macpershon *et al.* 2004 ; Priebe *et al.* 2009; Tsai *et al.* 2012; Shepherd & Macpherson, 2011).

Le débat sur la prééminence du *modèle de soutien au logement* sur celui du *continuum résidentiel* a émergé à la fin des années 1980. Aujourd'hui, la réalité semble différente en ce sens que les pratiques ont évolué et que les écarts entre les modèles se sont atténués (voir Rog & Randolph, 2002 ; Tabol *et al.* 2010). Par ailleurs, au niveau empirique, il

n'y a toujours pas de données rigoureuses qui démontreraient la supériorité du *modèle de soutien au logement* sur les schèmes axés sur le traitement et la réadaptation ou sur un éventail de ressources. Au contraire, les résultats d'études plus récentes (Seigel *et al.* 2006; Tsai *et al.* 2010; Townley & Kloos 2011; Tsai *et al.* 2012) remettent en question sa supériorité (pour certains sous-groupes de personnes avec un trouble mental). Un doute est même soulevé relativement au degré de satisfaction à long terme (cinq ans) (Tsai *et al.* 2010).

Le débat nous ramène à des valeurs ou idéologies : l'autonomie de choix (p.ex. choisir son milieu de vie, avec qui on vit, les services que l'on reçoit), la liberté, la normalisation et l'indépendance. D'emblée, le *modèle de soutien au logement* semble associé à ces valeurs. La réalité est pourtant plus complexe. Le fait de demeurer dans son propre appartement n'implique pas nécessairement une intégration dans la collectivité (voir exergue, p. xvii). Au contraire, plusieurs études font état de la solitude et de l'isolement qui peuvent survenir (p.ex. Walker & Seasons, 2002; Kirsh *et al.* 2009). L'appartement n'est pas non plus synonyme d'autonomie et de liberté de choix inconditionnel (p.ex. une personne pourrait être contrainte de vivre dans un quartier défavorisé ou de recevoir régulièrement une injection⁹). Parfois, dans certaines situations, le choix peut occasionner une rupture avec des services qui, pourtant, seraient bénéfiques. Demeurer dans son propre appartement ne garantit pas une vie occupationnelle plus riche. Au contraire, certaines études rapportent le manque de stimulation (lié à l'isolement). Ironiquement, certaines de ces conditions rappellent les critiques envers les institutions asilaires du milieu du XX^e siècle. À cela s'ajoute la misère sociale. Sans le sou, plusieurs personnes avec un trouble mental demeurent dans des quartiers défavorisés et des loyers inadéquats. Les personnes utilisatrices de services nous ont mentionné que plusieurs dépendent des banques alimentaires, si disponibles (et s'il leur reste assez d'argent pour payer les frais de déplacement). En ce sens, le supplément au loyer devient certes un élément essentiel au *modèle de soutien au*

⁹ Ainsi, l'alternative la moins restrictive concerne à la fois l'environnement physique et le traitement.

logement et à la stabilité résidentielle (Krish *et al.* 2009 ; Tabol *et al.* 2010). Toutefois, les résultats des études sont divergents relativement à ses effets (Hulburt *et al.* 1996 ; Newman, 2001).

Ici, deux questions se posent. La première concerne la normalisation qui, dans l'absolu, implique la compétition pour l'accès à un logement :

1. Être traité comme tout le monde prime-t-il sur le besoin d'avoir accès à un logement décent et abordable à travers un programme spécifique destiné aux personnes avec un trouble mental ? (traduction libre, Newman & Goldman, 2008)
2. Est-il acceptable que certaines personnes dans nos sociétés modernes ne puissent pas, pour différentes raisons, pendant une brève ou longue période, atteindre le *hallmark* de l'indépendance de l'âge adulte ? (traduction libre, Rudkin, 2003)

La deuxième question explore les raisons qui peuvent nous amener à considérer comme inacceptable le fait d'être un adulte et de ne pas vivre dans son propre appartement. Dans les faits, tel que mentionné par Rudkin (2003), près de 70 % des habitants de la planète ne fonctionnent pas sur une base individualiste qui valorise l'indépendance ...

Parmi les personnes utilisatrices de services que nous avons rencontrées, il y a celles pour qui l'appartement convient ou celles qui en rêvent. Il y a celles qui reçoivent de l'aide de leurs parents (entre autres, pour l'aspect financier). Il y a celles pour qui demeurer dans son propre appartement représente un combat quotidien, mais elles y tiennent. Il y a celles qui nous ont dit « *pas tout de suite, pas encore* ». Il y a celles qui ont dit « *non* ».

Aller en appartement, c'est une décision sans retour, c'est plonger dans le vide
(tu te restreins ...)

*Personne utilisatrice de services*¹⁰

¹⁰ Elle demeure dans une résidence d'accueil traditionnelle. Elle conduit sa voiture et mène les autres résidents à leur rendez-vous pour donner un coup de main à la propriétaire. Elle fait du bénévolat. Dans sa chambre elle a une grande table à dessin (c'est une artiste). Elle mange bien et apprécie la présence quotidienne d'une personne de confiance. Elle a tenté plusieurs fois de vivre dans son propre appartement, sans succès.

Plusieurs nous ont expliqué leur choix démontrant une capacité à analyser leur situation et à faire certains compromis, et ce, tel que mentionné par quelques auteurs (p.ex. Forchuk *et al.* 2006 ; Sylvestre, 2007 ; Piat & Sabetti, 2010). Des réalités multiples, des besoins multiples et des préférences multiples qui fluctuent dans le temps et selon les circonstances, telle est la réalité des personnes utilisatrices de services rencontrées.

Vivre seul ? Vivre avec d'autres personnes avec un trouble mental ?

Cette question nous renvoie à des valeurs de normalisation, d'appartenance à la collectivité et d'individualisme. Tel que mentionné précédemment, plusieurs auteurs rapportent l'isolement vécu par les personnes avec un trouble mental. Plusieurs autres évoquent la stigmatisation et la ghettoïsation (Aubry & Myner, 1996) ou suggèrent qu'il est préférable de vivre dans son propre appartement et dans des immeubles où les autres résidents (locataires) ne sont pas des personnes avec un trouble mental (Hodgins *et al.* 1990; Walker & Seasons, 2002 ; Wong & Solomon, 2002). Or, quelques études avancent qu'il y aurait des effets bénéfiques à demeurer avec d'autres personnes avec un trouble mental (p.ex. sentiment plus élevé d'appartenance à la collectivité, intensité du soutien) (Newman, 2001 ; Harkness *et al.* 2004 ; Townley & Kloos, 2011). Dorvil *et al.* (2005) parlent aussi d'un «abri» contre le stigmate de la ségrégation sociale. À ce sujet, Townley & Kloos (2011), relevant l'ironie de la situation, citent Cummins & Lau (2003) :

What is being suggested is that we stop devaluing relationships between people who have a disability and that we lay to rest the implicit belief that associations with non-disabled people are in some sense superior. (p. 444)

Il ne faut donc pas sous-estimer l'effet thérapeutique du soutien offert par les pairs ni celui lié à l'atmosphère (domaine 3). Ainsi, le milieu résidentiel offre potentiellement des bénéfices thérapeutiques bien distincts des services offerts et de leur intensité (Newman, 2001). En contrepartie, il faut aussi rappeler que la vie de groupe peut présenter un stress (Hodgins *et al.* 1990; Seasons & Walker, 2002) et des défis pour lesquels les personnes sont

souvent mal préparées. Plusieurs n'ont pas vraiment été consultées et n'ont reçu que peu d'information sur les ressources résidentielles et sur les résidents qui y habitent ¹¹.

Ça change à toutes les années ... il y a des personnes qui restent et des personnes qui arrivent. On doit s'adapter aux gens qui arrivent. Ce n'est pas toujours évident. Tout le monde ne nous aime pas et on n'aime pas tout le monde.

Personne utilisatrice de services

Au demeurant, aller habiter une ressource résidentielle a souvent été décrit comme un deuil, car dans plusieurs situations la personne ne choisit pas ce milieu (ou fait un compromis) (Forchuk *et al.* 2006). Trop peu de soutien est offert aux personnes utilisatrices de services dans cette phase de transition et de choix.

Les résultats au niveau individuel : quelle est la finalité de l'intervention ?

Les études recensées mesurent différents résultats (surtout au niveau individuel) (figure 7, p, 72). Au courant des décennies, les symptômes, la ré-hospitalisation, la qualité de vie et l'intégration interne et externe semblent avoir été remplacés par la satisfaction, la stabilité résidentielle, l'intégration sociale et la perception de l'appartenance à la communauté (*perceived sense of community*). Au-delà des nombreuses possibilités, il ressort que les résultats au niveau individuel peuvent être liés à la santé (p.ex. symptômes) ou aux expériences de la personne (p.ex. satisfaction, se sentir en sécurité) (Campbell *et al.* 2000).

Bien que la question n'ait pas été posée directement, les participants, incluant les personnes utilisatrices de services, nous ont rappelé à bon escient certaines des finalités du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental :

- Avoir une bonne qualité de vie (une bonne vie) ;
- Être bien ou se sentir bien ;

¹¹ La présence moyenne pour l'attribut n° 136 (*D'abord demander [...] Où tu veux vivre?*), selon les personnes utilisatrices de services, est de 3,12. Son importance est de 4,47. La présence moyenne pour l'attribut n° 44 (*Préparer la personne à l'hébergement [...]*) est de 3,03. Son importance est de 4,36.

- Avoir une place où vivre / se sentir chez soi ;
- Se sentir en sécurité
- Être intégré dans la collectivité.

Pour les personnes utilisatrices de services, les deux premières finalités dominaient (tableau XII, p. 137). Étonnamment, durant les séances de groupe, l'équipe de recherche a souvent dû expliquer en quoi consistait le rétablissement à des intervenants, à du personnel œuvrant dans des ressources résidentielles, à des personnes utilisatrices de services et à des proches. Il y a ici une leçon à tirer sur les dérives ou l'écart des discours. En effet, le tableau XII affiche plusieurs éléments qui témoignent de pratiques axées sur le rétablissement (p.ex. orientation sur la personne, croire (espoir) en la personne, choix, activités significatives (Farkas *et al.* 2005 ; Davidson, 2007)), et d'autres associés à la participation citoyenne (p.ex. stigmatisation). De plus, il englobe plusieurs éléments que les résidents des ressources résidentielles associent à leur rétablissement (Piat *et al.* 2012). Excepté pour les groupes composés de gestionnaires, le terme rétablissement est quasi absent. La façon de l'exprimer pour la majorité des groupes passe par les réalités quotidiennes, les interactions et les valeurs.

Une fraction des personnes avec un trouble mental : mais laquelle est desservie ?

Tel que mentionné précédemment, les ressources résidentielles avec encadrement ne desservent qu'une petite portion des personnes avec un trouble mental, approximativement 10% de celles avec des troubles mentaux graves qui elles-mêmes représentent 1.5% de la population. Une démarche d'évaluation récente des besoins¹² sous la responsabilité de l'ASSSM, suggère que de l'ensemble des personnes hospitalisées sur les unités psychiatriques de courte durée de la région de Montréal, moins de 20% pourraient bénéficier d'une ressource résidentielle avec encadrement. De ces personnes, une majorité (70%) ont déjà fait

¹² Données tirées de la *Démarche d'évaluation des patients hospitalisés dans les unités psychiatriques de courte durée*, Rapport DHOR (ISUMM & IUSMD, 2013).

un ou plusieurs essais en appartement autonome. Ces résultats donnent à penser que le réseau résidentiel dessert les personnes avec les troubles les plus graves et les plus complexes. Toutefois, les données sur les personnes desservies par les ressources résidentielles au Québec, peu importe le secteur de logement (privé, communautaire (OBNL), public, *logement social et communautaire*), sont imprécises (voir Trainor *et al.* 2013). Ce faisant, plusieurs questionnements demeurent :

Qu'est ce qui fait en sorte que pour beaucoup d'usagers leur seule voie d'accès aux ressources d'hébergement, ce sont les ressources privées ? Pourquoi ce sont les seules ressources accessibles pour ces gens ? Cette clientèle qui souvent ne veut pas respecter les règles du réseau RNI. Des gens qui viennent désorganiser tout le monde. Des gens qui ne veulent pas l'aide du travailleur social, qui ne respectent pas les règles de la ressource. On les retrouve souvent à l'urgence : la porte tournante. Comment les attraper ? Des jeunes délinquants, toxicomanes à 18 ans ... où ils vont ? Quel réseau développer ? Et les psychoses toxiques ?

Intervenant responsable du suivi des usagers

D'autres auteurs ont aussi rapporté ce phénomène qui laisse supposer que les clientèles les plus difficiles et complexes n'intègrent pas le réseau public ou qu'elles y sont parfois refusées. Cela dit, il faut aussi s'interroger sur la capacité du réseau résidentiel québécois actuel à bien desservir des clientèles avec des problématiques complexes : toxicomanie, troubles de la personnalité, troubles graves du comportement, déficits cognitifs, symptômes résiduels, comportements de violence hétéro-agressive, problèmes de santé physique, etc. Neri *et al.* (2011) ont d'ailleurs observé un changement des caractéristiques de la clientèle desservie dans les ressources résidentielles italiennes entre 2000 et 2005 ... Qu'en est-il au Québec ?

L'équivalence fonctionnelle : la ou les fonctions des ressources résidentielles ?

Dans le développement et la compréhension du réseau résidentiel, le principe de l'équivalence fonctionnelle est central. Ce principe reconnaît que divers services peuvent

combler les mêmes besoins ou remplir la même fonction (Bachrach, 1980). Si un service n'est pas suffisamment développé à un niveau local, une autre structure, peut potentiellement l'offrir pour combler un besoin (p.ex. les ressources résidentielles privées). Dans un contexte où les équipes de suivi intensif (SI) et de suivi d'intensité variable (SIV) manquent dans plusieurs régions du Québec, incluant Montréal (cf. MSSS, 2005 ; Paquet, 2013), l'effet se fait ressentir sur les ressources résidentielles. Pour pallier ce manque, des personnes qui pourraient évoluer dans la collectivité avec un SI ou un SIV seront dirigées vers des ressources résidentielles. Le réseau résidentiel public a même développé des appartements supervisés avec suivi intégré de quelques heures par semaine pour répondre à ce besoin. Les ressources résidentielles ne compensent pas seulement le manque d'équipes de suivi, elles peuvent aussi compenser la pénurie de logements adéquats et abordables dans plusieurs régions du Québec.

Il y a une réalité de contraction du marché du logement. Il y a en bas de 1% de disponibilité et c'est à peu près partout au Québec. Ce qui se développe au niveau du logement ce sont des condos de luxes au Centre-ville. La capacité à se loger est très difficile. Ajoutons à ça : le logement est-il potable ? Ce qui est accessible pour les gens ce sont des environnements très problématiques (bars, drogues, etc.). Il n'y a pas de plan de développement [...] quel est le plan stratégique pour une région spécifique (p.ex. cette région requiert un développement de x unités pour les personnes atteintes de troubles mentaux) ? Et il faut associer à cela du support et de l'accompagnement.

Représentant d'un organisme communautaire

En ce sens, même le déploiement d'équipes de suivi en nombre suffisant ne peut remplacer la sécurité et le moindre coût d'un appartement supervisé.

Selon ce même principe, des ressources résidentielles peuvent servir d'alternative à l'hospitalisation en offrant une intensité de services qui se rapproche de celle d'une unité psychiatrique (cf. Lesage *et al.* 2008). Des services de traitement et de réadaptation intensifs y sont alors offerts (tableau I, p. 22, ressource résidentielle psychiatrique tertiaire). De telles ressources résidentielles n'existent pas présentement au Québec. Les *hostel wards* anglaises

des années 1980 présentent un autre modèle dans lequel l'intensité de services est élevée (p.ex. Wykes *et al.* 1982 ; Garety & Morris, 1984 ; Reid & Garety, 1996). Enfin, ce principe peut aussi s'appliquer aux RI et RTF de certains territoires du Québec qui offrent une intensité des services équivalente à des ressources classifiées sous le code 30.

Entre l'appartement et l'institution, les ressources résidentielles occupent donc une place centrale dans le réseau de la santé ; elles sont un élément essentiel à un système équilibré (Tansella & Thornicrof, 2003). Tel que recommandé par plusieurs auteurs, le développement des ressources résidentielles devrait tenir compte de l'organisation des services et des besoins à un niveau local (Shepherd & Macpherson, 2011). Pour ce faire, la concertation entre divers secteurs est essentielle : secteurs public, privé et communautaire. Par exemple, il faudrait considérer le nombre d'organismes communautaires d'hébergement sur un territoire et les équipes de suivi disponibles (p.ex. suivi intensif (SI)). De plus, il importe d'aller au-delà des frontières du réseau de la santé et de tenir compte des autres secteurs connexes (p.ex. l'habitation).

Le milieu (adapté) le moins restrictif : la structure ou le fonctionnement ?

Le questionnement précédent effleure les dérives qui peuvent survenir lorsque l'accent est mis sur la structure et non sur la fonction ou les processus. Ce serait refuser l'évolution et nier les forces du réseau résidentiel que de considérer que (toutes) les RTF sont encore un modèle traditionnel de ressources résidentielles (voir figure 1, p. 25). Certes, il existe des ressources qui protègent et qui surprotègent. Des ressources utilisent un horaire de douches, d'autres fixent un couvre-feu ou interdisent certains sujets de discussions. Certaines servent les trois repas par jour, à heures fixes, et établissent une routine quotidienne et une surveillance de la diète. Que tous les repas soient préparés et que des règles soient mises en place dépassent les besoins de plusieurs résidents. Cependant, toutes proportions gardées, même un milieu « restrictif » pourrait permettre plus de liberté pour

d'autres facettes du quotidien (p.ex. sorties, sexualité, apprentissage de la gestion de la médication, consommation dans la ressource, la participation aux tâches quotidiennes).

L'erreur consiste à associer un type de ressource à un degré de restriction, à concevoir le logement du milieu le plus restrictif au milieu le moins restrictif et à évacuer la dimension rattachée aux particularités et aux besoins d'une personne. Il ne faut pas oublier que le concept d'une alternative la moins restrictive comprend différentes facettes et ne se limite pas au milieu de vie ou à l'environnement physique (p.ex. il pourrait comprendre le traitement pharmacologique, l'utilisation de mesures de contention ou de contrôle). De plus, l'évolution du concept est rattachée aux mouvements libertaires, aux groupes de défenses des droits et au domaine légal. Il sous-tend l'équilibre entre les bienfaits, l'efficacité du traitement et le risque pour soi et **pour autrui**. Quoi qu'il en soit, en associant le fait de vivre dans son propre appartement à la normalisation, à l'autonomie et à la liberté, nous oublions que le milieu le moins restrictif peut varier avec le temps, et dépendamment de la personne, tout comme la préférence résidentielle⁹.

Les intervenants nous disent : *Laissez-les subir les conséquences de leurs actes ... Mais ce n'est pas facile de le regarder « caler ». Laissez-le sombrer pour qu'il remonte*. Nous savons qu'il pourrait ne pas remonter. Nous savons qu'il peut y avoir des conséquences à l'appartement [lire trop grande autonomie] ...

Proche (père)

Préférences résidentielles

Tel que mentionné dans le manuscrit 1, de 60 à 70% des personnes avec un trouble mental préféreraient vivre dans leur propre résidence ou appartement (Tanzman, 1993). Il en reste 30 à 40%. Rappelons que seulement un petit nombre (10%) des adultes avec un trouble mental demeurent momentanément, ou à plus long terme, dans des ressources résidentielles avec encadrement (sans pour cela signifier qu'ils ne sont pas parmi les 60 à 70%). Rappelons aussi que les études québécoises indiquent que les personnes qui

demeurent dans des RNI sont généralement satisfaites de leur milieu de vie et que plusieurs ne souhaitent pas déménager (Piat *et al.* 2006 ; Clément *et al.* 2009). Ainsi, la préférence résidentielle n'est pas la même pour tous et elle peut fluctuer dans le temps (Tsai *et al.* 2010a). Dans une perspective de rétablissement : la décision concertée de la personne avec ses intervenants et ses proches (le cas échéant), est cruciale.

Il ne faut pas créer un système où on travaille avec des gens qui n'ont pas le choix et avec des placements non volontaires [...] la première chose à demander en lien avec le logement c'est : À quoi tu t'attends ? Qu'est-ce que tu veux ?

Gestionnaire

Le défi est d'aider les personnes à cheminer tout en les informant sur les différentes options résidentielles et leurs avantages, puis à les soutenir dans leurs décisions. Les personnes dont le milieu de vie correspond à leur préférence seraient plus satisfaites et atteindraient une meilleure stabilité résidentielle (Newman, 2001 ; Rog *et al.* 2014). Le réseau résidentiel doit aussi réfléchir sur des projets novateurs qui combindraient une haute intensité de services avec des services individualisés, et ce, dans des environnements normalisants qui respectent les préférences des personnes utilisatrices de services.

Soutien aux propriétaires et reconnaissance du travail : que faisons-nous ?

Les thèmes issus de la Phase I (tableau XII, p. 137) et les recherches de Piat et collaborateurs sur le sujet évoquent le manque de (re)connaissance du travail des propriétaires des ressources résidentielles (principalement les RNI) (Piat *et al.* 2004 ; 2006). Les proches font le même constat relativement à leur contribution (tableau XII, p. 137). Le besoin de soutien du personnel des ressources a aussi été mentionné par les parties prenantes.

Les promoteurs [propriétaires de ressources résidentielles] : comment sont-ils supportés ? Ils travaillent fort mais pour quelle reconnaissance ? C'est du travail sept jours sur sept et 24 heures par jour. Par ailleurs, on les surveille ; on leur dit « fais le comme il le faut ». Mais est-ce qu'on prend le temps de les supporter et de les guider ? Ils sont les plus près de nos gens, de leur bien-être, de leur cheminement ...

Propriétaire d'une ressource résidentielle

Relativement au besoin de soutien, qui touche différentes facettes du soutien (Barrera, 1986) (voir tableau XII, p. 137), le réseau doit se questionner sur les meilleurs moyens d'appuyer, d'encourager et d'écouter les propriétaires. Il importe de leur fournir davantage d'outils et de possibilités de se perfectionner. Il faut garder en mémoire l'écart entre les discours issus de l'univers de la gestion et ceux issus du personnel œuvrant dans les ressources résidentielles. Ainsi, plusieurs des questionnements des propriétaires concernent les interventions quotidiennes et des situations spécifiques (p.ex. une crise de colère).

En tant que responsable, quand elle fait de l'intervention, elle se pose plein de questions : J'ai-tu bien fais ? Suis-je trop douce ? Suis-je trop abrupte ? Il serait bien de recevoir du support.

Propriétaire d'une ressource résidentielle

La Phase II du projet de recherche a permis de mettre en lumière la variabilité des structures de soutien et de la formation disponible sur les différents territoires. À cet égard, il faut interroger la pertinence des formations offertes : Répondent-elles au besoin ? Trouvent-elles écho dans le quotidien du personnel et des résidents ? Il faut aussi se questionner sur le format qui favorisera les apprentissages et le développement des compétences. Ce soutien doit aussi respecter les balises du nouveau cadre législatif (LRR). Au demeurant, comme dans plusieurs autres pays, le personnel œuvrant dans les ressources résidentielles en santé mentale possède peu de formation spécifique sur la santé mentale (Randolph *et al.* 1991; Néri *et al.* 2011; Priebe *et al.* 2009; Shepherd & Macpherson, 2011). Mais, contrairement à d'autres pays ou États, peu de psychiatres œuvrent dans les ressources résidentielles québécoises (p.ex. De Girolamo *et al.* 2002).

Les ressources résidentielles : un passage ?

Nous avons déjà abordé partiellement la notion de durée de séjour (voir domaine 3) reliée à la finalité de l'intervention. Certes, il existe une « pression » dans le réseau pour que les résidents quittent les ressources résidentielles vers des milieux de vie plus autonomes.

Cette dernière a été rapportée dans la littérature (p.ex. Reid & Garety, 1996) et est à la base du *continuum résidentiel* (voir manuscrit 1). La notion de durée du séjour prolongée dans une ressource résidentielle avec encadrement peut, d'une part, être associée à celle de la stabilité résidentielle et, d'autre part, à une rupture synonyme d'institutionnalisme. Encore une fois, la notion de structure ou de type de ressource (versus celle d'une programmation flexible et individualisée) est à considérer.

À chaque fois qu'il faisait un pas en avant, il allait d'une ressource à une autre ...
Il faudrait créer des ressources " multifonctionnelles " dans lesquelles il est possible de passer à un peu moins d'autonomie ou vers un peu plus d'autonomie. Je crois effectivement que dans certains cas, la ressource peut devenir inadéquate mais l'évolution n'est pas linéaire et il faudrait moduler le niveau d'encadrement dans la ressource et ne pas toujours déménager les gens d'autant plus que déménager est un stress énorme.

Proche

Cela dit, depuis plusieurs décennies les études indiquent que pour plusieurs résidents, les ressources résidentielles deviennent des milieux de vie à long terme (p.ex. Wykes 1984 ; De Girolamo & Bassi, 2004 ; De Girolamo et al. 2014). Par exemple, Reid et Garety (1996) ont mesuré une durée moyenne de séjour d'environ 4 ans (étendue : 6 mois à 16 ans) pour les résidents d'un *hostel ward*. De plus, quelques auteurs mettent aussi en relief la difficulté des cliniciens de prédire quels résidents évolueront vers des ressources offrant moins d'encadrement (p.ex. Reid & Garety, 1996 ; De Girolamo *et al.* 2014).

7.3. Limites méthodologiques et portée

Cette étude a recueilli une quantité importante d'informations quantitatives et qualitatives explorant en profondeur le logement et les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Cette partie propose un survol de la qualité de la Phase I du projet de recherche. Les critères conventionnels de validité interne et externe qui sont utilisés (Contandriopoulos *et al.* 1990) se rapprochent davantage des études expérimentales. Ainsi, tel que le mentionnent Rosas & Kane (2012), les critères pour juger de la qualité

demeurent plus flous pour les méthodes mixtes. En conséquence, cette section s'inspire aussi des critères des méthodes qualitatives (Laperrière, 1997).

7.3.1. Validation interne et crédibilité

Les biais traditionnels qui menacent la qualité d'un projet de recherche s'appliquent peu ici, mais évoquons *la situation du test* et le fait que certaines personnes ont participé à plus d'une rencontre. La cartographie de concepts a permis de maximiser l'objectivité de l'équipe de recherche dans la démarche de conceptualisation. Toutefois, malgré la rigueur du processus de sélection des attributs, l'équipe de recherche ne peut faire fi de la possibilité d'avoir influencé la sélection des 140 idées, et, donc, la conceptualisation. La rigueur et plusieurs éléments de la démarche de la cartographie de concept augmentent la qualité de l'étude et sa crédibilité, pensons notamment, au temps passé sur le terrain, à la répartition des parties prenantes en sous-groupes afin de limiter les enjeux de pouvoir et la désirabilité sociale, au type de séances de groupe (c.-à-d. remue-méninges) qui limite la réactivité, à l'échantillonnage théorique (atteinte de la saturation), à la validation de la saisie des idées par les parties prenantes, à la triangulation des données (multiples perspectives et territoires), à l'indice de stress élevé pour une démarche de cartographie de concepts, ainsi qu'à un codage précis et exhaustif (selon le cadre conceptuel). De plus, les directeurs de recherche ont joué le rôle de chercheurs externes, du moins pour la phase terrain du projet. Enfin, la comparaison des résultats avec d'autres études permet de s'assurer d'une certaine validité interne dans le cadre de ce projet de recherche.

7.3.2. Validité externe et transférabilité

La validité externe est renforcée par la variété de parties prenantes impliquées, par les différents territoires visités et par l'atteinte du critère de saturation. La sélection différentielle pour les différents groupes de participants, à l'étape 3 (organiser les idées), peut avoir induit certains biais. Certes, l'une des faiblesses du projet de recherche réside

dans le pourcentage élevé de données manquantes pour les personnes utilisatrices de services. Mais, il faut cependant rappeler que ceci n'a eu aucun effet sur la conceptualisation et la génération des idées. Au demeurant, ce sont les similarités établies avec les études existantes qui suggèrent un potentiel de transfert des résultats à d'autres États ou pays industrialisés.

Pour ce qui est du CaSPER-SM, son contenu recoupe celui de différents instruments existants (tableau XV, p. 196). Il reprend aussi des attributs clés de la littérature internationale. Ceci laisse suggérer, moyennant certaines adaptations, qu'il pourrait être utilisé dans d'autres juridictions.

7.3.3. L'instrument de mesure et la conceptualisation

L'instrument développé permet de dresser le portrait d'une ressource résidentielle sous toutes ses facettes. Il vise aussi à :

- Comparer deux ou plusieurs ressources résidentielles entre elles ou différents types de ressources.
- Comparer et documenter les différences significatives entre plusieurs sites ou territoires, en fonction de l'implantation de l'intervention.
- Évaluer la progression d'une ressource résidentielle dans le temps.

Le nombre d'attributs accroît le potentiel de discrimination de l'instrument et augmente sa portée explicative. Cependant, il faut souligner que le CaSPER-SM ne considère que la perspective du membre du personnel. Très à propos, les personnes utilisatrices de services qui ont participé à ce projet nous l'ont d'ailleurs fait remarquer à plusieurs reprises. De plus, la littérature indique que la perception subjective d'une personne utilisatrice de services prédit mieux le fonctionnement que la perception d'un évaluateur externe ou d'un

intervenant (p.ex. Segal *et al.* 1979; Coulton *et al.* 1985). Toutefois, la personne ne peut répondre que pour elle, et sa perception est subjective. Le personnel possède une vision élargie qui permet de documenter le soutien reçu et certains des aspects de l'organisation des services au niveau local. La suggestion des personnes utilisatrices de créer une deuxième version demeure une option intéressante. Au demeurant, dans une optique d'évaluation, il est préférable de recueillir plus d'une perspective.

Il est clair que tout modèle est une simplification (imparfaite) de la réalité. La conceptualisation finale établit des liens entre les attributs et les composantes. Toutefois, elle ne peut proposer des relations causales entre les caractéristiques et les résultats au niveau individuel. Il s'agit, possiblement, d'une faiblesse de ce projet de recherche ou peut-être cela représente-t-il sa force ... Le projet est construit sur la recherche des trente dernières années. Il intègre la pluralité des expériences et des savoirs pour revisiter, petit à petit, la conceptualisation de l'intervention. Tout bien considéré, pour emprunter les termes de Newman (2001), peut-être ouvrira-t-il la voie à de nouvelles recherches sur le logement et les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Des recherches ancrées dans une conceptualisation complexe.

7.4. Implications cliniques, managériales et scientifiques

Mieux comprendre, afin de mieux desservir les personnes avec un trouble mental et de mieux soutenir les personnes œuvrant, au quotidien, dans les ressources résidentielles, telle est la raison d'être de ce projet de recherche. Les implications de ce projet de recherche sont nombreuses et touchent de multiples parties prenantes. Ce projet se situe à l'intersection de la clinique, de la recherche, de la gestion et de différents secteurs de logement. Plusieurs implications ont déjà été relevées dans les sections précédentes de la discussion. Dans cette partie nous nous limiterons à cinq implications.

La description et la typologie des ressources et des différents types de ressources

Il existe au Québec une diversité de ressources résidentielles. Elles sont classées suivant deux taxinomies : **(1)** le type organisationnel selon la LSSS et **(2)** l'intensité des services (manuscrit 1, p. 35). Cette variété constitue une force. Or, présentement, il est impossible de donner une description de cette diversité, au-delà de ces classifications. En effet, le travail quotidien accompli dans les ressources résidentielles en santé mentale est peu (re)connu, et rarement documenté. Les données sur le personnel y œuvrant de même que sur les résidents qui y habitent sont manquantes. Peu de données ou d'instruments nous permettent de démontrer l'évolution du réseau, ces dernières décennies (voir figure 1, p. 25). De plus, la grille de catégorisation (MSSS, 2013b) qui sert, en partie, à la rétribution des ressources résidentielles RNI ne peut évaluer ou décrire de façon complète les services, le soutien et les activités en place. Elle ne considère que 18 services de soutien ou d'assistance (p.ex. soins physique, rendez-vous, mobilité (transfert, escaliers, déplacements) et ne tient pas compte des trois autres domaines de la conceptualisation.

Les données de la Phase II du projet permettront, ultérieurement, de décrire en détail un échantillon de ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Les analyses subséquentes permettront de valider la structure de l'instrument (variables) par le biais d'analyses factorielles et de comparer les classifications existantes avec des regroupements de ressources créés statistiquement. Au-delà de la poursuite du processus de validation de l'instrument, les données permettront de dresser un portrait des ressources résidentielles de différents territoires à partir de données descriptives (p.ex. nombre de membres du personnel, nombre de résidents) et des attributs, composantes et domaines de l'instrument. Elles amèneront certes des pistes pour l'amélioration ou le développement du réseau résidentiel. Peut-être les résultats soulèveront-ils une polémique sur la façon de classer les ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental grave ...

Le jumelage

Présentement, le processus de placement ou de jumelage repose sur un jugement clinique complexe multidimensionnel (préférentiellement structuré). Le type et l'intensité de services et des soins requis par une personne constitue une dimension des besoins à considérer pour le jumelage. Toutefois, selon la conceptualisation issue du projet de recherche, plusieurs autres composantes doivent être considérées, par exemple, celles liées à l'environnement social et organisationnel (figure 17, p. 169). Compte tenu de l'absence d'une ligne directrice internationale (le jumelage n'est pas fondé sur des données probantes (Corrigan, 2008)), sinon la considération de la préférence résidentielle de la personne et la décision concertée, le jumelage repose sur la connaissance des caractéristiques du milieu et sur celles de la personne pour atteindre une congruence personne-environnement (ou une non-congruence qui permettra à la personne de cheminer). À cet égard, le CaSPER-SM offre un outil descriptif du profil des différentes ressources qui peut étayer la réflexion clinique et qui incite à considérer les multiples facettes du milieu résidentiel. De plus, la réflexion doit aussi intégrer le **support social** disponible (De Girolamo *et al.* 2014).

La part des établissements gestionnaires (incluant l'évaluation de la qualité et le soutien)

Le projet souligne l'importance de la mise en place de mécanismes de contrôle de la qualité pour les ressources résidentielles des différents secteurs publics ou autres. La participation active des personnes utilisatrices de services et la mise en place de mécanismes d'évaluation de la qualité des services par celles-ci sont souhaitables. De plus, même si la littérature suggère que le développement des ressources résidentielles devrait être fait au niveau local, une harmonisation des pratiques entre les établissements gestionnaires serait aussi souhaitable au Québec. Cette harmonisation touche les pratiques, le soutien offert aux ressources, les processus de sélection des ressources, les instruments utilisés, les compétences et les politiques. L'établissement gestionnaire devrait avoir un rôle clé de soutien et de *leadership* auprès des ressources résidentielles de son territoire. Cela dit, la

Phase II du projet viendra préciser les besoins de soutien du personnel des ressources résidentielles (voir annexe 4), et les modalités à privilégier pour un soutien adapté aux besoins et aux réalités des ressources et au nouveau contexte administratif et législatif.

L'évaluation continue des besoins et des services

La connaissance des caractéristiques des personnes desservies (profil, besoins et préférences) doit guider la révision de l'offre de services. Tout réseau résidentiel devrait se doter de moyens pour identifier le profil des personnes hébergées, des personnes en attente d'une place dans une ressource résidentielle et des besoins de la population de son territoire. Il doit aussi pouvoir dresser le profil des ressources résidentielles disponibles. Ces informations sont nécessaires pour guider les établissements gestionnaires dans leur mission qui consiste à offrir des services résidentiels *de qualité* [et d'autres services] qui soutiennent la personne avec un trouble mental grave dans son processus de rétablissement, lui permettant ainsi de réaliser, de développer ou de maintenir ce potentiel qui tend vers la pleine citoyenneté. Ceci implique que l'évaluation et le développement soient intégrés dans les processus cliniques et de gestion. L'utilisation du CaSPER-SM (qui permet de décrire les ressources résidentielles) combinée avec un instrument existant validé décrivant les profils des résidents (p.ex. l'InterRai-CMH (Martin *et al.* 2009), le FACE (Elzinga *et al.* 2001)) permettrait cette intégration. De plus, la description du profil des personnes qui demeurent dans les ressources résidentielles permettrait des comparaisons avec d'autres pays (p.ex. Italie, Grande-Bretagne, États-Unis).

Enfin, la réflexion sur le développement du réseau doit se faire en considérant les principes d'équivalence fonctionnelle décrit précédemment. Elle doit aussi miser sur l'aspect dynamique des ressources et leur capacité à évoluer dans le temps. À cela s'ajoute la notion de milieu résidentiel le moins restrictif et les données issues de la littérature qui peuvent inspirer des modèles créatifs. Déjà présents dans certains territoires du Québec, des

appartements individualisés avec un fonctionnement foyer de groupe, en sont un exemple.

La recherche sur l'efficacité des différents types de logement

La conceptualisation proposée et le CaSPER-SM offrent des pistes de recherche intéressantes. Ainsi, la conceptualisation issue de ce projet de recherche propose des caractéristiques qui devraient être considérées dans toute recherche portant sur le logement. Elle nous rappelle que les services et le soutien peuvent être offerts à différents niveaux géographiques et par de multiples acteurs. Les devis de recherche doivent en tenir compte. De plus, l'influence du milieu résidentiel n'est pas simple. Le même environnement peut aider au développement personnel et au rétablissement d'une personne ; en revanche, il peut entraîner une régression et être nuisible pour une autre personne. Comme pour tout système complexe, une compréhension théorique et empirique du logement implique de comprendre le système dans sa totalité. Dès lors, avec des études rigoureuses et des devis longitudinaux, il sera possible de s'attarder aux variations individuelles : *quels attributs ou combinaisons d'attributs produisent quels résultats pour quels groupes de personnes avec un trouble mental ? Dans quelles circonstances ?*

La qualité des soins et des services

Étonnamment, tout au long du projet et de la collecte de données, l'équipe de recherche a tenté d'éviter l'utilisation du terme *qualité* lequel est souvent associé à contrôle et à critiques par les propriétaires des ressources résidentielles. Dans les faits, le terme comprend des définitions multiples (Reeves *et al.* 1994 ; Campbell *et al.* 2000 ; Champagne *et al.* 2009d). Cela dit, force est d'admettre que ce projet de doctorat s'inscrit dans une volonté de mesurer la qualité des soins. Bien que le terme qualité ait été utilisé à quelques reprises dans son sens global pour signifier des services excellents (p.ex., p. 259), la qualité des soins et des services est ici perçue comme un concept multidimensionnel qui comprend plusieurs dimensions lesquelles peuvent être mesurées à partir de différents

éléments constituant de l'intervention (caractéristiques structurales et procédurales). Ultimement, des services de qualité doivent avoir la capacité d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats souhaités au niveau individuel. Toutefois, il ne s'agit pas de porter un jugement à partir d'indicateurs prédéterminés (rappelons la prémisse de ce projet de recherche), mais bien d'établir des relations entre les différents éléments constituant de l'intervention (principalement au niveau des processus techniques et non technique), les besoins d'un individu et d'une population et les résultats (Farand, 2009). Alors il devient possible d'analyser la qualité à partir de dimensions comme la justesse et la pertinence des services résidentiels (au niveau individuel), l'accessibilité et la globalité (niveau organisationnel).

Tant reste encore à faire ...

Chapitre 8
Conclusion



CONCLUSION

Cow₁ is not cow₂. Nursing home₁ is not nursing home₂. State hospital₁ is not state hospital₂. And most of all, patient₁ is not patient₂. Services [...] must be planned with and understanding of this rule. They must be derived from a conceptual framework in which vagueness and fussiness are kept to a minimum and principles of effective care are stressed. An honest appraisal of the complexity of the task is essential.

Leona L. Bachrach, 1980

Indispensable, le logement est au cœur du quotidien et de la participation à la vie dans la collectivité. Il représente un espace unique pour développer des habiletés domestiques et sociales, pour s'adonner à ses occupations, pour expérimenter des choix, pour entrer en relation avec autrui et pour exercer un contrôle sur son environnement.

La citation de Léona Bachrach, ci-dessus, résume bien cette thèse. Ce projet de recherche est ancré dans l'analyse conceptuelle, rarement abordée dans les ouvrages méthodologiques en recherche. Certains auteurs la considèrent comme *un prélude à la recherche sérieuse* (Daigneault & Jacob, 2012). Elle aura toutefois permis de jeter un regard plus approfondi dans la *boîte noire* du logement et des ressources résidentielles pour les adultes avec un trouble mental. Trois leçons se dégagent de ce long parcours.

1. La grande majorité des personnes avec un trouble mental évolue à l'extérieur des ressources résidentielles. Les ressources résidentielles n'ont pas une seule finalité. Pour certaines personnes, elles représentent une étape momentanée, tandis que pour d'autres, elles seront un lieu pour la vie. Mais en aucun cas, nous ne devrions cesser de les accompagner dans leur cheminement ni cesser de nous interroger, avec elles, concernant le milieu de vie qui leur convient le mieux. Il ne s'agit pas de défendre une idéologie quelle qu'elle soit, mais bien de travailler avec la personne (ses besoins, ses préférences, ses caractéristiques) et de la soutenir dans son cheminement vers le rétablissement et la participation citoyenne. C'est le but fondamental de tout service.
2. Le logement et les ressources résidentielles constitue un système complexe : pluralité des ressources, des parties prenantes, des besoins et, à un moindre degré, des préférences. Cette complexité entraîne une interface continuelle entre l'individu, le milieu résidentiel, le voisinage, le réseau de la santé et la collectivité. Un espace de négociation se crée. Dans cet espace doivent s'installer un respect mutuel, une communication et une collaboration pour de meilleurs résultats au niveau individuel.
3. Les services résidentiels doivent être flexibles, évolutifs et créatifs. Le dialogue et l'écoute entre les parties prenantes, tout comme la littérature sont sources de réflexions.

Mais, avons-nous bien mis à profit les leçons qui peuvent être tirées de l'histoire de la psychiatrie de la moitié du XX^e siècle ?

RÉFÉRENCES

- Aird, G. & Amyot, A.** (1981). La psychiatrie communautaire. Dans *Psychiatrie Clinique : Approche contemporaine* (ed. P. Lalonde and F. Grunberg), pp. 857-875. Gaétan Morin.
- Allen, C., Gillespie, C. & Hall, J.** (1989). A comparison of practices, attitudes and interactions in two established units for people with a psychiatric disability. *Psychological Medicine* **19**, 459-467.
- Allen, H., Baigent, B., Kent, A. & Bolton, J.** (1993). Rehabilitation and staffing levels in a new look hospital-hostel. *Psychological Medicine* **23**, 203-203.
- Amaddeo, F., Beecham, J. & Bonizzato, P.** (1997). The use of a case register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavia* **95**, 189-198.
- Anderberg, M. R.** (1973). Cluster analysis for applications. DTIC Document.
- ASSSM.** (2009). La transformation des services en santé mentale, Les services résidentiels, La force des liens. p. 16. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: Montréal.
- Aubin, G., Hachey, R. & Mercier, C.** (2002). La signification des activités quotidiennes chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Canadian Journal of Occupational Therapy* **69**, 218-228.
- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B. & Neri, J.** (2013). Social role valorization in community mental health housing: does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology* **41**, 218-235.
- Aubry, T., & Myner, J.** (1996). Community integration and quality of life: A comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbours. *Canadian Journal of Community Mental Health (Revue canadienne de santé mentale communautaire)*, **15**, 5-20.

- Bachrach, L.** (1978). A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hospital and community psychiatry* **29**, 573-578.
- Bachrach, L. L.** (1980). Is the least restrictive environment always the best? Sociological and semantic implications. *Hospital & Community Psychiatry* **31**, 97-103.
- Bachrach, L. L.** (1984). Asylum and chronically ill psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* **141**, 975-978.
- Baker, F. & Douglas, C.** (1990). Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons. *Community Mental Health Journal* **26**, 497-505.
- Barker, R.G. & Gump, P.V.** (1964). *Big School, Small School*. Stanford University Press: Stanford CA.
- Ball, R. A., Moore, E. & Kuipers, L.** (1992). Expressed Emotion in community care staff. A comparison of patient outcome in a nine month follow-up of two hostels. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **27**, 35-39.
- Barrera, M., Sandler, I. N. & Ramsay, T. B.** (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology* **9**, 435-447.
- Barrera, M.** (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, **14**, 413-445.
- Bedout, R. R.** (1999). Housing Solutions: The community connections housing program: Preventing homelessness by integrating housing and supports. *Homelessness Prevention in Treatment of Substance Abuse* **17**, 93-112.
- Belcher, J. R. & DeForge, B. R.** (1997). The appropriate role for the state hospital. *The journal of mental health administration* **24**, 64-71.
- Benoit, M.** (2012). Qu'est-ce que le corporatisme? Conceptualisation et opérationnalisation du méso-corporatisme. *Social Science Information*, **51**, 217-237.
- Besio, S. W. & Mahler, J.** (1993). Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. *Hospital & Community Psychiatry* **44**, 490-491.

- Blaustein, M. & Viek, C.** (1987). Problems and Needs of Operators of Board-and-Cares Homes: A Survey. *Hospital and Community Psychiatry* **38**, 750-754.
- Bond, G. R. Evans, L., Salyers, M.P., Williams, J. & Kim, H.W.** (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation research. *Mental Health Services Research* **2**, 75-87.
- Bouchard, M. J. & Hudon, M.** (2008). *Se loger autrement au Québec : le mouvement de l'habitat communautaire, un acteur du développement social et économique*. Québec, Éditions Saint-Martin, 232 p.
- Bronfenbrenner, U.** (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* **32**, 513-532.
- Browne, G. & Courtney, M.** (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing* **26**, 311-326.
- Brunt, D. & Hansson, L.** (2002). A comparison of the psychosocial environment of two types of residences for persons with severe mental illness: small congregate community residences and psychiatric inpatient settings. *International Journal of Social Psychiatry* **48**, 243-52.
- Brunt, D. & Rask, M.** (2012). A Suggested Revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPEs) for Measuring the Psychosocial Environment of Supported Housing Facilities for Persons with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing* **33**, 24-31.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A.** (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, **51**, 1611-1625.
- Campling, P., Davies, S. & Farquharson, G.** (2004). *From Toxic Institutions to Therapeutic Environments: Residential Settings in Mental Health Services* Gaskell: London.
- Carling, P. J.** (1993). Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry* **44**, 439-49.
- Carpenter, J. O., & Bourestom, N. C.** (1976). Performance of psychiatric hospital discharges in strict and tolerant environments. *Community Mental Health Journal*, **12**, 45-51.

- Caudill, W.** (1958). *The psychiatric hospital as a small society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Champney, T. F. & Dzurec, L. C.** (1992). Involvement in Productive Activities and Satisfaction with Living Situation Among Severely Mentally Disabled Adults. *Hospital and Community Psychiatry* **43**, 899-903.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A-P., Brousselle, A., Hartz Z. & Denis, J.-L.** (2009a). Chapitre 2 : L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 35-56). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. & Tanon, A.** (2009b). Chapitre 11 : Utiliser l'évaluation. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 251-272). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz Z. & Contandriopoulos, A-P.** (2009c). Chapitre 3 : Modéliser les interventions. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 57-70). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Hartz Z., Brousselle, A. & Contandriopoulos, A-P.** (2009d). Chapitre 4 : L'appréciation normative. Dans *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 73-90). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chilvers, R., Macdonald, G. M. & Hayes, A. A.** (2006). Supported housing for people with severe mental disorders. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Cochrane Database of Systematic Review: Chichester, UK.
- Chinman, M., Weingarten, R. & Stayner, D.** (2001). Chronicity reconsidered: Improving Person Environment Fit through a consumer-run services. *Community Mental Health Journal* **37**, 215-228.
- Chouinard, J.** (2009). Bilan des visites d'appréciation dans les ressources résidentielles en santé mentale. In *6e Journées biannuelles de santé mentale*, (ed. (MSSS)): Montréal.
- Clément, M., Bolduc, N. & Bizier, V.** (2009). Le point de vue des résidents sur les ressources non institutionnelles en santé mentale : le respect, l'autonomie et le rétablissement CSSS de la Vieille-Capitale: Québec.

- Clifford, P.** (1998). M is for outcome: The CORE outcomes initiative. *Journal of Mental Health* **7**, 19-24.
- Coleman, J. C. & Paul, G. L.** (2001). Relationship between staffing ratios and effectiveness of inpatient psychiatric units. *Psychiatric Services* **52**, 1374-1379.
- Comrey, A. L. & Lee, H. B.** (1992). *A first course in factor analysis*. Routledge.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. & Boyle, P.** (1990). *Savoir préparer une recherche*. Montréal.
- Corbière, M., Lesage, A. D., Reinhartz, D. & Contandriopoulos, A. P.** (2001). A French, abridged version of the Hospitals and Hostels Practices Profile Schedule. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* **10**, 183-190.
- Corrigan, P. W. & McCracken, S. G.** (2005). Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. *Social Work* **50**, 31-9.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P.** (2008). Chapter 8: Housing. In *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach* (pp. 173-194). New York, NY: Guilford Press.
- Corrigan, P. W. & Phelan, S. M.** (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal* **40**, 513-523.
- Costello, A. & Osborne, J.** (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation* **10**, 1-9.
- Côté, S.** (2002). Programme d'amélioration de la qualité de vie et de gestion du contrôle de qualité dans les ressources d'habitation privées. p. 56. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre: Montréal.
- Coulton, C. J.** (1980). Developing an instrument to measure person-environment fit. *Journal of Social Service Research* **3**, 159-174.
- Coulton, C. J.** (1985). A typology of Social environments in community care homes. *Hospital and*

Community Psychiatry **36**, 373-377.

Cournos, F. (1987). The impact of environmental factors on outcome in residential programs. *Hospital & Community Psychiatry* **38**, 848-852.

Creswell, J. W. (2003). *Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Sage Publication: Thousand Oaks.

Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Wiley Online Library.

Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. Wadsworth: Belmont, CA.

Dagenais, C., Ridde, V., Laurendeau, M.-C. & Souffez, K. (2009). La méthode de cartographie conceptuelle pour identifier les priorités de recherche sur le transfert des connaissances en santé des populations: quelques enjeux méthodologiques. *Revue canadienne d'évaluation de programme* **23**, 61-80.

Daigneault, P.-M. (2010). L'analyse conceptuelle pour les nuls : Comment utiliser les outils de conceptualisation pour juger de la qualité et améliorer les recherches en analyse des politiques. In *Colloque étudiant: Centre d'analyse des politiques publiques*.

Daigneault, P.-M. & Jacob, S. (2012). Les concepts souffrent-ils de négligence bénigne en sciences sociales? Éléments d'une analyse conceptuelle et examen exploratoire de la littérature francophone à caractère méthodologique. *Social Science Information* **51**, 188-204.

Daigneault, P. M., Jacob, S., & Tremblay, J. (2012). Measuring Stakeholder Participation in Evaluation An Empirical Validation of the Participatory Evaluation Measurement Instrument (PEMI). *Evaluation Review* **36**, 243-271.

Dansereau, F., Villemare, L. & Archambault, J. (2002). Le logement social et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Dans *Rapport à l'Observatoire Montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS)*, p. 35: Montréal.

Davidson, L., O'Connell, M. J., Staeheli, M. & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: Paradigm Shift or Shibboleth? In *Recovery from Severe Mental Illnesses: Research Evidence*

And Implications for Practice (ed. L. Davidson, C. Harding and L. Spaniol), pp. 5-26. Center for Psychiatric Rehabilitation: Boston.

Davison, M. L., Richards, P. S. & Rounds, J. B. (1986). Multidimensional Scaling in Counseling Research and Practice. *Journal of Counseling & Development* **65**, 178-184.

De Girolamo, G. & Bassi, M. (2004). Residential Facilities as the New Scenario of Long-Term Psychiatric Care. *Current Opinion in Psychiatry* **17**, 275-281.

De Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G. & Picardi, A. (2007). The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* **257**, 83-91.

De Girolamo, G. & Fioritti, A. (2002). Public health and psychiatry: between evidence and hopes. *Current Opinion in Psychiatry* **15**, 177-180.

De Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., Falloon, I., Fioritti, A. & Morosini, P. (2002). Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* **181**, 220-225.

De Girolamo, G., Picardi, A., Santone, G., Falloon, I., Morosini, P., Fioritti, A., & Micciolo, R. (2005). The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine* **35**, 421-431.

De Girolamo, G., Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Boero, M. E., Giobbio, G. M. & Rossi, G. (2014). Is psychiatric residential facility discharge possible and predictable? A multivariate analytical approach applied to a prospective study in Italy. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* **49**, 157-167.

Dean, R., Proudfoot, R. & Lindsay, J. (1993). The quality of interactions schedule (QUIS): development, reliability and use in the evaluation of two domus units. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **8**, 819-826.

Deegan, P. E. & Drake, R. E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services* **57**, 1636-1639.

Delespaul, P. A. (1995). *Assessing schizophrenia in daily life*. IPSE Foundation: Maastricht, the

Netherlands.

- DeVellis, R. F.** (2012). *Scale development: Theory and applications*. Sage Publication: Thousand Oaks.
- Dickerson, F. B., Origoni, A. E., Pater, A., Friedman, B. K. & Kordonski, W. M.** (2003). An expanded version of the Multnomah Community Ability Scale: Anchors and interview probes for the assessment of adults with serious mental illness. *Community Mental Health Journal* **39**, 131-137.
- Dickerson, F. B., Ringel, N. & Parente, F.** (1999). Predictors of residential independence among outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Services* **50**, 515-518.
- Dickey, B., Latimer, E., Powers, K., Gonzalez, O. & Goldfinger, S. M.** (1997). Housing costs for adults who are mentally ill and formerly homeless. *Journal of Mental Health Administration* **24**, 291- 305.
- Dickey, B., Normand, S. L., Norton, E. C., Azeni, H., Fisher, W. & Altaffer, F.** (1996). Managing the care of schizophrenia. Lessons from a 4-year Massachusetts Medicaid study *Archives of General Psychiatry* **10**, 945-952.
- Dincin, J.** (1993). Group homes: a crucial dimension in a housing array. *Innovations & Research* **2**, 49-51.
- Doherty, D. T., Walsh, D. & Moran, M. R.** (2007). Happy living here! A Survey and evaluation of community residential mental health services in Ireland. *Mental Health* **9**, 399-428.
- Donabedian, A.** (1982). *The criteria and standards of quality*. Health Administration Press: Ann Arbor, MI.
- Donabedian, A.** (1988). The quality of care. How can it be assessed? *The Journal of American Medical Association*, **260**(12), 1743-1748.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. & Villeneuve, A.** (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. p. 264. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la santé mentale du Québec: Québec.
- Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A. & Robert, D.** (2002). Le logement comme facteur d'intégration

sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviante et Société* **26**, 497-515.

Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A. & Robert, D. (2005). Housing as a social integration factor for people classified as mentally ill. *Housing Studies* **20**, 497-519.

Downs, M. W. & Fox, J. C. (1993). Social environments of adults homes. *Community Mental Health Journal* **29**, 15-23.

Drake, S., Merrens, R. M. & Lunde, D. W. (2005). *Evidence-based mental health practice: a textbook*. Drake, S., Merrens, R. M., Lunde, D.W.

Duff, C. (2012). Exploring the role of «enabling places» in promoting recovery from mental illness: A qualitative test of a relational model. *Health & Place* **18**, 1388-1395.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research* **18**, 237-256.

Earls, M. & Nelson, G. (1988). The relationship between long-term psychiatric clients' psychological well-being and their perceptions of housing and social support. *American Journal of Community Psychology* **16**, 279-293.

Elzinga R., Meredith F., Clifford P. (2001) International mental health outcomes and benchmarking using the FACE (functional analysis of care environments) approach *Australian Health Review* **24**, 105-17.

Evans G. W., Wells N. M., Moch A. (2003). Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues* **59**, 475-500.

Everitt, B. (1980). *Cluster Analysis*. Halsted Press: New York.

Everitt, B. S., Landau, S., Leese, M. & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis*. John Wiley & Sons: West Sussex.

Fakhoury, W. K., Murray, A., Shepherd, G., & Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **37**, 301-315.

Felx, A. (2013). Manuscrit non publié. Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental :

développement et validation d'un nouveau modèle et de deux instruments de mesure.
Thèse de doctorat. Département de psychiatrie. Université de Montréal: Montréal.

Felix A, Kane M, Portaria M, Toudghi K, Corbière M, Lesage AD. (2013a). Using concept mapping to redefine a conceptual model of housing and community-based residential settings for adults with severe mental illness (unpublished manuscript). In: Felix A editor, *Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: Développement d'un modèle et d'un instrument de mesure*. Montréal, QC: Thesis (Ph. D.) Université de Montréal, p. 149-69.

Felix A, Rheault R, Toudghi K, Corbière M, Lesage AD. (2013b). Components of housing and community-based residential facilities for adults with severe mental illness: stakeholder perspectives (unpublished manuscript). In: Felix A editor, *Ressources résidentielles pour adultes avec un trouble mental: Développement d'un modèle et d'un instrument de mesure*. Montréal, QC: Thesis (Ph. D.) Université de Montréal, p. 131-41.

Farand, L. (2009). Chapitre 7: L'analyse de la production. Dans *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 113-159). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Fields, S. (1990). The relationship between residential treatment and supported housing in a community system of services. *Psychosocial Rehabilitation Journal* **13**, 104-113.

Flynn, R. J., Guirguis, M., Wolfensberger, W. & Cocks, E. (1999). Cross-validated factor structures and factor-based subscales for PASS and PASSING. *Mental retardation* **37**, 281-296.

Forchuk, C., Nelson, G. & Hall, G. B. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care* **42**, 42-52.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard: Paris.

Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap: Enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *Pistes* **4**.

Fowler, F. J. (2009). *Survey research methods*. Sage.

Garety, P. A. & Morris, I. (1984). A new unit for long-stay psychiatric patients: organization, attitudes and quality of care. *Psychological Medicine* **14**, 183-192.

- Gendreau, C.** (1988). Le public, le privé, le communautaire (acteurs et promoteurs sur le marché de la santé mentale). *Santé mentale au Québec* **13**, 48-56.
- Goering, P., Sylph, J., Foster, R., Boyles, S. & Babiak, T.** (1992). Supportive housing: a consumer evaluation study. *International Journal of Social Psychiatry* **38**, 107-119.
- Goffman, E.** (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books: New York.
- Goldstein, J. M. & Caton, C. L.** (1983). The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine* **13**, 193-199.
- Gralton, E., Pearson, S., Sutherland, A., Donovan, M. & Lewis, G.** (2001). The environment psychiatric patients create for themselves the varying perceptions of professional staff. *Psychiatric Bulletin* **25**, 134-137.
- Goertz, G.** (2006). *Social science concepts: A user's guide*. Oxford/Princeton. University Press.
- Grobb, G.** (1966). *The state and the mentally ill: A history of the Worcester State Hospital in Massachusetts, 1830-1920*. University of North Carolina Press Chapel Hill.
- Gulcur L, Tsemberis S, Stefancic A, Greenwood RM** (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal* **43**, 211-228.
- Hagino, C.** (2002). A brief overview of the development process for written, self-report, health-related surveys. *Journal of the Canadian Chiropractic Association* **46**, 11-21.
- Hall, G. B., Nelson, G. & Smith Fowler, H.** (1987). Housing for the chronically mentally disabled: Part 1- conceptual framework and social context. *Canadian Journal of Community Mental Health* **6**, 65-77.
- Harkness, J., Newman, S. J. & Salkever, D.** (2004). The cost-effectiveness of independent housing for the chronically mentally ill: do housing and neighborhood features matter? *Health Services Research* **39**, 1341-60.
- Henderson, C. & Thornicroft, G.** (1997). Le statut de la désinstitutionnalisation en Grande-Bretagne.

Santé mentale au Québec **22**, 88-114.

- Hodgins, S., Cyr, M. & Gaston, L.** (1990). Impact of supervised apartments on the functioning of mentally disordered adults. *Community Mental Health Journal* **26**, 507-516.
- Hogarty, K. Y., Hines, C. V., Kromrey, J. D., Ferron, J. M. & Mumford, K. R.** (2005). The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: The influence of sample size, communalities, and overdetermination. *Educational and Psychological Measurement* **65**, 202-226.
- Holahan CJ, Wilcox BL, Specially JL, Campbell MP** (1979). The ecological perspective in community mental health. *Community Mental Health Review* **4**, 1-9.
- Holmqvist, R.** (2000). Associations between staff feelings toward patients and treatment outcome at psychiatric treatment homes. *Journal of Nervous and Mental Disease* **188**, 366-371.
- Horan, M. E., Muller, J. J., Winocur, S. & Barling, N.** (2001). Quality of life in boarding houses and hostels: A residents' perspective. *Community Mental Health Journal* **37**, 323-334.
- Hull, J. T. & Thompson, J. C.** (1981). Predicting adaptive functioning among mentally ill persons in community settings. *American Journal of Community Psychology* **9**, 247-268.
- Hurlburt, M. S., Wood, P. A. & Hough, R. L.** (1996). Providing independent housing for the homeless mentally ill: A novel approach to evaluating long-term longitudinal housing patterns. *Journal of Community Psychology* **24**, 291-310.
- Husted, J. & Ender, E.** (2001). Understanding successful community living by individuals with serious and persistent mental illness. *Psychological Reports* **89**, 135-141.
- Jackson, K. M. & Trochim, W. M.** (2002). Concept mapping as an alternative approach for the analysis of open-ended survey responses. *Organizational Research Methods* **5**, 307-336.
- Jacobs, Ph., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H.-M., Escobar, C., Mulvale, G. & Yim, R.** (2010). *The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada. A report to the Mental Health Commission of Canada.* Calgary, Institute of Health Economics
- Jarbrink, K., Hallam, A. & Knapp, M.** (2001). Costs and outcomes management in supported housing. *Journal of Mental Health* **10**, 99-108.

- Jaworska, N. & Chupetlovska-Anastasova, A.** (2009). A review of multidimensional scaling (MDS) and its utility in various psychological domains. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology* **5**, 1-10.
- Johnsen, J. A., Biegel, D. E. & Shafran, R.** (2000). Concept mapping in mental health: uses and adaptations. *Evaluation and Program Planning* **23**, 67-75.
- Johnson, L. C.** (2001). The community/privacy trade-off in supportive housing: consumer/survivor preferences. *Canadian Journal of Community Mental Health* **20**, 123-133.
- Johnson, S., Kuhlmann, R. & al.** (2000). The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavia* **102**, 14-23.
- Kallert, T. W. & Leisse, M.** (2001). Schizophrenic patients' normative needs for community-based psychiatric care: an evaluative study throughout the year following Hospital release in the Dresden region. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **36**, 1-12.
- Kane, M. & Trochim, W. M. K.** (2007). *Concept Mapping for Planning and Evaluation* Sage Publications: Thousand Oaks.
- Kikkert, M. J., Schene, A. H., Koeter, M. W., Robson, D., Born, A., Helm, H., Nose, M., Goss, C., Thornicroft, G. & Gray, R. J.** (2006). Medication adherence in schizophrenia: exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophrenia Bulletin* **32**, 786-794.
- Killaspy, H., White, S., Wright, C., Taylor, T. L., Turton, P., Schützwohl, M., Schuster, M., Cervilla, J. A., Brangier, P. & Raboch, J.** (2011). The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC psychiatry* **11**, 35.
- King R, Raynes N, Tizard J** (1971). *Patterns of Residential Care*. Routledge and Kegan: London.
- Kirsh, B., Gewurtz, R., Bakewell, R., Singer, B., Badsha, M. & Giles, N.** (2009). Critical characteristics of supported housing: Findings from the literature, residents and services providers. p. 100. Wellesley Institute: Toronto.
- Kloos, B. & Shah, S.** (2009). A social ecological approach to investigating relationships between

housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology* **44**, 316-326.

Krupa, T., McLean, H., Eastabrook, S., Bonham, A. & Baksh, L. (2003). Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *The American Journal of Occupational Therapy* **57**, 558-565.

Kruzich, J. M. (1985). Community integration of the mentally ill in residential facilities. *American Journal of Community Psychology* **13**, 553-564.

Kruzich, J. M., & Berg, W. (1985). Predictors of self-sufficiency for the mentally ill in long-term care. *Community mental health journal*, *21*(3), 198-207.

Kruzich, J. M. & Kruzich, S. J. (1985). Milieu factors influencing patients' integration into community residential facilities. *Hospital and Community Psychiatry* **36**, 378-382.

Kurstal, J. B. (1978). *Multidimensional Scaling*. Sage: Beverly Hills CA.

Lamb, H. (1979). The new asylums in the community. *Archives of General Psychiatry* **36**, 129-134.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In G. Morin (Ed.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Boucherville.

Lauzon, S., Corbière, M., Bonin, J. P., Bonsack, C., Lesage, A. D. & Ricard, N. (2001). Validation de la version française du Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-F). *Canadian Journal of Psychiatry* **46**, 841-846.

Lecomte, Y. (1988). Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie). *Santé mentale au Québec* **13**, 34-47.

Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec* **22**, 7-24.

Leff, H. S., Chow, C. M., Pepin, R., Conley, J., Allen, I. E. & Seaman, C. A. (2009). Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatric Services* **60**, 473-482.

- Leff, J., Dayson, D., Gooch, C., Thornicroft, G. & Wills, W.** (1996). Quality of life of long-stay patients discharged from two psychiatric institutions. *Psychiatric Services* **47**, 62-67.
- Leff, J. & Trieman, N.** (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry* **176**, 217-223.
- Lelliott, P., Audini, B., Knapp, M. & Chisholm, D.** (1996). The mental health residential care study: Classification of facilities and description of residents. *British Journal of Psychiatry* **169**, 139-147.
- Lemke, S. & Moos, R. H.** (1987). Measuring the social climate of congregate residences for older people: Sheltered Care Environment Scale. *Psychology and aging* **2**, 20.
- Lesage, A. D.** (2010). Contribution of psychiatric epidemiology on counting the adult severely mentally ill. In: Cairney J., Streiner D. L., (Eds). *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective*. Toronto (Canada): University of Toronto Press. p. 144-169.
- Lesage, A. D.** (2014). Regional tertiary psychiatric care and rehabilitation authorities for people with severe mental illness in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry* **59**, 175-177.
- Lesage, A. D., Gelin, D., Robitaille, D., Dion, E., Frezza, D. & Morissette, R.** (2003). Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* **48**, 485-492.
- Lesage, A. D. & Morissette, R.** (1989). Les ressources résidentielles nécessaires à la poursuite de la désinstitutionnalisation. *Santé mentale au Québec* **XIV**, 60-68.
- Lesage, A. D. & Morissette, R.** (1993). Les besoins résidentiels et les besoins de soins des personnes souffrant de maladie mentale grave et hospitalisées en longue durée. *Santé mentale au Canada*, 13-18.
- Lévesque, M., Jean, B., White, D. & Beaudry, R.** (2002). *Les conceptions du développement social: le point de vue des acteurs*. Université de Montréal, Faculté des arts et des sciences, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention.
- Levstek, D. & Bond, G.** (1993). Housing cost, quality, and satisfaction among formerly homeless persons with serious mental illness in two cities. *Innovations and Research* **2**, 1-8.

- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. & Guba, E. G.** (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. *Denzin HK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. USA: SAGE Publications, Inc, 97.*
- Linn, M. W., Klett, J. C. & Caffey, E. M.** (1980). Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. *American Journal of Psychiatry* **37**, 129-132.
- Linn, M. W., Klett, J. C. & Caffey, E. M.** (1980b). Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. The wisdom of Gheel confirmed. *Archives of General Psychiatry* **37**, 129-132.
- Macpherson, R., Shepherd, G. & Edwards, T.** (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment* **10**, 180-188.
- Marcheschi, E., Brunt, D., Hansson, L. & Johansson, M.** The influence of physical environmental qualities on the social climate of supported housing facilities for people with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* **34**, 117-123.
- Markham, K. M., Mintzes, J. J. & Jones, M. G.** (1994). The concept map as a research and evaluation tool: Further evidence of validity. *Journal of research in science teaching* **31**, 91-101.
- Martin, L., Hirdes, J., Morris, J., Montague, P., Rabinowitz, T. & Fries, B.** (2009). Validating the Mental Health Assessment Protocols (MHAPs) in the Resident Assessment Instrument Mental Health (RAI-MH). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **16**, 646-653.
- McCarthy, J. & Nelson, G.** (1993). An evaluation of supportive housing: qualitative and quantitative perspectives. *Canadian journal of community mental health* **12**, 157-175.
- McLaughlin, J. A. & Jordan, G. B.** (2010). Using logic models. In *Handbook of practical program evaluation* (ed. J. Wholey, H. Hatry and K. Newcomer), pp. 55-80. Jossey-Bash: San Fransico.
- Medical Research Council** (2000). A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. London, UK: Medical Research Coucil Health Services and Public Health Research Board.
- Mercier, C.** (1989). Conditions de vie et lieu de résidence. *Santé mentale au Québec* **XIV**, 158-171.
- Mercier, C.** (1994). Improving the quality of life of people with severe mental disorders. *Social*

Indicators Research **33**, 165-192.

Middelboe, T., Mackeprang, G., Hansson, L., Werdelin, G., Karlsson, H., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Dybbro, J., Nilsson, L. L., Sandlund, M. & Sörgaard, K. W. (2001). The Nordic Study on schizophrenia patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry* **16**, 207-214.

Ministère de la santé et des services sociaux (2001a). Le logement et les services de soutien en santé mentale : une solution à partager : Actes du colloque. pp. 1-62. Ministère de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec: Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux (2001b). Ressources intermédiaires: cadre de référence. (ed. Gouvernement du Québec), p. 61. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la santé et des services sociaux (2003). La pratique professionnelle et la ressource de type familiale - guide d'orientation. p. 89. Ministère de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec: Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2008. p. 53. Gouvernement du Québec: Québec.

Ministère de la santé et des services Sociaux (2013a). Guide des responsabilités des agences de la santé et des services sociaux au regard des ressources intermédiaires et des ressources de type familial - Orientations ministérielles. (Éd. Gouvernement du Québec): Québec.

Ministère de la santé et des services Sociaux (2013b). Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial - Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance. (Éd. Gouvernement du Québec): Québec.

Ministère de la santé et des services Sociaux (2014). Le Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. (Éd. Gouvernement du Québec): Québec.

Molina, O. & Rhodes, M. (2002). Corporatism: the past, present, and future of a concept. *Annual Review of Political Science* **5**, 305-331.

- Moos, R.H.** (1972). Assessment of the psychosocial environments of community-oriented psychiatric treatment programs. *Journal of Abnormal Psychology* **79**, 9-18.
- Moos, R. H.** (1973). Conceptualizations of human environments. *American Psychologist* **28**, 652.
- Moos, R.H.** (1997). *Evaluating treatment environments: The quality of psychiatric and substance abuse programs*. Transaction Publishers: New Brunswick.
- Moos, R.H., Gauvain, M., Lemke, S., Max, W. & Mehren, B.** (1979). Assessing the social environments of sheltered care settings. *Gerontologist* **19**, 74-82.
- Moos, R.H. & Lemke, S.** (1994). *Group residences for older adults: Physical features, policies, and social climate*. Oxford University Press New York.
- Morse, J. M.** (2010). Simultaneous and sequential qualitative mixed method designs. *Qualitative Inquiry* **16**, 483-491.
- Mosher, L. R.** (1983). Radical deinstitutionalization: the Italian experience. *International Journal of Mental Health* **11**, 129-136.
- Mousseau-Glasser, M.** (1988). Les responsables de famille d'accueil pour adultes et jeunes adultes: leurs motivations, leurs perceptions et leurs vécus. Centre de service sociaux du Montréal Métropolitain: Montréal.
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B. & Bybee, D.** (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation* **24**, 315-340.
- Murphy, H. B., Engelsmann, F. & Tchong-Laroche, F.** (1976). The influence of foster-home care on psychiatric patients. *Achieves of general psychiatry* **33**, 179-183.
- Murphy, H. B. M., Pennee, B. & Luchins, D. J.** (1972). Foster Homes: The new back wards? *Canada's mental health Supplement no.71*.
- Nagy, M. P., Fisher, G. A. & Tessler, R. C.** (1988). Effects of facility characteristics on the social adjustment of mentally ill residents of board-and-care homes. *Hospital and Community Psychiatry* **39**, 1281-1286.
- Nelson, G., Aubry, T. D. & Hutchison, J.** (2010). Housing and mental health. In *International Journal of*

Rehabilitation, p. 14. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange Buffalo, NY.

Nelson G., Fowler H. S. (1987). Housing for the chronically mentally disabled: Part II - Process and outcome. *Canadian Journal of Community Mental Health* **6**, 79-90.

Nelson, G., Hall, G. B. & Walsh-Bowers, R. (1995a). An evaluation of supportive apartments for psychiatric consumers/survivors. *Canada's Mental Health* **43**, 9-16.

Nelson, G., Hall, G. B. & Walsh-Bowers, R. (1998). The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumer/survivors. *Community Mental Health Journal* **34**, 57-69.

Nelson G. (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *Journal of Sociology & Social Welfare* **37**, 123-146.

Nelson, G. & Peddle, S. (2005). Housing and support for people who have experienced serious mental illness: value base and research evidence. pp. 1-22. Winfried Laurier University: Ontario.

Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T. D., George, L. & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and mental health services research* **34**, 89-100.

Nelson, G., Wiltshire, C., Hall, G. B., Peirson, L. & Walsh-Bowers, R. (1995b). Psychiatric consumer/survivors' quality of life: quantitative and qualitative perspectives. *Journal of Community Psychology* **23**, 216-233.

Neri, G., Guzzetta, F., Pazzi, L., Bignami, R., Picardi, A., & de Girolamo, G. (2011). How does the residential care system change? A longitudinal survey in a large region of Italy. *Community mental health journal*, **47**, 201-208.

Newman, S. & Goldman, H. (2008). Putting housing first, making housing last: housing policy for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry* **165**, 1242-1248.

Newman, S. J. (1994). The housing and neighborhood conditions of persons with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* **45**, 338-43.

- Newman, S. J.** (2001). Housing attributes and serious mental illness: Implications for research and practice. *Psychiatric Services* **52**, 1309-1317.
- Norris-Baker, C., Weisman, G. D., Lawton, M. P., Sloane, P. & Kaup, M.** (1999). Chapter 7: Assessing special care units for dementia. In *Enabling Environments* (pp. 165-181). Springer
- Novak, J. D. & Gowin, D. B.** (1984). *Learning how to learn*. Cambridge University Press.
- O'Driscoll, C. & Leff, J.** (1993). The TAPS project: VIII. Design of the research study on the long-stay patients. *The British Journal of Psychiatry* **162** (Suppl. 19), 18-24.
- Ogilvie, R. J.** (1997). The state of supported housing for mental health consumers: a literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **21**, 122-131.
- Organisation mondiale de la Santé** (1980). La Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages (CIH) (Éd. OMS Publications). OMS: Genève.
- Organisation mondiale de la Santé** (2000). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH-2). (Éd. OMS Publications), p. 220. OMS: Genève.
- Osborn, A. F.** (1948). *Your creative Power*. Scribner: New York.
- Pagé, J.-C.** (1961). *Les fous crient au secours*. Éditions du jour: Montréal.
- Palmer, P. H., Macfarlane, D., Stuart, G. W., Durbin, J., Cochrane, J. & Goering, P.** (2000). Kingston Psychiatric Hospital comprehensive assessment project final report. Kingston Psychiatric Hospital: Kingston (Ontario).
- Paquet, R. (2013)** *Agir maintenant- Constats et recommandations concernant l'amélioration de l'accès et de la continuité des services de santé mentale à Montréal*. Rapport présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Parkinson, S., Nelson, G. & Horgan, S.** (1999). From housing to homes: A review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Canadian journal of community mental health* **18**, 145-164.
- Parks, S. H. & Pilisuk, M.** (1984). Personal support systems of former mental patients residing in board-and-care facilities. *Journal of Community Psychology* **12**, 230-244.

- Pathways to housing** (2009). Pathways to housing.
- Patterson, M., McIntosh, K. & Shiell, A.** (2007). Housing and Supports for Adults with Severe Addiction and/or Mental illness in BC. p. 149. CARMHA & Simon Fraser University: Vancouver.
- Paul, G. L., Mariotto, M. J., Redfield, J. P., Licht, M. H. & Power, C. T.** (1986). *Part 1 - Assessment in residential treatment settings; Principles and methods to support cost-effective quality operations*. Research Press: Champaign, Ill.
- Pawson, R. & Tilley, N.** (1997). *Realist evaluation*. Sage Publication: Thousand Oaks.
- Pedhazur, E. & Schmelkin, LP** (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Psychology Press.
- Pelletier, J. F., Piat, M., Côté, S. & Dorvil, H.** (2009). *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?* Presse de l'Université du Québec: Québec.
- Penta, M., Arnould, C., & Decruynaere, C.** (2005). Les qualités psychométriques de l'échelle. In: *Développer et interpréter une échelle de mesure: applications du modèle de Rasch*. Éditions Mardaga. p.115-140.
- Perkins, D. V. & Baker, F.** (1991). A Behavior Setting Assessment for community programs and residences. *Community Mental Health Journal* **27**, 313-325.
- Piat, M.** (2000). Becoming the victim: A study on community reactions towards group homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **24**, 108-116.
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G. & Bloom, D.** (2008). Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services* **59**, 1011-1017.
- Piat, M., Perreault, M., Lacasse, D., Loannou, S., Pawliuk, N. & Bloom, D.** (2004). Stakeholder perspectives on psychiatric Foster Homes: Residents, Families, Caregivers and professionals. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **27**, 228-234.

- Piat, M., Ricard, N., Dedersen, D. & Bloom, D.** (2001). The helping relationship in Foster Homes for persons with serious mental illness: Caregivers and clients perspectives. Douglas Hospital: Verdun.
- Piat, M., Ricard, N. & Lesage, A.** (2006). Evaluating life in foster homes for persons with serious mental illness: Resident and caregiver perspectives. *Journal of Mental Health* **15**, 227-242.
- Piat, M., & Sabetti, J.** (2010). Residential housing for persons with serious mental illness: The fifty year experience with foster homes in Canada. In JH. Stone & M. Blouin (Eds.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Buffalo, NY: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Piat, M., Boyer, R., Cloutier, S., Fleury, M. J., & Lesage, A.** (2012). Les conditions d'hébergement favorables au rétablissement: perspective des usagers et usagères. *Canadian Journal of Community Mental Health*, **31**, 67-85.
- Picardi, A., De Girolamo, G., Santone, G., Falloon, I., Fioritti, A., Micciolo, R., Morosini, P. & Zanalda, E.** (2006). The environment and staff of residential facilities: Findings from the Italian "PROGRES" national survey *Community Mental Health Journal* **42**, 263-278.
- Pilling, D. & Watson, G.** (1995). *Evaluating quality in services for disabled and older people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Pinault, R. & Daveluy, C.** (1986). *La planification en santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Paris.
- Pinel, P.** (1806). A treatise on insanity.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J. & Griffiths, F.** (2009). Les méthodes mixtes. In *Approches et pratiques en évaluation de programme* (Éd. V. Riddle and C. Dagenais), pp. 123-141. Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M. & Roberts, M. M.** (1999). Goals, values, and guiding principles of psychiatric rehabilitation. In *Psychiatric Rehabilitation*, pp. 89-111. Academic Press: San Diego, CA.
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R. & Knapp, M.** (2009). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **44**, 805-814.

Randolph, F., Ridgway, P. & Carling, P. (1991). Residential programs for persons with severe mental illness: a nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hospital and community psychiatry* **42**, 1111-1115.

RAPSIM (2008). Le logement autonome avec soutien ... quels logements et quel soutien ? Montréal.

Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). Defining quality: alternatives and implications. *Academy of management Review* **19**, 419-445.

Ridgway, P. & Zipple, A. M. (1990). Challenges and strategies for implementing supported housing. *Psychosocial Rehabilitation Journal* **13**, 115-120.

Rog, D. J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **27**, 334-344.

Rog D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H. , Preethy, G., Allen, D.S., Shoma Ghose, S. & Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Permanent supportive housing: assessing the evidence. *Psychiatric Services* **65**, 287-294.

Rog, D. J. & Randolph, F. L. (2002). A multisite evaluation of supported housing: Lessons learned from cross-site collaboration. *New Directions for Evaluation* **2002**, 61-72.

Rosas, S. R. (2005). Concept Mapping as a Technique for Program Theory Development An Illustration Using Family Support Programs. *American Journal of Evaluation* **26**, 389-401.

Rosas, S. R. & Camphausen, L. C. (2007). The use of concept mapping for scale development and validation in evaluation. *Evaluation and Program Planning* **30**, 125-135.

Rosas, S. R. & Kane, M. (2012). Quality and rigor of the concept mapping methodology: A pooled study analysis. *Evaluation and Program Planning* **35**, 236-245.

Rosenberg, S. & Kim, M. P. (1975). The method of sorting as a data-gathering procedure in multivariate research. *Multivariate Behavioral Research* **10**, 489-502.

Rossberg, J. I. & Friis, S. (2004). Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatric Services* **55**, 798-803.

- Reid, Y. & Garety, P.** (1996). A hostel-ward for new long stay patients: Sixteen years' progress. *Journal of mental health* **5**, 77-90.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M.** (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry* **177**, 149-155.
- Rudkin, J. K.** (2003). *Community psychology: Guiding principles and orienting concepts*. Pearson College Division.
- Ruiller, C.** (2008). *Le soutien social au travail: conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle: l'étude d'un cas hospitalier* (Doctoral dissertation, Université Rennes 1).
- SAMHSA** (2012). SAMHSA's Working Definition of Recovery. Rockville, MD: Substance Abuse & Mental Health Services Administration.
- Santone, G., de Girolamo, G., Falloon, I., Fioritti, A., Micciolo, R., Picardi, A., & Zanalda, E.** (2005). The process of care in residential facilities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **40**, 540-550.
- Segal, S. & Kotler, P. L.** (1993). Sheltered care residence: ten-year personal outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry* **63**, 80-91.
- Segal, S. P. & Aviram, U.** (1978). *The mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration*. Wiley: New York.
- Segal, S. P., & Moyles, E. W.** (1979). Management style and institutional dependency in sheltered care. *Social Psychiatry*, **14**, 159-165.
- Segal, S. P. & Holschuh, J.** (1991). Effects of sheltered care environments and resident characteristics on the development of social networks. *Hospital & Community Psychiatry* **42**, 1125-1131.
- Segal, S. P., Kotler, P. L. & Holschuh, J.** (1991). Attitudes of sheltered care residents toward others with mental illness. *Hospital & Community Psychiatry* **42**, 1138-1143.
- Segal, S. P. & Sawyer, D.** (1996). Sheltered care facility size and the social integration of mentally ill adults. *Adult Residential Care Journal* **10**, 75-87.

- Shepherd, G. & Macpherson, R.** (2011). Residential care. In *Oxford Textbook of Community Mental Health* (ed. Graham Thornicroft, George Szukler, Kim T Mueser and R. E. Drake.), pp. 178-187. Oxford University Press: New York.
- Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R. & Cooney, M.** (1996). Residential care in hospital and in the community--quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry* **168**, 448-56.
- Shiell, A., Hawe, P. & Gold, L.** (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ: British Medical Journal* **336**, 1281.
- SHQ** (2010). L'habitation en bref. Gouvernement du Québec : Société d'habitation du Québec.
- Siegel, C., Samuels, J., Tang, D.-I., Berg, I., Jones, K. & Hopper, K.** (2006). Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York City. *Psychiatric Services* **57**, 982-991.
- SIRTF** (2006). Statistiques des ressources intermédiaires et des ressources de type familial - Données extraites du Système d'Information des Ressources Intermédiaires et de Type Familial (SIRTF). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: Québec.
- Siskind, D., Harris, M., Pirkis, J. & Whiteford, H.** (2013). A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **48**, 876-894.
- Southern, D., Batterham, R., Appleby, N., Young, D., Dunt, D. & Guibert, R.** (1999). The concept mapping method. An alternative to focus group inquiry in general practice. *Australian family physician* **28**, S35.
- Southern, D. M., Young, D., Dunt, D., Appleby, N. J. & Batterham, R. W.** (2002). Integration of primary health care services: perceptions of Australian general practitioners, non-general practitioner health service providers and consumers at the general practice- primary care interface. *Evaluation and Program Planning* **25**, 47-59.
- Sorensen, K., & Snyder, M. A.** (1994). Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry*, **45**, 1141.
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L. & King, D.** (1995). Housing choice and community success for

individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal* **31**, 139-152.

Stanton, A. H. & Schwartz, M. S. (1954). *The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. Basic Book: New York.

Stokols D, Allen J, Bellingham RL (1996). The social ecology of health promotion: Implications for research and practice. *American Journal of Health Promotion* **10**, 247-251.

Suto, M. & Frank, G. (1994). Future time perspective and daily occupations of persons with chronic schizophrenia in board and care home. *American Journal of Occupational Therapy* **48**, 7-18.

Sylvestre, J., Ollenberg, M. & Trainor, J. (2007a). A participatory benchmarking strategy for describing and improving supportive housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **31**, 115-124.

Sylvestre, J., Ollenberg, M. & Trainor, J. (2009). A model of housing stability for people with serious mental illness. *Canadian Journal of Community Mental Health (Revue canadienne de santé mentale communautaire)* **28**, 195-207.

Sylvestre, J., Ollenberg, M. D. & Trainor, J. (2007b). A participatory benchmarking strategy for describing and improving supportive housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal* **31**, 115.

Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics*. Pearson: Boston.

Tabol, C., Drebing, C. & Rosenheck, R. (2010). Studies of supported and supportive housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning* **33**, 446-456.

Tansella, M. & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* **28**, 503-508.

Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital & Community Psychiatry* **44**, 450-455.

Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Sage.

Test, M. A. & Stein, L. I. (1977). Special living arrangements: a model for decision-making. *Hospital &*

Community Psychiatry **28**, 608-610.

Thornicroft, G. & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalisation--from hospital closure to service development. *The British Journal of Psychiatry* **155**, 739-753.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). *The mental health matrix: A manual to improve services*. Cambridge University Press: Cambridge, UK.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2003a). Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité? p. 27. Organisation Mondiale de la Santé - Europe: Copenhague, Danemark.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2003b). What are the arguments for community-based mental health care? p. 25. World Health Organization: Copenhagen, Denmark.

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A. & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research* **69**, 125-132.

Timko, C. (1995). Policies and services in residential substance abuse programs: Comparisons with psychiatric programs. *Journal of Substance Abuse* **7**, 43-59.

Timko, C. (1996). Physical characteristics of residential psychiatric and substance abuse programs: organizational determinants and patients outcomes. *American Journal of Community Psychology* **24**, 173-92.

Townley, G. & Kloos, B. (2011). Examining the psychological sense of community for individuals with serious mental illness residing in supported housing environments. *Community Mental Health Journal* **47**, 436-446.

Trainor, J., Morrell-Bellai, T. L., Ballantyne, R. & Boydell, K. M. (1993). Housing for people with mental illness: A comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry* **38**, 494-501.

Trainor, J., Taillon, P. et Pandalangat, N. (2013). *Turning the key: Assessing housing and related supports for persons living with mental health problems and illness*. Report by the Community Support and Research Unit of the Centre for Addiction and Mental Health and

the Canadian Council on Social Development.

- Trochim, W.** (1993). The reliability of concept mapping. In *Annual Conference of the American Evaluation Association, Dallas, Texas*.
- Trochim, W., Cook, J. & Setze, R.** (1994). Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of a supported employment program for persons with severe mental illness. *Consulting and Clinical Psychology* **62**, 766-775.
- Trochim, W. M.** (1989). Concept Mapping for Evaluation and Planning. *Evaluation and Program Planning* **12**, 111.
- Trute, B.** (1986). Sheltered housing for the chronic psychiatric patient: The influence of operators of board and care facilities on community participation of their residents. *Canadian journal of community mental health* **5**, 31-38.
- Tsai, J., Bond, G. R., Salyers, M. P., Godfrey, J. L. & Davis, K. E.** (2010a). Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: A qualitative study. *Community Mental Health Journal* **46**, 381-388.
- Tsai, J., Mares, A. S. & Rosenheck, R. A.** (2010b). A multisite comparison of supported housing for chronically homeless adults: housing first versus residential treatment first. *Psychological Services* **7**, 219-232.
- Tsai, J., Mares, A. S. & Rosenheck, R. A.** (2012). Housing satisfaction among chronically homeless adults: Identification of its major domains, changes over time, and relation to subjective well-being and functional outcomes. *Community Mental Health Journal* **48**, 255-263.
- Tsemberis, S. & Eisenberg, R. F.** (2000). Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* **51**, 487-493.
- Tsemberis, S., Rogers, E. S., Rodis, E., Dushuttle, P. & Skryha, V.** (2003). Housing satisfaction for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology* **31**, 581-590.
- Tuke, S.** (1813 (Reprinted 1996)). *Description of the Retreat* Process Press: London.
- Van der Maren, J.-M.** (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Les Presses de l'Université de

Montréal: Montréal.

- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., Pieters, G., De Hert, M., Storms, G., Vertommen, H., Peuskens, J. & Heyrman, J.** (2001). Expressed emotion in staff-patient relationships: the professionals' and residents' perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **36**, 486-492.
- Vincent, K. & Morin, P. d.** (2010). Le logement subventionné : Dans le cadre du programme du supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté. Coalition pour le développement du logement social.
- Walker, R. & Seasons, M.** (2002). Supported housing for people with serious mental illness: resident perspectives on housing. *Canadian Journal of Community Mental Health* **21**, 137-51.
- Weissman, E. M., Covell, N. H. & Essock, S. M.** (2005). Implementing peer-assisted case management to help homeless veterans with mental illness transition to independent housing. *Community Mental Health Journal* **41**, 267-276.
- Weller, S. C. & Romney, A. K.** (1988). *Systematic Data Collection*
- Wiersma, D. & van Busschbach, J.** (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life ? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* **251**, 239-246.
- Wing, J. K.** (1990). The functions of asylum. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(6), 822-827.
- Wing, J. K. & Brown, G. W.** (1970). *Institutionalism and Schizophrenia: A comparative study of three mental Hospitals 1960-1968*. University Press Cambridge.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A.** (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, *172*(1), 11-18.
- Wolfensberger, W. & Nirje, B.** (1972). The principle of normalization in human services.
- Wolfensberger, W., & Glenn, L.** (1975). PASS 3: Program analysis of service systems. *Field Manual*, Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Wong, Y. L. I. & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research* **4**, 13-28.

Wright, P. A. & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology* **27**, 79-89.

Wykes, T. (1982). A hostel-ward for new long-stay patients: an evaluative study of a «ward in a house». *Psychological Medicine. Monograph Supplement* **2**, 57.

Wykes, T., Sturt, E. & Creer, C. (1982). 2. Practices of day and residential units in relation to the social behaviour of attenders. *Psychological Medicine. Monograph Supplement* **2**, 15-27.

Annexe 1

Lettre d'information aux participants (PI)

Lettre d'information aux participants (PII)





Services résidentiels et d'hébergement pour les adultes avec troubles mentaux : un « chez-soi » dans la communauté à revisiter...

Projet Multicentrique (CÉR Fernand-Seguin) : MP HLHL-0815
A. Lesage, M. Corbière, A. Felx, candidate PhD. et collaborateurs

Invitation à participer : à vous la parole !

Bonjour,

Nous désirons vous informer qu'une étude portant sur les ressources résidentielles et d'hébergement en santé mentale est présentement en cours. Cette étude vise à mieux comprendre ce que sont les ressources résidentielles et leur fonctionnement. Les chercheurs principaux sont le Dr Alain Lesage, le Dr Marc Corbière et Amélie Felx, étudiante au doctorat en Sciences biomédicales. Plusieurs collaborateurs sont associés à cette étude et proviennent des régions du Québec où se déroule l'étude : Montréal, Mauricie, Québec, Haut-Richelieu et Lanaudière.

Nous vous invitons à participer à cette étude. Nous sollicitons votre participation parce que nous pensons que vous pourrez nous aider à mieux connaître les ressources résidentielles. Votre expérience est importante pour la réussite de cette étude. À long terme, cette étude aspire à aider les personnes qui habitent ou travaillent dans le milieu des ressources résidentielles et à améliorer la qualité des services.

L'étude comprend plusieurs phases. Durant la phase I, entre 300 et 400 personnes (ex : usagers, proches, intervenants, responsables, gestionnaires) identifieront les caractéristiques des ressources résidentielles et leur importance. Durant la phase II, une grille qui décrit les caractéristiques clés des ressources résidentielles sera créée et testée dans environ 250 ressources résidentielles. Les participants ne sont pas les mêmes dans les deux phases et comprennent: des usagers et leurs proches, des intervenants, des employés, des administrateurs ou gestionnaires et des chercheurs ou universitaires. Votre participation est sollicitée pour l'une de ces phases, c'est-à-dire la phase I. Votre participation implique de prendre part à une séance de groupe d'une durée d'environ 2 heures et de partager avec nous votre perception des ressources résidentielles en santé mentale.

Votre participation est tout à fait volontaire ; **vous êtes libre de participer ou de ne pas participer à l'étude et de vous en retirer en tout temps**. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous rencontrerez la chercheuse et son assistant. Vous devrez alors signer un formulaire de consentement, après avoir pris le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements qui y sont écrits. Au besoin, vous pourrez leur poser des questions sur l'étude. De plus, nous vous remettrons 10\$ afin de défrayer vos frais de transport.

Si vous avez des questions ou des commentaires vous pouvez contacter l'un des chercheurs de cette étude. En vous remerciant à l'avance de l'attention que vous porterez à cette étude, nous espérons avoir le plaisir de vous rencontrer.

Amélie Felx, erg

MSc Université de Montréal, MSc King's College London (GB)
Candidate au doctorat, Département de psychiatrie, Université de Montréal
Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital L.H. Lafontaine, Unité 218
7401, rue Hochelaga,
Montréal, Québec, H1N 3M5

Tél.: 514-251-4015, poste 3183



Services résidentiels et d'hébergement pour les adultes avec troubles mentaux : un « chez-soi » dans la communauté à revisiter...

Projet Multicentrique (CÉR Fernand-Seguin) : MP HLHL-0815

A. Lesage, M. Corbière, A. Felx, candidate PhD. et collaborateurs

Bonjour,

Une étude portant sur les ressources résidentielles et d'hébergement en santé mentale est présentement en cours. Cette étude vise à mieux comprendre ce que sont les ressources résidentielles et leur fonctionnement. L'étude comprend trois phases. Nous en sommes présentement à la Phase II. Durant la Phase I, plus de 400 personnes (usagers, proches, intervenants, responsables de ressource, gestionnaires) ont identifié les caractéristiques des ressources résidentielles et leur importance. À partir de ces caractéristiques une grille d'entrevue a été construite. Cette grille d'entrevue comprend plusieurs questions qui ont pour objectif de décrire les caractéristiques des différents milieux qui hébergent des adultes atteints de troubles mentaux. Nous prévoyons poser ces questions à 250 ressources résidentielles de six régions du Québec : Haut-Richelieu, Lanaudière, Laurentides, Mauricie, Montréal, Québec.

Nous sollicitons votre participation parce que nous pensons que vous pouvez nous aider à mieux connaître les ressources résidentielles en santé mentale et le travail quotidien qui y est réalisé. Votre participation est importante pour permettre de dresser un portrait juste des ressources résidentielles et pour faire ressortir les différences entre celles-ci. Votre participation implique de répondre à une entrevue téléphonique d'environ 120 minutes concernant votre ressource. Des questions vous seront posées sur les résidents, sur l'aide apportée aux résidents, sur le fonctionnement du milieu, sur le personnel qui y travaille, sur la relation entre le personnel et les résidents et sur le soutien que vous recevez. Il est aussi possible que la chercheuse vous demande la permission de visiter votre milieu.

Votre participation est volontaire ; vous êtes libre de participer ou de ne pas participer à l'étude. Si vous acceptez de participer, vous devrez signer un formulaire de consentement. Ce formulaire de consentement explique les buts de l'étude et les procédures mises en place pour assurer la **confidentialité**. Vous pourrez aussi discuter avec l'équipe de recherche et, au besoin, leur poser des questions sur l'étude.

Si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez contacter l'un des chercheurs de cette étude. Les chercheurs principaux sont le Dr Alain Lesage, le Dr Marc Corbière et Amélie Felx. Vous pouvez aussi en discuter avec votre organisme, un établissement gestionnaire ou avec des représentants de l'ARIHQ ou du RESSAQ. Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette étude. Nous espérons avoir le plaisir de discuter avec vous et d'en apprendre davantage sur votre ressource.

Amélie Felx, erg

Candidate au doctorat, Université de Montréal
Centre de recherche Fernand-Seguin,
Hôpital Louis-H. Lafontaine, Unité 218
7401, rue Hochelaga, Montréal, H1N 3M5

Tél.: 514-251-4015, poste 3183

Khadija Thoughfi & Rose Rheault

Assistantes de recherche
Centre de recherche Fernand-Seguin,
Hôpital Louis-H. Lafontaine, Unité 218
7401, rue Hochelaga, Montréal, H1N 3M5

Tél.: 514-251-4015, poste 3183

Courriel : recherche_hebergement@yahoo.ca

Annexe 2

Exemple d'un formulaire de consentement (PI)

Exemple d'un formulaire de consentement (PII)





FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Évaluation des ressources résidentielles pour adultes atteints de troubles mentaux : développement et validation de nouveaux modèles et de deux instruments de mesure

Phase I – volet cartographie de concepts « concept mapping »

Alain D. Lesage, Marc Corbière, Amélie Felx (étudiante au doctorat) et collaborateurs

Chercheurs responsables du projet de recherche

Dr Alain Lesage M.D., FRCP(C), M.Phil., DFAPA, Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin - Hôpital Louis-H. Lafontaine 7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5 **Tél.:** 514-251-4015

Marc Corbière, PhD. Professeur-chercheur au Département de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, CAPRIT - Campus Longueuil **Tél.:** 450-463-1835, poste 61601

Amélie Felx, étudiante au doctorat, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin - Hôpital Louis-H. Lafontaine **Tél.:** 514-251-4015, poste 3183

Chercheurs ou collaborateurs rattachés au projet de recherche

Monique Carrière, PhD., CSSS de la Vieille-Capitale, Université Laval, chercheur local

Gilles Côté, PhD., Institut Philippe-Pinel, Université du Québec à Trois-Rivières, chercheur local

Dr Sylvain Laniel, M.D., Hôpital Sacré-Coeur de Montréal, chercheur local

Jean-Jacques Leclerc, Direction des Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté [DSRHC], Hôpital Louis-H. Lafontaine

Dr Luc Nicole, M.D., FRCPC, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Myra Piat, PhD., Institut Universitaire en santé mentale de l'Hôpital Douglas, Université McGill, chercheur local

Lieu où se déroulera la Phase I du projet : _____

Il est important de lire et de bien comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour le projet de recherche auquel nous vous invitons à participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à ce projet de recherche. Avant de prendre votre décision de participer ou non à ce projet de recherche, vous pouvez en discuter avec vos proches et vos amis. Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire; vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer du projet de recherche en tout temps, sans subir de préjudice.

Ce formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'un des chercheurs responsables de ce projet ou aux autres collaborateurs rattachés au projet de recherche.



Pourquoi vous demande-t-on de participer à ce projet de recherche?

Nous vous invitons à participer à la **Phase 1** d'un projet de recherche visant à décrire et à mieux comprendre la structure et le fonctionnement des différents types de ressources résidentielles communautaires pour les adultes atteints de troubles mentaux. Par ressources résidentielles, nous entendons, par exemple, les appartements supervisés, les résidences d'accueil, les foyers de groupe et les maisons de chambres.

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche compte tenu de votre expérience ou de vos connaissances en lien avec les ressources résidentielles pour adultes atteints de troubles mentaux. C'est en raison de votre expérience que nous vous considérons comme un « *expert* » sur le sujet.

Description et objectifs du projet de recherche

Le but général de ce projet de recherche est de produire un ou des modèle(s) des ressources résidentielles pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de développer deux instruments servant à mesurer les caractéristiques des milieux résidentiels. Ces caractéristiques peuvent décrire le milieu, par exemple, la localisation d'une ressource, la proximité des services, le nombre de membres du personnel, le nombre de résidents, les règles, etc. Ces caractéristiques peuvent aussi décrire le fonctionnement d'une ressource, c'est-à-dire, les types d'interventions et les activités réalisées par le personnel: supervision, surveillance, accompagnement communautaire, traitements médicaux et psychologiques, etc. La **Phase I** de ce projet de recherche, pour laquelle votre participation est sollicitée, comprend deux objectifs spécifiques :

1. Identifier les composantes clés et les caractéristiques des ressources résidentielles selon la perspective de diverses parties prenantes à travers le Québec (Montréal, Québec, Mauricie, Haut-Richelieu, Lanaudière).
2. Développer un (des) modèle(s) des ressources résidentielles en fonction des composantes clés et de leur importance, de la recension des écrits et de l'opinion d'experts.

Durant la Phase I, une technique appelée cartographie de concepts (*concept mapping*) sera utilisée. La cartographie de concepts rend possible l'identification des principales caractéristiques ou particularités d'une réalité. Dans ce projet de recherche, cette technique sera utilisée afin de recueillir votre point de vue et celui d'environ 400 personnes en ce qui a trait aux diverses caractéristiques des ressources résidentielles. Le point de vue de chaque participant est considéré de façon équivalente. De plus, les participants sont activement impliqués dans le processus d'interprétation des résultats et donc, dans l'élaboration d'un ou de modèle(s) des ressources résidentielles en santé mentale.

Description des procédures et de votre rôle dans ce projet de recherche

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, vous aurez un rendez-vous avec l'investigateur et un assistant de recherche afin de participer à une séance de groupe. Cette séance regroupera des personnes qui, comme vous, sont des *experts* parce qu'ils sont des usagers des services résidentiels, qu'ils œuvrent dans le milieu des ressources résidentielles, qu'ils administrent ou gèrent des ressources résidentielles en santé mentale, ou qu'ils sont des chercheurs ou universitaires. D'emblée, votre participation se limite à **une seule** des trois séances. Si vous désirez participer à la séance 3 concernant l'interprétation et la validation des résultats, vous pouvez en discuter avec un des chercheurs responsables de ce projet de recherche.



- **Séance 1** : Le point de vue des parties prenantes sera recueilli dans le cadre d'une séance de groupe (brainstorming). Nous vous demanderons de nous dire ce que vous associez au terme «ressources résidentielles » et de décrire des éléments, caractéristiques ou des composantes que les ressources résidentielles en santé mentale devraient offrir ou avoir. Vous serez libre de mentionner autant d'énoncés que vous le désirez sans qu'aucun jugement de valeur ne soit porté. Vous serez en présence de 15 à 20 autres personnes qui, comme vous, sont usagères des services résidentiels ou œuvrent dans le milieu des ressources résidentielles ou administrent ou gèrent des ressources résidentielles en santé mentale.
- **Séance 2** : Le point de vue des parties prenantes sera recueilli afin de regrouper les idées énoncées en catégories distinctes et afin de donner un score d'importance aux idées. Le score d'importance se fera à l'aide d'une échelle allant de un (pas du tout important) à cinq (très important). Vous serez en présence de 15 à 20 autres personnes qui, comme vous, sont usagères des services résidentiels ou œuvrent dans le milieu des ressources résidentielles ou administrent ou gèrent des ressources résidentielles en santé mentale.
- **Séance 3** : Le point de vue des parties prenantes sera recueilli afin d'interpréter les résultats obtenus durant les deux premières séances. Vous serez en présence de 8 à 10 autres personnes qui, comme vous, sont usagères des services résidentiels ou œuvrent dans le milieu des ressources résidentielles ou administrent ou gèrent des ressources résidentielles en santé mentale ou sont des universitaires, chercheurs, usagers ou cliniciens familiers avec les ressources résidentielles. Cette rencontre permet aux gens de discuter des résultats obtenus et d'effectuer une certaine forme de validation en faisant ressortir en groupe le sens qui émerge des informations recueillies. Les discussions seront, en parties, enregistrées afin de permettre à l'investigateur d'en analyser ultérieurement le contenu.

Durée de votre participation au projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche pour la **séance 1**. Votre participation se limite à une séance de groupe qui se déroulera dans votre région au _____.
La séance sera d'une durée d'environ deux heures.

Liberté de participation et cessation de participation

Votre participation est absolument volontaire; vous êtes libre de refuser de participer à ce projet de recherche et vous pouvez mettre fin à votre participation sans justification, en tout temps. Votre décision de participer ou non à ce projet ou votre retrait volontaire n'aura aucune conséquence, notamment sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec les personnes de votre milieu de vie ou de travail.

Vous pouvez mettre fin à votre participation par un simple avis oral ou en communiquant avec un des chercheurs responsables aux coordonnées indiquées sur ce formulaire. Si vous vous sentez mal à l'aise pendant la séance, vous pouvez en informer l'investigateur en tout temps. Vous pouvez aussi refuser de répondre à n'importe quelle question. Advenant votre retrait précoce du projet, les idées que vous aurez partagées avec le groupe seront conservées de façon anonyme pour ne pas nuire à la rigueur globale du projet.



Retrait du sujet ou arrêt prématuré du projet de recherche par le chercheur

Aucun motif a priori ne pourrait justifier votre retrait ou un arrêt prématuré du projet de recherche par les chercheurs responsables du projet. Par ailleurs, vous serez tenu au courant de toute information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez notamment les chercheurs, les organismes ou les établissements impliqués dans ce projet de recherche de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Avantages de participer

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel direct à participer à cette recherche si ce n'est le fait d'apprécier l'échange que vous aurez avec les autres membres du groupe. Les résultats obtenus durant les séances de groupe serviront à créer un (des) modèle(s) des ressources résidentielles adaptés à la réalité des milieux québécois ainsi qu'à développer deux instruments de mesure spécifiques aux ressources résidentielles. La contribution des parties prenantes du milieu est primordiale. À long terme, ce projet de recherche a l'intérêt de vouloir aider les personnes qui demeurent et celles qui œuvrent dans le milieu des ressources résidentielles en santé mentale. Ce projet aidera à identifier les caractéristiques que les milieux résidentiels devraient offrir et à mieux comprendre le fonctionnement des différents types de milieux résidentiels. Ce projet de recherche contribuera ainsi à l'avancement des connaissances et, potentiellement, à l'amélioration des services que reçoivent les adultes demeurant dans des ressources résidentielles.

Risques et inconvénients

Nous croyons que votre participation à ce projet ne comporte aucun risque direct et certain. Cependant, un désagrément pourrait découler de la durée des séances et du temps consacré à ce projet. Il serait peu probable que vous ressentiez un inconfort voire une gêne à répondre à certaines des questions posées par l'investigateur. Le cas échéant, vous pouvez contacter le chercheur local de votre région ou Amélie Felx (514-251-4015 poste : 3183), en tout temps, afin d'obtenir un soutien adéquat. Soyez assuré que toutes les informations seront recueillies par un investigateur indépendant et que les informations ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé quelconque ou d'un service judiciaire **sauf** si un chercheur de l'équipe du projet considérait que ces informations confidentielles laissent supposer que votre santé ou votre sécurité ou celles d'autrui puissent être menacées. Vous en seriez alors averti.

Compensation

Aucun dédommagement ne vous sera offert pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, vos frais de transports pourront vous être remboursés (10\$ par personne). Du café, des rafraîchissements, des bouchées et des pâtisseries seront offerts lors des séances de groupe.



Confidentialité

Seuls les renseignements nécessaires au bon déroulement du projet de recherche seront recueillis et vous avez été informé de leur nature. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. À cet effet, il faut savoir que la loi prévoit que l'assistant de recherche ou le chercheur peut divulguer certaines informations confidentielles aux autorités compétentes lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

En participant à la Phase I de ce projet de recherche vous participez, en tant qu'expert, à un processus de groupe sur la question des ressources résidentielles. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements obtenus, votre nom/personne ne sera en aucun temps associé aux informations que vous partagez avec le groupe ou l'investigateur. Vous n'aurez pas à dévoiler votre nom aux autres participants lors de la séance de groupe. Cependant, il est possible que vous (re)connaissez certains des participants. Afin d'assurer la confidentialité et le respect entre participants, il vous sera demandé de signifier votre engagement à ne pas porter de jugement et à ne pas divulguer les informations partagées au sein de ce groupe.

Les données brutes et anonymes du projet seront conservées pendant 7 années par le Dr Alain Lesage, au Centre de recherche Fernand-Seguin. Par la suite, elles seront détruites. Les enregistrements audio seront détruits un an après la fin du projet, lequel sera d'une durée approximative de 3 ans.

Certaines informations (ex : nom, numéro de téléphone) devront être recueillies, mais elles ne seront pas comprises dans le traitement des données de ce projet de recherche. Ces informations servent à la construction d'un répertoire qui vise à assurer la protection des sujets de recherche. Elles seront conservées dans un répertoire maintenu par le chercheur local et/ou le chercheur responsable, le Dr Alain Lesage, au Centre de recherche Fernand-Seguin. Ces informations seront détruites un an après la fin du projet.

À des fins de surveillance et de contrôle de la qualité, les documents de ce projet pourraient être consultés par les autorités compétentes (agence gouvernementale ou délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Communication des résultats

Les résultats de la Phase I seront présentés aux personnes qui participeront à la séance 3. Tous les participants pourront assister à une présentation des résultats à la fin du projet de recherche. Les lieux et dates des présentations seront précisés ultérieurement. De plus, les données du projet de recherche seront publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information qui puisse permettre une forme d'identification quelconque qu'il s'agisse de vous, de votre ressource résidentielle ou de votre institution.



Personnes Ressources

Pour toutes clarifications ou questions concernant le projet de recherche, vous pouvez contacter : Amélie Felx, 514-251-4015, poste : 3183.

Si vous croyez que vous éprouvez un problème de santé que vous croyez relier à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Amélie Felx, votre chercheur local ou le chercheur responsable du projet de recherche au numéro suivant : Dr Alain Lesage, 514-251-4015, du lundi au vendredi de 9h à 16h.

Pour tout renseignement concernant vos droits à titre de participant à un projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec : la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Vieille-Capitale au 418-529-4777, poste : 433.

Si vous avez des commentaires ou des insatisfactions en ce qui concerne les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Dr Robert Élie, M.D. Ph.D., président du comité d'éthique de la recherche, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal, au 514-251-4015, poste : 2356.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du Centre Fernand Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche

Avant de signer ce document

En signant ce document, vous acceptez de participer à ce projet de recherche et vous certifiez avoir pris connaissance du contenu du présent document. Il est important de vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez bien le sujet du projet de recherche. Nous vous demandons de prendre votre temps avant de prendre une décision sur votre participation. Vous pouvez en discuter avec vos proches et vos amis. Vous êtes aussi invité à contacter le chercheur principal ou les membres de son équipe pour plus d'informations.

Copie du formulaire de consentement

Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, une copie de ce formulaire vous sera remise.

Ces informations vous étant données, le consentement prend la forme suivante :

**Consentement du participant et déclaration d'engagement du chercheur Demande d'autorisation
d'enregistrement du participant [Séance 3]**



Consentement du participant et déclaration d'engagement du chercheur

Signature du participant

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer à la
(Nom en lettres moulées)

Phase I, séance 1, d'un projet de recherche dirigé par des chercheurs du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke et ayant des collaborateurs de l'Université McGill, l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'Université Laval, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Hôpital Sacré-Cœur. Le responsable du projet est le Dr Alain Lesage (Téléphone : 514-251-4015; Adresse : Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5). Ce projet de recherche concerne les ressources résidentielles pour les adultes atteints de troubles mentaux.

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. **Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.**

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet selon les conditions qui y sont énoncées.

Afin d'assurer la confidentialité et le respect entre les participants, je m'engage à ne pas porter de jugement et à ne pas divulguer des informations partagées par les autres participants durant cette rencontre de groupe.

Oui

Non

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Déclaration du chercheur

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans conséquence négative d'aucune sorte. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu dans ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'investigateur principal : _____ **Date :** _____

Signé à (lieu) : _____

Signature du chercheur responsable : _____ **Date :** _____



*Évaluation des ressources résidentielles pour adultes atteints de troubles mentaux :
développement et validation de nouveaux modèles et de deux instruments de mesure*
No d'attribution du CÉR Fernand-Seguin : MP HLHL-0815



Demande d'autorisation d'enregistrement du participant - Séance 3

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements audio seront effectués pour permettre une analyse de contenu subséquente par l'investigateur et l'assistant de recherche. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles un des membres de l'équipe du projet de recherche a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexion, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Signature de l'investigateur principal : _____ **Date :** _____

Signé à (lieu) : _____

Signature du chercheur responsable : _____ **Date :** _____



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Évaluation des ressources résidentielles pour adultes atteints de troubles mentaux : développement et validation de nouveaux modèles et de deux instruments de mesure

Phase II – volet étude transversale FS

Alain D. Lesage, Marc Corbière, Amélie Felx (étudiante au doctorat) et collaborateurs

Chercheurs responsables du projet de recherche

Dr Alain Lesage M.D., FRCP(C), M.Phil., DFAPA, Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin - Hôpital Louis-H. Lafontaine 7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5
Tél.: 514-251-4015

Dr Marc Corbière, PhD. Professeur-chercheur au Département de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, CAPRIT - Campus Longueuil
Tél.: 450-463-1835, poste 61601

Amélie Felx, étudiante au doctorat, Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin - Hôpital Louis-H. Lafontaine
Tél.: 514-251-4015, poste 3183

Chercheurs ou collaborateurs rattachés au projet de recherche

Monique Carrière, PhD., CSSS de la Vieille-Capitale, Université Laval, chercheur local

Gilles Côté, PhD., Institut Philippe-Pinel, Université du Québec à Trois-Rivières, chercheur local Dr Sylvain Laniel, M.D., Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, chercheur local

Jean-Jacques Leclerc / Léo Fortin, Direction des Services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté [DSRHC], Hôpital L-H. Lafontaine

Dr Luc Nicole, M.D., FRCPC, Hôpital L-H. Lafontaine

Myra Piat, PhD., Institut Universitaire en santé mentale de l'Hôpital Douglas, Université McGill, chercheur local

Luc Vigneault, APUR, Québec

Lieux où se déroulera la Phase II du projet : Dans les ressources résidentielles des régions de Montréal, du nord de Lanaudière, du Haut-Richelieu, des Laurentides, de Québec et de la Mauricie.

Il est important de lire et de bien comprendre le présent formulaire d'information et de consentement pour le projet de recherche auquel nous vous invitons à participer. Prenez le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à ce projet de recherche. Avant de prendre votre décision de participer ou non à ce projet de recherche, vous pouvez en discuter avec vos proches, vos amis et les membres de votre personnel. Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire; vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer du projet en tout temps, sans subir de préjudice.

Ce formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'un des chercheurs responsables de ce projet ou aux autres collaborateurs rattachés au projet de recherche.



Pourquoi vous demande-t-on de participer à ce projet de recherche?

Nous vous invitons à participer à la **Phase II** d'un projet de recherche visant à décrire et à mieux comprendre la structure et le fonctionnement des différents types de ressources résidentielles pour les adultes atteints de troubles mentaux. Par ressources résidentielles, nous entendons, par exemple, les appartements supervisés, les résidences d'accueil, les ressources intermédiaires, les foyers de groupe et les maisons de chambres.

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche compte tenu de votre rôle de responsable, d'administrateur ou d'intervenant clé dans une des ressources résidentielles sélectionnées pour participer à ce projet de recherche.

Description et objectifs de ce projet de recherche

Le but général de ce projet de recherche est de produire un (des) modèle(s) des ressources résidentielles pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de développer deux instruments servant à mesurer les caractéristiques des milieux résidentiels. Ces caractéristiques peuvent décrire la structure du milieu, par exemple, la localisation d'une ressource, la proximité des services, le nombre de membres du personnel, le nombre de résidents, les règles, etc. Ces caractéristiques peuvent aussi décrire le fonctionnement d'une ressource, c'est-à-dire, les types d'interventions et les activités réalisées par le personnel: supervision, surveillance, accompagnement communautaire, traitements médicaux et psychologiques, etc. La **Phase II** de ce projet de recherche, pour laquelle votre participation est sollicitée, a pour objectif de :

1. Développer et valider un instrument de mesure servant à dresser le portrait d'une ressource résidentielle en fonction de diverses composantes structurales et de fonctionnement.

La Phase II comprend deux étapes : **1)** le développement de l'instrument de mesure, c'est-à-dire de son format et de son contenu ; **2)** l'évaluation des qualités psychométriques de l'échelle. Le développement de l'échelle de fidélité repose sur une recension des écrits et sur des rencontres avec plus de 400 parties prenantes du Québec (des proches, des utilisateurs de services, des intervenants, des responsables de ressource, des gestionnaires, etc.) et avec des chercheurs. L'évaluation des qualités psychométriques de l'échelle sera principalement réalisée par le biais d'une étude auprès d'environ 200 à 300 responsables ou intervenants de ressources résidentielles en santé mentale de six régions : Montréal, Mauricie, Haut Richelieu, Lanaudière, Laurentides et Québec. Les ressources sont sélectionnées de façon aléatoire (hasard). L'échelle de fidélité permettra de dresser le portrait d'une ressource résidentielle en fonction de diverses composantes clés. L'échelle sera adaptée à la réalité des ressources résidentielles québécoises.

Description des procédures et de votre rôle dans ce projet de recherche

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, vous aurez à prendre part au processus d'évaluation des qualités psychométriques de l'échelle de fidélité. Votre contribution implique de :

- Répondre à une entrevue semi-structurée téléphonique enregistrée d'une durée approximative de 120 minutes. L'entrevue comprendra des questions sur les caractéristiques structurales ou de fonctionnement de la ressource résidentielle dans laquelle vous travaillez.
- Pour 50 des répondants, sélectionnés au hasard, une rencontre s'ajoutera à l'entrevue téléphonique.



Ainsi, si votre ressource est sélectionnée, nous vous demanderons si vous acceptez ou non de recevoir, dans votre ressource, l'investigateur pour une visite d'environ deux heures. L'investigateur vous demandera de visiter la ressource et de consulter certains des documents administratifs et d'autres documents pertinents concernant votre ressource résidentielle.

Durée de votre participation à ce projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche pour une entrevue téléphonique d'une durée de 120 minutes. Tel que mentionné précédemment, une visite de deux heures pourrait s'ajouter à cette entrevue téléphonique (pour 50 des ressources sélectionnées).

Liberté de participation et cessation de participation

Votre participation est tout à fait volontaire; vous êtes libre de refuser de participer à ce projet de recherche et vous pouvez mettre fin à votre participation sans justification, en tout temps. Votre décision de participer ou non à ce projet ou votre retrait volontaire n'aura aucune conséquence, notamment sur vos droits légaux ou sur vos relations avec les personnes de votre milieu de vie et/ou de travail.

Vous pouvez mettre fin à votre participation par un simple avis oral ou en communiquant avec un des chercheurs responsables aux coordonnées indiquées sur ce formulaire. Si vous vous sentez mal à l'aise pendant l'entrevue téléphonique ou lors de la visite de l'investigateur dans votre milieu, vous pouvez en informer l'investigateur en tout temps. Vous pouvez aussi refuser de répondre à n'importe quelle question. Advenant votre retrait précoce du projet, les idées que vous aurez partagées avec l'équipe de recherche seront conservées pour ne pas nuire à la rigueur globale du projet.

Retrait du sujet ou arrêt prématuré du projet de recherche par le chercheur

Aucun motif a priori ne pourrait justifier votre retrait ou un arrêt prématuré du projet de recherche par les chercheurs. Par ailleurs, vous serez tenu au courant de toute information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez notamment les chercheurs, les organismes ou les établissements impliqués dans ce projet de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Avantages de participer

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel direct à participer à ce projet de recherche si ce n'est le fait d'apprécier l'échange que vous aurez avec certains membres de l'équipe de recherche. L'utilisation de l'échelle de fidélité pourrait potentiellement être bénéfique. Ainsi, une échelle de fidélité permettant de décrire en détails une ressource résidentielle et le quotidien des personnes qui y travaillent représente un instrument intéressant et pertinent. De plus, l'échelle de fidélité permettra de

Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes



distinguer les ressources entre elles en fonction de caractéristiques spécifiques et de mesurer l'évolution d'une même ressource dans le temps. Ces informations sont essentielles afin de déterminer quelles caractéristiques des ressources résidentielles en santé mentale sont déterminantes dans le rétablissement et l'adaptation dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux. À long terme, ce projet de recherche a l'intérêt de vouloir aider les personnes qui demeurent et celles qui œuvrent dans le milieu des ressources résidentielles en santé mentale. Ce projet aidera à identifier les caractéristiques que les milieux résidentiels devraient offrir et à mieux comprendre le fonctionnement des différents types de milieux résidentiels. Ce projet de recherche contribuera ainsi à l'avancement des connaissances et, potentiellement, à l'amélioration des services que reçoivent les adultes demeurant dans des ressources résidentielles.

Risques et inconvénients

Nous croyons que votre participation à ce projet de recherche ne comporte aucun risque direct et certain. Cependant, un désagrément pourrait découler du temps consacré à ce projet. De plus, comme les questions qui vous seront posées concernent votre milieu de travail, il se pourrait que vous ressentiez un inconfort voire une gêne à répondre à certaines questions de l'échelle de fidélité ou à recevoir, dans votre ressource, un investigateur. Le cas échéant, vous pouvez contacter le chercheur local de votre région ou Amélie Felx (514-251-4015 poste : 3183), en tout temps, afin d'obtenir un soutien adéquat. L'échelle de fidélité permettra de documenter les caractéristiques des différentes ressources résidentielles et de les comparer entre elles. **L'échelle ne mesure pas directement la qualité d'une ressource.** Toutefois, cette comparaison pourrait suggérer des « particularités » en lien avec les caractéristiques de certaines ressources résidentielles et un écart par rapport aux modèles en place. Soyez assuré que toutes les informations seront recueillies par un investigateur indépendant et que les informations concernant spécifiquement la ressource dans la quelle vous oeuvrez ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé quelconque ou d'un service judiciaire **sauf** si un chercheur de l'équipe du projet considérait que ces informations confidentielles laissent supposer que votre santé ou votre sécurité ou celles d'autrui puissent être menacées. Vous en seriez alors averti.

Compensation

Aucun dédommagement ne vous sera offert pour votre participation à ce projet de recherche.

Confidentialité

Seuls les renseignements nécessaires au bon déroulement du projet de recherche seront recueillis et vous avez été informé de leur nature. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. À cet effet, il faut savoir que la loi prévoit que l'assistant de recherche ou le chercheur peut divulguer certaines informations confidentielles aux autorités compétentes lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

En participant à la Phase II de ce projet de recherche vous participez, en tant que responsable,



administrateur ou intervenant, au processus d'évaluation d'un instrument de mesure. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements obtenus, nous attribuerons un code à vos questionnaires de sorte que votre nom, ou celui de la ressource dans laquelle vous œuvrez n'apparaîtra pas dans les données de ce projet de recherche. Seul un numéro d'identification apparaîtra sur les divers documents compris dans le traitement des données. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera détruite au terme de ce projet de recherche. **Ainsi, les résultats ne permettront pas d'identifier les résidents, les intervenants ou les ressources résidentielles sélectionnées.**

Les données brutes et anonymes du projet seront conservées pendant 7 années par le Dr Alain Lesage, au Centre de recherche Fernand-Seguin. Par la suite, elles seront détruites. Les enregistrements audio seront détruits un an après la fin du projet, lequel sera d'une durée approximative de 3 ans.

Certaines informations (ex : nom, adresse, numéro de téléphone) devront être recueillies, mais elles ne seront pas comprises dans le traitement des données de ce projet de recherche. Ces informations servent à la construction d'un répertoire qui vise à assurer la protection des sujets de recherche. Ces informations seront conservées dans un répertoire maintenu par le chercheur local et/ou le chercheur responsable, le Dr Alain Lesage, au Centre de recherche Fernand-Seguin. Elles seront détruites un an après la fin du projet.

À des fins de surveillance et de contrôle de la qualité, les documents de ce projet pourraient être consultés par les autorités compétentes (agence gouvernementale ou délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Communication des résultats

Tous les participants pourront assister à une présentation des résultats à la fin du projet de recherche. Les lieux et dates des présentations seront précisés ultérieurement. De plus, chaque milieu pourra avoir accès aux données le concernant et pourra, s'il le désire, en discuter avec l'équipe de chercheurs.

Les données du projet de recherche seront publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information qui puisse permettre une forme d'identification quelconque, qu'il s'agisse de vous, de votre ressource résidentielle ou de votre établissement gestionnaire.

Personnes Ressources

Pour toutes clarifications ou questions concernant le projet de recherche vous pouvez contacter : Amélie Felx, 514 -251-4015, poste : 3183

Si vous croyez que vous éprouvez un problème de santé que vous croyez relater à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Amélie Felx, votre chercheur local ou le chercheur responsable du projet de recherche au numéro suivant : Dr Alain Lesage, 514-251-4015, du lundi au vendredi de 9h à 16h.

Pour tout renseignement concernant vos droits à titre de participant à un projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine au 514-251-



4000, poste : 2920 ; l'Ombudsman de l'Hôpital Douglas au 514-762-3010 ou la Direction de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal au 514-338-2222, poste : 3381.

Si vous avez des commentaires ou des insatisfactions en ce qui concerne les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Dr Robert Élie, M.D. Ph.D., président du comité d'éthique de la recherche, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal, au 514-251-4015, poste : 2356.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du Centre Fernand Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche

Avant de signer ce document

En signant ce document, vous acceptez de participer à ce projet de recherche et vous certifiez avoir pris connaissance du contenu du présent document. Il est important de vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez bien le sujet du projet de recherche. Nous vous demandons de prendre votre temps avant de prendre une décision sur votre participation. Vous pouvez en discuter avec vos proches et vos amis. Vous êtes aussi invité à contacter le chercheur principal ou les membres de son équipe pour plus d'informations.

Copie du formulaire de consentement

Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, une copie de ce formulaire vous sera remise.

Ces informations vous étant données, le consentement prend la forme suivante :

Consentement du participant et déclaration d'engagement du chercheur

Demande d'autorisation d'enregistrement de l'entrevue téléphonique

Consentement du participant à permettre à l'investigateur de visiter votre ressource résidentielle

** Pour certaines ressources seulement



Consentement du participant et déclaration d'engagement du chercheur

Signature du participant

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer à
(Nom en lettres moulées)

la Phase II d'un projet de recherche dirigé par des chercheurs du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke et ayant des collaborateurs de l'Université McGill, l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'Université Laval, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'Hôpital Sacré-Cœur. Le responsable du projet est le Dr Alain Lesage (Téléphone : 514-251-4015; Adresse : Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5). Ce projet concerne l'évaluation des ressources résidentielles pour les adultes atteints de troubles mentaux.

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. **Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.**

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet selon les conditions qui y sont énoncées.

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Déclaration du chercheur

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans conséquence négative d'aucune sorte. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu dans ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'investigateur principal : _____ **Date :** _____

Signé à (lieu) : _____

Signature du chercheur responsable : _____ **Date :** _____



Demande d'autorisation d'enregistrement du participant

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements audio seront effectués pour permettre une analyse de contenu subséquente par l'investigateur et l'assistant de recherche. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles un des membres de l'équipe du projet de recherche a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexion, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Signature de l'investigateur principal : _____ **Date :** _____

Signé à (lieu) : _____

Signature du chercheur responsable : _____ **Date :** _____



Consentement du participant (autorisation pour que l'investigateur puisse visiter la ressource résidentielle) et déclaration d'engagement du chercheur

Signature du participant

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer à la Phase
(Nom en lettres moulées)

II du projet de recherche et à permettre à l'investigateur de visiter la ressource résidentielle dans laquelle j'œuvre. Ma participation à la Phase II de ce projet de recherche comprend deux éléments distincts : 1) une entrevue semi-structurée téléphonique d'une durée de 120 minutes ; 2) une visite de la ressource résidentielle dans laquelle j'œuvre à titre de : _____ .

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. **Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.**

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet selon les conditions qui y sont énoncées.

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Déclaration du chercheur

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans conséquence négative d'aucune sorte. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu dans ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'investigateur principal : _____ **Date :** _____

Signé à (lieu) : _____

Signature du chercheur responsable : _____ **Date :** _____

Annexe 3

Exemple de canevas d'entretien

Groupe de discussions focalisées PII





Annexe 5 – Déroulement du groupe de discussions focalisées Directives et grille d'entrevue

Contexte et méthode : La méthode d'enquête qui sera utilisée pour une première validation de l'instrument de mesure est le « focus group » ou le groupe de discussions focalisées qui permet d'obtenir des données qualitatives. Le nombre de participants à été fixé entre 6 et 12 personnes. Un groupe de discussions focalisées est un groupe de personnes avec des expertises particulières et d'intérêts pour l'équipe de chercheurs. Ce groupe est constitué de personnes rassemblées de façon formelle pour discuter d'un sujet d'intérêt. « La grille d'entrevue » constitue le support des discussions du groupe. Il s'agit d'un guide et d'un outil d'animation.

Notes : Les résultats ne peuvent pas être utilisés comme étant représentatifs de l'opinion de toute la communauté. Ils indiquent seulement une rangée d'opinion et non la distribution des opinions. Il importe d'utiliser le vocabulaire des participants, surtout si ce sont des intervenants ou administrateurs (ils seront les principaux utilisateurs des instruments développés).

▪ **Facilitateur :** Amélie Felx, étudiante au doctorat

▪ **Assistant :** _____

▪ **Date de la rencontre :** _____ **Durée/Heure :** _____

▪ **Lieu de la rencontre :** _____ **Participants (Nb):** _____

▪ **Description générale de la dynamique du groupe** (niveau de participation, participant dominant, niveau d'intérêt) :

- **Aspects émotifs** (désaccord ou sentiment relié à certains commentaires ou opinions) :

- **Accueil (15 minutes) :**

Accueillir les participants individuellement. Les participants auront déjà discuté avec la candidate au doctorat par téléphone ou en personne, s’il y a lieu. L’assistante et la candidate s’assureront que les participants n’ont plus de questions. Ils guideront les participants vers la salle de rencontre et leur donneront les explications sur les remboursements (ex. : frais de transport).

- **Introduction :**

Bonjour à tous. J’espère que vous allez bien. Mon nom est Amélie Felx. Je suis ergothérapeute et étudiante au Doctorat à l’Université de Montréal, dans le programme des Sciences biomédicales, en sciences psychiatriques. Voici _____ *nom de l’assistante* _____ qui m’accompagne aujourd’hui. _____ *Nom de l’assistante* _____ est _____.

Je suis contente que vous ayez accepté de participer au projet de recherche relié à mes études et que vous vouliez bien échanger avec nous aujourd’hui. Comme vous le savez, les informations que vous partagerez avec ce groupe, aujourd’hui, seront traitées confidentiellement.

- **But du projet de recherche et procédure :**

Le but de cette rencontre à laquelle vous participez aujourd’hui est de nous aider à construire un instrument de mesure qui permettra de dresser un « portrait » d’une ressource résidentielle en fonction de caractéristiques clés. Ces caractéristiques ont été identifiées au moyen d’une recension des écrits et de rencontres avec environ 500 parties prenantes i.e. des usagers et leurs proches, des gestionnaires, des employés des intervenants, des chercheurs, etc. Ces personnes provenaient de trois régions du Québec [*nommer*]. Nous souhaitons que l’instrument de mesure que nous allons développer décrive une ressource résidentielle dans son entier, autant sa structure [*définition et exemples*] que son fonctionnement [*définition et exemples*]. Nous avons cru bon de vous consulter parce que vous connaissez bien les ressources résidentielles ou que vous _____.

Nous espérons développer un instrument qui pourra être utilisé à la fois en recherche et en clinique.

Vos commentaires et opinions nous permettrons de faire en sorte que l'instrument développé puisse servir et reflète la réalité de la pratique dans les ressources résidentielles québécoises.

La rencontre de ce _ (*matin / après-midi*) _ est divisée en deux parties. Nous allons débiter par une période de réflexion et de partage d'idées d'environ 40 minutes qui sera suivie d'une pause café avec collation. Après la pause d'environ 10 minutes, nous nous retrouverons ici pour poursuivre avec une deuxième période de discussion de 40 minutes. Si, selon vous, cela est nécessaire et souhaitable, une autre période pourrait être consacrée à la discussion.

Les thèmes qui seront abordés seront :

Le contenu de l'instrument de mesure

- **Items** : identifier les items qui selon les experts sont essentiels / items manquants / items redondants ou superflus
- **Items** : identifier des items liés à la qualité d'un milieu
- **Items** : nombre et « facteurs » (regroupements)

Le format

- **La lisibilité** : elle désigne le niveau de scolarité nécessaire pour lire un message
- **La compréhension** : la compréhension du vocabulaire
- **Le mode de passation** : entrevue versus observation
- **L'attrait** : il définit la sensation « agréable » et « intéressante » / incite à répondre
- **L'appropriation** : elle indique que les répondants s'identifient au message, qu'il correspond à leurs intérêts et que le langage, le traitement des thèmes abordées reflètent leurs habitudes

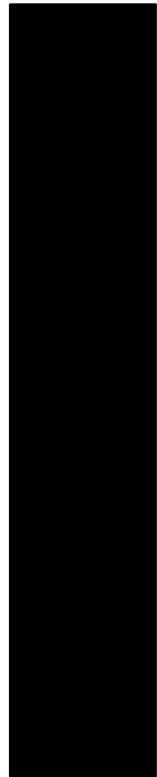
▪ **Conclusion et salutation**

[Résumer les discussions du groupe (et s'assurer que tous sont en accord)]. Je vous remercie d'avoir participé à cette étude et d'y avoir consacré de votre temps ; votre participation est très appréciée. Vos commentaires nous permettrons d'améliorer l'instrument. Merci beaucoup.

Annexe 4

CaSPER-SM

MCAS



CASPER (GRILLE D'ENTREVUE)

**** Note à l'interviewer :** Selon le type de ressource, les questions doivent être légèrement adaptées. Par exemple, pour une ressource d'établissement ou un organisme communautaire, il faudrait faire référence à « la ressource dans laquelle la personne travaille ». Pour une RTF, il est possible d'utiliser « votre ressource » et, pour une RI, « la ressource dont vous êtes le propriétaire » ou « votre ressource ».

Phrase d'introduction :

Bonjour, _____ (*nom du répondant*). Comment allez-vous ? Mon nom est Amélie Felx et je vous appelle de Montréal, du CRFS. Je suis étudiante au Doctorat à l'Université de Montréal*. Nous nous sommes parlé il y a quelques semaines concernant une étude qui vise à développer un outil qui permettra de bien décrire les différentes ressources résidentielles.

But du projet et procédure de l'entrevue :

Le but de la conversation téléphonique d'aujourd'hui est de dresser le portrait de votre ressource résidentielle (de la ressource dans laquelle vous travaillez) en vue de mieux comprendre votre quotidien et votre travail. Je suis contente que vous ayez accepté de participer à notre projet de recherche. Je vous remercie de bien vouloir échanger avec moi aujourd'hui.

L'entrevue est divisée en trois parties. Dans la **première partie**, je vais vous poser quelques questions sur la ressource et les résidents qui y demeurent. Dans la **deuxième et la troisième partie**, les questions portent sur les activités en place dans le milieu, les services offerts et l'aide que vous apportez aux résidents. Il y aura aussi quelques questions sur le fonctionnement de la ressource et le soutien que vous recevez. Dans la **quatrième partie**, je vais vous poser des questions au sujet des relations entre vous et les résidents dans la vie de tous les jours. Bref, si vous le voulez bien, vous me parlerez de votre quotidien, de la ressource, de son fonctionnement et de vos activités. Est-ce que cela vous convient ?

Pourriez-vous, s'il vous plaît, répondre à chacune des questions du mieux que vous le pouvez. Vos réponses sont importantes pour **chacune** des questions ! Si au cours de l'entrevue vous vous sentez fatigué(e) ou vous devez faire autre chose, nous pouvons prendre une pause. Nous pouvons donc faire l'entrevue en deux ou trois parties. Avez-vous des questions? Êtes-vous prêt(e) à commencer? Est-ce que vous me donnez toujours* la permission d'enregistrer notre conversation?

* À supposer que les démarches éthiques soient effectuées

* Ne pas oublier d'enregistrer / Faire un test de son avec l'enregistreuse

QUESTIONNAIRE RÉSIDENTIEL

CASPER- SM

CARACTÉRISTIQUES STRUCTURALES ET PROCÉDURALES DES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE

PARTIE 1 - DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA RESSOURCE ET LES RÉSIDENTS

- **Transition** : Pour commencer, je vais vous demander de me parler un peu de la résidence. Je vais vous poser des questions sur l'environnement intérieur et extérieur de la ressource, les résidents qui y demeurent. Êtes-vous prêt (e)?
- **Note à l'interviewer** : Temps alloué : 20 - 25 minutes (excluant le MCAS)
- **En gras** : Points d'ancrage pour la cotation des réponses
- **En gris surligné** : Questions qui font références à d'autres sections

Débuter l'entrevue par le type de ressource par la question 3.

1A - DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA RESSOURCE

1. **Combien de résidents demeurent dans la ressource (dans laquelle vous travaillez)?**
 - 1.1. Combien de places y a-t-il dans la ressource?
 - 1.2. **Y a-t-il des places disponibles?**
 - 1.3. **Combien y a-t-il d'hommes? De femmes?**

Nombre de résidents : _____ Femmes : _____ Hommes : _____ Places disponibles : _____

2. **Qui travaillent dans la (votre) ressource?**

3C # soutien

- 2.1. **Combien d'employés (ou d'intervenants) y a-t-il?**
- 2.2. **Y a-t-il un/une infirmière?**
- 2.3. **Y a-t-il des éducateurs spécialisés ou d'autres professionnels?**
- 2.4. Y a-t-il un cuisinier?
- 2.5. Y a-t-il une femme de ménage ou un concierge?
- 2.6. **Avez-vous une gardienne? (Pour les responsables de RTF)**
- 2.7. Y a-t-il une rotation du personnel (ex. : jour, soir, nuit, fin de semaine)?
- 2.8. Y a-t-il du personnel de nuit?

- 2.9. Avez-vous l'obligation d'embaucher un ou plusieurs professionnel(s) dans votre contrat RI ? (Pour les RI)

3. De quel type est votre ressource résidentielle?

- 3.1. Y a-t-il quelqu'un sur place 24 heures?
3.2. Avez-vous un contrat avec un établissement de santé?
3.3. Avez-vous une entente avec un OBNL ou un organisme communautaire?
3.4. Êtes-vous membre d'un regroupement de ressources?
3.5. Est-ce votre résidence principale?
3.6. Depuis combien de temps y travaillez-vous?
3.7. Comment en êtes-vous arrivé à travailler dans une ressource?

4. Quel est l'objectif d'un hébergement dans votre ressource? ou Pour quelles raisons une personne irait-elle demeurer dans votre ressource?

- 4.1. Selon vous, votre ressource est-elle orientée vers l'apprentissage d'habiletés et vers une plus grande autonomie ou davantage vers un milieu de vie à long terme?
4.2. Selon vous, offrez-vous un niveau de soutien faible, moyen ou élevé aux résidents?
4.3. Combien de personnes ont quitté votre ressource au courant des 12 derniers mois?
4.3.1. Pour quelles raisons? Vers quel type de milieu?
4.4. Pendant combien de temps, en moyenne, les résidents demeurent-ils dans la ressource?
4.4.1. La durée varie-t-elle beaucoup d'une personne à l'autre?
4.4.2. Y a-t-il une durée maximale de séjour?

1B - DESCRIPTION GENERALE DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET MATERIEL

5. Pouvez-vous me décrire votre quartier, les environs de la (votre) ressource?

- 5.1. Est-ce un quartier résidentiel, calme, situé au centre-ville?
5.2. Quel est le type d'habitations dans votre quartier ?
5.3. Y a-t-il de la prostitution et de la vente de drogues près de la ressource? De la criminalité?
5.4. Y a-t-il des magasins à proximité de la ressource qui sont accessibles par la marche (ex : 10 à 15 minutes de marche)?

- 5.4.1. Quels sont ces magasins?**
- 5.4.2. Combien de temps doit-on marcher pour s'y rendre?**
- 5.4.2.1. Y a-t-il un dépanneur?**
- 5.4.2.2. Y a-t-il une épicerie?**
- 5.4.2.3. Y a-t-il un restaurant?**
- 5.4.2.4. Y a-t-il un centre d'achats?**
- 5.4.2.5. Y a-t-il une banque? Y a-t-il une pharmacie ?**
- 5.4.2.6. Y a-t-il un centre communautaire (ou un centre de jour en santé mentale)? Un hôpital?**
- 5.4.2.7. Y a-t-il un ou des parcs?**
- 5.4.3. Les résidents ont-ils facilement accès au transport en commun?**
- 5.4.3.1. Où se situe l'arrêt d'autobus par rapport à votre ressource?**
- 5.4.3.2. Combien de résidents l'utilisent?**
- 5.4.3.3. Le trajet pour se rendre à un rendez-vous ou à un centre communautaire est-il relativement facile?**
- 5.4.4. Les résidents ont-ils accès à d'autres moyens de transport (ex: responsable, taxi, etc.) s'ils veulent sortir ou se rendre à un rendez-vous?**
- 5.4.4.1. Si oui, lesquels?** 3A #12

6. Décrivez-moi l'intérieur de la (votre) ressource?

- 6.1. Est-ce des chambres individuelles ou partagées? / Combien de chambres partagées y a-t-il dans la ressource?**
- 6.2. Quelle est la taille des chambres en moyenne?**
- 6.3. Où sont-elles situées?** 4 #6
- 6.4. Pouvez-vous me décrire une chambre?**
- 6.5. Y a-t-il des pièces réservées pour le personnel ou pour vous?**
- 6.5.1. Si oui, lesquelles (bureau, toilettes, cuisine, un étage entier)?**
- 6.5.2. Les toilettes du personnel et des résidents sont-elles séparées? (RI, RA, RE et OC / ne pas demander aux RTF)**
- 6.6. Y a-t-il un fumoir? Où vont les résidents qui voudraient fumer?**

- 6.7. Quelles sont les aires communes dans la ressource, i.e. les endroits utilisés par tous les résidents?**
- 6.7.1. Y a-t-il un salon? Ou une salle de loisirs? 3A #15 6
- 6.7.2. **Peuvent-ils utiliser la salle à manger ou la cuisine entre les repas pour s'asseoir ou discuter?**
- 6.7.3. **Les résidents utilisent-ils ces aires communes ou passent-ils davantage de temps dans leur chambre?**
- 6.7.4. Pouvez-vous me décrire la décoration/les meubles du _____?
- 6.7.5. **Y a-t-il des plantes? Des objets décoratifs dans les pièces communes?**
- 6.7.6. **Combien y a-t-il de salles de bain?**
- 6.8. Les résidents peuvent-ils décorer leur chambre ou aider à la décoration?**
- 6.8.1.1. **Décorent-ils leur chambre (arrivent-ils avec des objets personnels)?**
- 6.9. À quel endroit les résidents reçoivent-ils les visiteurs?**
- 6.10. Est-il possible de barrer la porte de sa chambre? De la salle de bains?** 3B #25 ; #24
- 6.11. Les résidents ont-ils une ou des clés? Si oui, lesquelles?**
- 6.12. Certaines règles de vie sont-elles affichées sur les murs de la ressource?**
- 6.12.1. Si oui, lesquelles?
- 6.12.2. **(Si non) Avez-vous des affiches « ne pas fumer » sur les murs ? Un plan d'évacuation ? Des affiches pour le rappel sur le lavage des mains, une liste de tâches ?**

7. Quel est le matériel à la disposition des résidents dans la ressource? 3A #15

- 7.1. **Peuvent-ils utiliser la laveuse et la sècheuse?**
- 7.2. **Peuvent-ils utiliser le four (cuisinière)?**
- 7.3. **Peuvent-ils utiliser le four à micro-ondes? La bouilloire? Le grille-pain?**
- 7.4. **Peuvent-ils avoir accès au réfrigérateur?**
- 7.5. **Ont-ils accès à une télévision? Combien de télévisions y a-t-il?**
- 7.6. **Ont-ils accès au câble (i.e. plusieurs postes)?**
- 7.7. **Ont-ils accès à un ordinateur avec Internet?**
- 7.8. **Ont-ils accès à du matériel pour faire de l'exercice (ex.: vélo, carte gym)?**

7.9. Ont-ils accès à des loisirs (ex. : jeux, cartes, peinture)? **7.9.1. Utilisent-ils ses jeux?****8. Si nous supposons qu'un résident veut téléphoner à un ami ou un intervenant, que doit-il faire (comment doit-il précéder pour faire l'appel)?**

- 8.1. Où est situé le téléphone?**
- 8.2. Est-il sans fil? Y a-t-il plusieurs téléphones?**
- 8.3. Est-ce qu'il est possible pour quelqu'un d'entendre la conversation?**
- 8.4. Y a-t-il plusieurs lignes téléphoniques? Est-ce la même ligne que la vôtre?**
- 8.5. Les résidents peuvent-ils recevoir des appels?**

9. Votre ressource a-t-elle certaines adaptations qui permettraient de faciliter les déplacements d'une personne ayant de la difficulté à marcher ou des troubles de l'équilibre?

- 9.1. Pouvez-vous me décrire ces adaptations?**
- 9.2. Y a-t-il des mains courantes dans les escaliers intérieurs (rampe)?**
- 9.3. Y a-t-il des mains courantes dans les escaliers extérieurs (rampe)?**
- 9.4. Y a-t-il des barres d'appui dans la salle de bains (douche)?**
- 9.5. Y a-t-il un siège dans le bain? Un tapis de douche antidérapant?**
- 9.6. Y a-t-il des barres d'appui près de la toilette (pour se relever)?**
- 9.7. Y a-t-il des chambres au premier plancher?**
- 9.8. Y a-t-il des marches à monter / descendre? Et à l'extérieur de la ressource?**
- 9.9. Combien de marches y a-t-il?**
- 9.10. Y a-t-il une rampe d'accès? Des ascenseurs?**

1C - DESCRIPTION GENERALE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL (RESIDENTS)**10. Quel âge ont les personnes qui demeurent dans la (votre) ressource?**

- 10.1. Combien y a-t-il de jeunes adultes (18 à 25 ans)?**
- 10.2. Combien y a-t-il de personnes âgées de plus de 65 ans?**
- 10.3. Combien y a-t-il de personnes âgées entre 26 et 40 ans?**

10.4. Combien y a-t-il de personnes âgées entre 41 et 65 ans?

10.5. Quel est l'âge de la personne la plus âgée? La moins âgée?

Âge moyen (le nombre total de résidents doit être égal à celui de la question 1)

Personnes âgées (65 ans et plus) : _____ Adultes (41 ans à 65 ans) :

Adultes (26 à 40 ans) : _____ Jeunes (18 à 25 ans) :

11. Selon vous, est-ce que ces personnes forment un groupe homogène, i.e. des personnes qui ont un niveau d'autonomie (ou de fonctionnement) similaire?

11.1. Est-ce que certains des résidents sont beaucoup plus actifs que d'autres?

11.2. Est-ce que leurs difficultés sont les mêmes?

11.2.1. Si non, quelles sont les différences?

11.2.2. Quelles sont les similarités?

12. Description des résidents (MCAS) :

Voici maintenant des questions au sujet des difficultés physiques et mentales des résidents qui demeurent dans la (votre) ressource et qui pourraient rendre leur vie plus difficile. **S'il vous plaît veuillez considérer les 30 derniers jours.**

...

Se référer au questionnaire en pièce-jointe.

13. Est-ce que vous refusez certains résidents dans la (votre) ressource? ou Est-ce que la (votre) ressource n'accepte pas certains (types de) résidents?

13.1. Une personne avec un trouble psychotique aigu

13.2. Une personne qui a de fortes hallucinations

13.3. Une personne qui ne prend pas toujours sa médication

13.4. Une personne qui a déjà eu une dépendance à la drogue ou à l'alcool

13.5. Une personne qui consomme, avec modération, de la drogue / de l'alcool

13.6. Y a-t-il des personnes qui consomment de la drogue ou de l'alcool parmi les résidents qui demeurent dans votre ressource?

13.7. Une personne avec une déficience intellectuelle

13.8. Une personne qui est parfois agressive

- 13.9. Une personne qui aurait dans le passé été agressive (histoire)
- 13.10. Une personne avec un passé judiciaire
- 13.11. Une personne qui doit recevoir des injections (diabète)
- 13.12. Une personne qui a une diète particulière (végétarienne ou diète liquide)
- 13.13. **Pour demeurer dans votre ressource, une personne doit-elle montrer un certain niveau d'intérêt ou de motivation? (RI et RE)**
- 13.14. **Est-il arrivé qu'un résident ne soit pas accepté dans la (votre) ressource?**
- 13.14.1. **Pour quelles raisons?**
- 13.15. **Est-ce que certains résidents ont déjà été renvoyés?**
- 13.15.1. **Pour quelles raisons?**

3B (fin)

14. **Quel est votre « niveau » sur la grille de cotation (profil type)?**
- 14.1. Êtes-vous en accord avec cette cotation?
- 14.1.1. **Pour quelles raisons?**
- 14.2. À combien se chiffre approximativement votre rémunération mensuelle?
- 14.3. **Quelle est votre rétribution quotidienne moyenne?**

PARTIE 2 - JOURNEE TYPIQUE

- **Transition** : Je vais maintenant vous demander de me parler du quotidien dans la ressource (ou dans la RTF).
- **Note à l'interviewer** : Temps alloué : 5 à 8 minutes
- **En gras** : En gras : Points d'ancrage pour la cotation des réponses

2A - DESCRIPTION D'UNE JOURNEE TYPIQUE (AUCUNE COTE / MISE EN CONTEXTE)

1. **Comment se déroule une journée typique dans la ressource ? Pouvez-vous me décrire une journée typique?**
- 1.1. Comment la journée débute-t-elle pour vous (les intervenants)?
- 1.2. Comment la journée débute-t-elle pour les résidents?
- 1.3. À quelle heure les résidents se réveillent-ils?

- 1.4. Qu'arrive-t-il si un des résidents ne se lève pas ou se lève plus tard?**
- 1.5. Parlez-moi du déjeuner ... comment se passe le déjeuner?**
- 1.6. Qui prépare le déjeuner?
- 1.7. Que font les résidents durant la matinée?
- 1.8. Que faites-vous (les intervenants) durant la matinée?
- 1.9. Est-ce qu'une partie de votre temps est consacré à la prise de rendez-vous médicaux et aux communications avec les intervenants? Est-ce une partie importante de votre journée?
- 1.10. Comment le dîner est-il organisé?
- 1.11. En général, que se passe-t-il dans la ressource en après-midi?
- 1.12. Et le souper? / Comment se déroule le souper?
- 1.13. Que font les résidents durant la soirée?
- 1.14. Que faites-vous (les intervenants) durant la soirée?
- 1.15. Y-a-t-il une heure à laquelle les résidents doivent se coucher?**
- 1.16. Comment se déroulent les fins de semaine?**

3B #25 ; (fin)

PARTIE 3 – ACTIVITÉS, AIDE APPORTÉE, SERVICES ET FONCTIONNEMENT

- **Transition** : Je vais maintenant vous poser des questions plus spécifiques sur le fonctionnement de la ressource et l'aide apportée aux résidents. Il est probable que des personnes de l'extérieur offre de ces services, si c'est le cas, vous n'avez qu'à nous indiquer que cette responsabilité ne vous revient pas. Je tiens aussi à vous rappeler que l'objectif est ici de décrire le plus justement les services offerts dans votre ressource ; il n'y a pas de « bonnes ou de mauvaises » réponses. Chaque milieu est différent.
- **Note à l'intervieweur** : Temps alloué : 60 minutes
- **En gras** : Points d'ancrage pour la cotation des réponses
- **En gris surligné** : Questions qui font référence à d'autres questions ou sections
- **Questions 1 à 15** : Il est important de préciser pour combien de personnes un certain type d'aide est apportée afin de capter la variabilité au niveau de l'aide apportée. Par exemple, 3 personnes pour qui l'argent est distribué à la semaine vs. 2 personnes qui gèrent elles-mêmes leur budget.

3A – ACTIVITÉS ET AIDE APPORTÉE AU QUOTIDIEN**1. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leur hygiène?**

- 1.1. **Comment aidez-vous les résidents pour leur hygiène (bain / douche)? Que faites-vous pour aider?**
- 1.2. Combien de résidents ont besoin de persuasion ou d'un rappel?
- 1.3. Combien devez-vous laver?
- 1.4. Pour combien devez-vous être présent(e)?
- 1.5. Qu'est-ce qui vous indique qu'un résident a besoin d'aide?
- 1.6. A quelle fréquence apportez-vous de l'aide?
- 1.7. **Qu'arrive-t-il si un résident refuse de coopérer?**
- 1.8. **Vérifiez-vous si un résident s'est bien lavé? Pour combien de résidents le faites-vous?**
- 1.9. **Doivent-ils se laver un certain nombre de fois par semaine? À certaines heures?**
- 1.10. **Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?**
 - 1.9.1. Pouvez-vous me donner un exemple?
- 1.11. **Certains des résidents font-ils de l'incontinence ? Combien ?**

3B - fin

2. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leur habillement et leur apparence?

- 2.1. Comment aidez-vous les résidents pour leur habillement et leur apparence? ou Que faites-vous pour aider?**
- 2.2. Combien de résidents ont besoin de persuasion ou d'un rappel?**
- 2.3. Pour combien devez-vous être présent(e)?**
- 2.4. Qu'est-ce qui vous indique qu'un résident a besoin d'aide?**
- 2.5. A quelle fréquence apportez-vous de l'aide?**
- 2.6. Qu'arrive-t-il si une personne refuse de coopérer?**
- 2.7. Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?**
- 2.8. Dans quelles situations vous arrive-t-il de choisir les vêtements d'un résident? Pour combien de résidents le faites-vous?**
- 2.9. Les hommes se font-ils la barbe eux-mêmes? Pour combien de résidents le faites-vous?**
- 2.10. Se coupent-ils les ongles eux-mêmes? Pour combien de résidents le faites-vous?**
- 2.11. Les résidents vont-ils chez le coiffeur / barbier?**

3. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour la prise de médicaments?

- 3.1. Comment aidez-vous les résidents pour leur médication? / Que faites-vous pour aider?**
- 3.2. Combien de résidents ont besoin de persuasion ou d'un rappel?**
- 3.3. Comment se déroule la distribution des médicaments? Pour combien de résidents distribuez-vous les médicaments?**
- 3.4. Les médicaments sont-ils sous clés?**
- 3.5. Collaborent-ils lors de la prise des médicaments ?**
- 3.6. Qu'arrive-t-il si une personne refuse de les prendre?**
- 3.7. Est-ce que les résidents peuvent avoir des aspirines ou des tylenols dans leur chambre? Combien en ont?**
 - 3.7.1. Comment se fait l'administration des PRN?**

3B - fin

- 3.8. **Certains résidents doivent-ils recevoir d'autres médicaments ou traitements (ex. : injection, pompe)? Si oui, quels médicaments prennent-ils?**
 - 3.9. **Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?**
 - 3.10. Utilisez-vous les programmes d'autogestion de la médication?
 - 3.11. **Certains résidents prennent-ils leurs médicaments eux-mêmes? Si oui, combien? Certains en seraient-ils capables?**
 - 3.12. **Comment la livraison avec la pharmacie est-elle organisée?**
- 4. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour la gestion de leurs cigarettes?**
- 4.1. **Comment aidez-vous les résidents pour leurs cigarettes? / Que faites-vous pour aider?**
 - 4.2. Distribuez-vous les cigarettes? Si oui, pour combien de résidents le faites-vous?
 - 4.3. Pour quelles raisons le faites-vous?
 - 4.4. À quelle fréquence distribuez-vous les cigarettes?
 - 4.5. **Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?** Parlez-vous avec eux de l'impact que peut avoir de fumer sur la santé?
 - 4.6. **Qui achète les cigarettes?**
- 5. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour la gestion de leur argent?**
- 5.1. **Comment aidez-vous les résidents pour leur argent? / Que faites-vous pour les aider?**
 - 5.2. Pour quelles raisons?
 - 5.3. Distribuez-vous l'argent de poche? Pour combien de résidents le faites-vous?
 - 5.3.1.1. À quelle fréquence?
 - 5.4. **Offrez-vous de l'éducation pour la gestion du budget? Si oui, de quelle façon? Pour combien de résidents le faites-vous?**
 - 5.5. **Discutez-vous avec les résidents des façons d'économiser (ex : circulaires, économies)?**
 - 5.6. Qui paie les factures?
 - 5.7. **Le loyer mensuel est-il déduit directement du montant que reçoit le résident?**

- 5.8. **Combien de résidents vont eux-mêmes à la banque?**
- 5.9. Quelles transactions les résidents vont-ils effectuer à la banque?
- 5.10. **Combien de résidents sont sous curatelle ou tutelle?**

6. Apportez-vous de l'aide pour la préparation des repas?

- 6.1. **Comment la préparation des repas se déroule-t-elle / Qui prépare les repas?**
- 6.2. **Et le déjeuner?**
- 6.3. Les résidents ont-ils besoin d'un rappel ou de conseils?
- 6.4. Devez-vous être présent(e) lors de la préparation?
- 6.5. À quelle fréquence leur apportez-vous de l'aide?
- 6.6. Qu'est-ce qui vous indique qu'un résident a besoin d'aide?
- 6.7. **Y a-t-il un partage des tâches entre le personnel et les résidents?**
- 6.8. **Les résidents peuvent-ils se faire un sandwich pour dîner?**
- 6.9. **Les résidents peuvent-ils se faire ou prendre une collation?**
- 6.10. Les résidents peuvent-ils se faire un café?
- 6.11. **Les résidents ont-ils accès à de la nourriture?**
- 6.12. **Les résidents peuvent-ils aider dans la cuisine (ex : éplucher)?**
- 6.13. Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?
- 6.14. Est-ce la même chose durant les week-ends?
- 6.15. Certains résidents ont-ils des diètes spéciales? Si oui, lesquelles ?

3B - Fin

7. Comment les repas sont-ils organisés?

- 7.1. Est-ce que les résidents mangent toujours ensemble?
- 7.2. **Les repas sont-ils servis à des heures fixes? À quelle heure?**
- 7.3. **Mangez-vous avec les résidents? ou Le personnel mange t-il ...**
- 7.4. **Qui prépare la table, qui dessert?**
- 7.5. **Qui lave et range la vaisselle?**
- 7.6. Les résidents peuvent-ils aider à choisir le menu?

3B - Fin

7.7. Un résident peut-il manger autre chose que le repas servi?

7.8. Y a-t-il un choix de menu?

7.9. Qui décide des menus? Les résidents sont-ils consultés?

7.10. Est-ce la même chose durant les week-ends?

7.11. Les collations sont-elles servies à des heures fixes?

7.12. Quel est le menu d'aujourd'hui?

8. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour le ménage de leur chambre?

8.1. Comment vous assurez-vous que les chambres sont propres?

8.2. Que faites-vous pour aider les résidents (quel type de supervision est offert)?

8.3. À qui revient la tâche de nettoyer les chambres?

8.4. Combien de résidents ont besoin de persuasion ou d'un rappel?

8.5. A quelle fréquence leur apportez-vous de l'aide?

8.6. Vérifiez-vous par la suite (personnel ou femme de ménage)?

8.6.1.1. Si oui, pour combien de résidents devez-vous le faire?

8.7. Devez-vous refaire en partie le ménage?

8.8. Pour combien de personnes devez-vous être présent(e)?

8.9. Qu'arrive-t-il si une personne refuse de coopérer?

8.10. Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?

8.11. Qui époussette? Qui fait le lit le matin?

9. Apportez-vous de l'aide pour le ménage des aires communes?

9.1. Que faites-vous pour les aider (quel type de supervision est offert)?

9.2. Comment vous assurez-vous que la ressource et les aires communes (ex. : la cuisine) sont propres?

9.3. À qui revient la tâche de nettoyer le salon ou la cuisine?

9.4. A quelle fréquence leur apportez-vous de l'aidez?

- 9.5. **Y a-t-il une division des tâches (liste)? Si oui, quelles tâches sont couvertes et comment l'attribution des tâches est-elle faite?**
- 9.6. **Y a-t-il une rotation pour le ménage des aires communes?**
- 9.7. Combien de résidents ont besoin de persuasion ou d'un rappel?
- 9.8. **Repassez-vous par la suite (personnel)? / Vérifiez-vous par la suite?**
 - 9.8.1.1. Si oui, pour combien de résidents devez-vous le faire?
- 9.9. Qu'arrive-t-il si une personne refuse de coopérer?
- 9.10. **Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?**

10. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leur lessive?

- 10.1. **Que faites-vous pour aider les résidents (quel type de supervision est offert)?**
- 10.2. **Pour combien de résidents faites-vous la lessive? Combien la font seuls?**
- 10.3. Combien de résidents ont besoin de persuasion ou d'un rappel?
- 10.4. Vérifiez-vous par la suite?
- 10.5. **Qui plie et range les vêtements une fois lavés?**
- 10.6. **Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?**
- 10.7. **Comment organisez-vous les lavages? (ex. : horaire)**

11. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leurs achats?

- 11.1. **Que faites-vous pour les aider (quel type de supervision est offert)?**
- 11.2. Comment aidez-vous les résidents pour leurs achats ou leurs courses?
- 11.3. **Devez-vous être présent(e) lors de l'achat des vêtements? Si oui, pour combien de résidents devez-vous être présent(e)?**
- 11.4. A quelle fréquence leur apportez-vous de l'aide?
- 11.5. **Faites-vous les achats en groupe?**
- 11.6. **Quels achats allez-vous faire avec eux?**

3B - Fin

- 11.7. Qu'achetez-vous pour eux?** (ex. : savon, épicerie, shampoing),
- 11.8. Qu'achètent-ils eux-mêmes?**
- 11.9. Offrez-vous de l'éducation?** Si oui, de quelle façon?
- 11.10. Vous arrive-t-il de demander à un résident de faire des courses pour vous?**

4 #10

12. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour le transport?

- 12.1. Comment aidez-vous les résidents pour le transport? Que faites-vous pour les aider?**
- 12.2. Les accompagnez-vous en autobus ou métro?**
- 12.3. Les conduisez-vous en automobile?**
- 12.3.1.1. Pour quelles raisons?
- 12.3.1.2. Dans quelles circonstances?
- 12.3.1.3. À quelle fréquence?
- 12.4. Certains résidents utilisent-ils le transport en commun? Si oui, combien de résidents l'utilisent?**
- 12.5. Faites-vous les arrangements pour le transport pour eux? Pour combien de résidents devez-vous les faire?**
- 12.6. Certains résidents appellent-ils le transport (taxi ou transport adapté) eux-mêmes? Si oui, combien le font?**
- 12.7. Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?**

1 #5

13. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leurs rendez-vous médicaux ou d'autres rendez-vous?

- 13.1. Que faites-vous pour les aider?**
- 13.2. Accompagnez-vous les résidents à leurs rendez-vous médicaux ou à d'autres rendez-vous (a/n transport)?**
- 13.2.1. Combien de résidents accompagnez-vous?
- 13.2.3. Dans quelles situations?
- 13.2.2. Pour quelles raisons?
- 13.3. Entrez-vous dans le bureau du médecin/psychiatre avec eux?**
- 13.3.1. Combien de résidents accompagnez-vous?
- 13.3.2. Pour quelles raisons?

3A # 12 ; 1B #5

- 13.4. Les accompagnez-vous de façon systématique (ou au besoin)?
- 13.5. À combien de résidents devez-vous rappeler leurs rendez-vous?
- 13.6. Devez-vous prendre le RV médicaux pour eux?
- 13.7. À quelle fréquence sont les rendez-vous médicaux?

14. * Apportez-vous de l'aide aux résidents qui souhaitent aller vivre en appartement?

RTF / RI : Est-il déjà arrivé que certains des résidents qui demeurent dans votre ressource quittent pour aller vivre en appartement?

14.1.1. Si oui, à combien d'occasions est-ce arrivé?

14.1.2. Si non, pensez-vous que certains de vos résidents ont le potentiel pour aller vivre en appartement?

14.1.3. Pour quelles raisons?

4 - #7

14.1. Que faites-vous pour les aider? / Comment aidez-vous les résidents qui souhaitent aller vivre en appartement?

14.2. Les aidez-vous à trouver un logement adéquat?

14.3. Les encouragez-vous?

14.4. Comment les aidez-vous à mieux se préparer?

3A - #23; 4

14.5. Offrez-vous de l'éducation? Si oui, de quelle façon?

14.6. Que faites-vous pour faciliter la transition (ex : visites, discussions, encouragements)?

15. Apportez-vous de l'aide pour accompagner les résidents dans les changements de milieu de vie?

Que faites-vous pour les aider? /

16. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leurs activités ou leurs loisirs durant la journée?

16.1. Que faites-vous pour les aider? / Comment aidez-vous les résidents à s'occuper durant la journée?

16.2. Devez-vous les encourager?

1B. # 7

16.3. Quelles sont les activités disponibles dans la ressource?

16.4. Les résidents utilisent-ils le matériel disponible?

16.5. Les résidents reçoivent-ils du soutien pour les aider à identifier des activités qui pourraient les intéresser?

16.6. Si oui, qui offre ce soutien?

3B. # 26

16.7. Les résidents font-ils de l'exercice physique?

16.8. Combien de résidents travaillent (IPS, arrimage, ateliers)?

16.9. Combien sont aux études (soutien aux études)?

16.10. Combien de résidents font du bénévolat?

16.11. Combien de résidents vont à des programmes de jour?

16.12. ** HLHL Combien de résidents utilisent le CSIS / SPRV?

17. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour qu'ils utilisent les ressources de la communauté?

17.1. Que faites-vous pour les aider?

17.2. Combien de résidents utilisent les ressources de la communauté (ex : bibliothèque, centre communautaire)?

17.3. Quelles sont les activités disponibles à l'extérieur de la ressource?

17.3.1. Est-ce que certains vont à la bibliothèque?

17.3.2. Est-ce que certains vont au centre de loisirs?

17.3.3. Est-ce que certains vont à la piscine?

17.3.4. Est-ce que certains vont au cinéma?

17.3.5. Est-ce que certains vont à l'église?

17.3.6. Est-ce que certains résidents vont au restaurant / prendre un café?

Combien?

17.4. Devez-vous mettre des incitatifs pour qu'ils sortent?

- 17.5. Vous arrive-t-il d'accompagner les résidents? Par exemple, lors d'une nouvelle sortie ou activité?
- 17.6. Vous arrive-t-il d'obliger certaines personnes à sortir? 3C. # 33
- 17.7. Pour quelles raisons?
- 17.8. Y a-t-il une communication (échange d'informations) entre vous et ces ressources dans la communauté?
- 17.9. Quel genre d'information est échangé? 3C. # 33
18. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour qu'ils développent des relations avec des personnes gens à l'extérieur de la ressource?
- 18.1. Comment aidez-vous les résidents à établir des relations avec des personnes à l'extérieur de la ressource?
- 18.2. À quelles occasions les résidents rencontrent-ils des personnes à l'extérieur de la ressource?
- 18.3. Qui, outre les intervenants?
- 18.4. Combien de résidents rencontrent des personnes de l'extérieur (et des membres de leur famille)?
- 18.5. Devez-vous intervenir au niveau de leurs relations interpersonnelles avec des gens de l'extérieur?
- 18.6. Est-il possible pour les résidents d'inviter des amis ou de recevoir des visiteurs dans la ressource?
- 18.7. Peuvent-ils coucher à l'extérieur ou inviter quelqu'un à coucher?
- 17.6.1. Pour quelles raisons? 3B - Fin
- 18.8. Comment se passent les relations avec les voisins?
- 17.7.1. Que pensent les voisins de la (votre) ressource?
- 17.7.2. Y a-t-il des difficultés avec le voisinage?
- 17.7.3. Que faites-vous pour diminuer ces difficultés?
19. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour qu'ils développent des relations avec les autres résidents du milieu?
- 19.1. Comment aidez-vous les résidents à établir des relations avec les autres résidents de la ressource?
- 19.2. Devez-vous intervenir au niveau des relations interpersonnelles entre les résidents?

18.3.1. Dans quelles situations? Pour
quelles raisons?

18.3.2. À quelle fréquence?

19.3. Y a-t-il des rencontres de groupe? Qui y participe?

18.3.1. Sont-elles obligatoires?

18.3.2. À quelle fréquence?

19.4. Pouvez-vous me décrire une rencontre de groupe?

19.5. Le personnel est-il présent?

19.6. Y a-t-il des activités de groupe durant la journée?

Lesquelles?

19.7. Y a-t-il des sorties de groupe organisées?

18.7.1. Pouvez-vous me donner quelques
exemples?

**18.7.2. Comment se fait l'organisation des
sorties?**

18.7.3. À quelle fréquence?

19.8. Célébrez-vous les fêtes et les anniversaires?

**19.9. Permettez-vous les relations amoureuses entre les
résidents?**

19.10. La préparation des repas se fait-elle en groupe?

3B - Fin

**20. (Apportez-vous de l'aide aux familles des résidents?) Vous impliquez-vous auprès
des familles des résidents?**

20.1. Comment aidez-vous les résidents et leurs familles?

**20.2. Combien de résidents ont des contacts avec leur
famille?**

20.3. Aidez-vous les résidents à contacter leur famille?

**20.4. Donnez-vous de l'information ou des conseils à la
famille?**

**20.5. Organisez-vous les visites et sorties (week-ends) avec la
famille?**

20.6. Parlez-vous avec les membres de la famille?

20.7. Rencontrez-vous des membres de la famille?

19.7.1. Dans quelles situations?

19.7.2. À quelle fréquence?

21. Quel genre d'informations donnez-vous aux résidents? ou Parlez-vous avec les résidents de ...

- 21.1. Sur la maladie?
- 21.2. Sur les médicaments et les alternatives?
- 21.3. **Les résidents connaissent-ils leur médication?**
- 21.4. **Sur leurs droits?**
- 21.5. **Sur le rétablissement?**
- 21.6. **Sur la sexualité?**
- 21.7. **Selon vous, est-ce que d'autres personnes donnent ce genre d'informations?**
- 21.8. **Pouvez-vous me donner un exemple de ce que vous leur dites?**
- 21.9. **Donnez-vous ce genre d'informations individuellement?**
- 21.10. **Considérez-vous que ce genre d'informations soit important?**

5

22. Comment intervenez-vous auprès des résidents qui ont des comportements plus dérangeants ou perturbateurs? *

- 22.1. **Quels sont les comportements qui seraient plus dérangeants pour votre milieu?**
- 22.2. **Que faites-vous dans ces situations?**
- 22.3. Pourquoi pensez-vous qu'ils agissent ainsi?
- 22.4. Avez-vous essayé d'autres approches?
- 22.5. **Est-ce que vous faite un suivi (prenez-vous des notes) sur ce comportement?**
- 22.6. **Avez-vous des rencontres avec l'équipe traitante pour en discuter? Qui est impliqué?**
- 22.7. **Faites-vous des interventions en lien avec la consommation d'alcool ou de drogue?**
 - 21.7.1. À quelle fréquence?
- 22.8. **Vous arrive-t-il de contacter l'urgence ou le 911?**
 - 21.9.1. **Dans quelles situations?**

3C- # 30 ; #32

Section 4 - # 4

* Hyperactivité, agressivité, comportement perturbateur, non collaborant, opposant, bizarre

23. Comment accueillez-vous les personnes dans votre ressource?

- 23.1. Habituellement, les personnes visitent-elles votre ressource avant de venir y demeurer?
- 23.2. Le résident reçoit-il un accompagnement pour découvrir les différentes ressources qui sont localisées des les environs?
 - 22.2.1. Est-ce que quelqu'un d'autre le fait?
- 23.3. Remettez-vous une guide d'accueil avec la description de la ressource et les règlements?
- 23.4. Habituellement, les personnes vont-elles venir passer un court séjour dans la ressource avant de venir y demeurer?
- 23.5. Vous arrive-t-il de discuter de la transition?
- 23.6. Une fois que la personne a intégré le milieu, lui demandez-vous comment elle se sent? En discutez-vous?

24. Apportez-vous de l'aide aux résidents sur le plan émotif et/ou affectif?

- 24.1. Que faites-vous?
- 24.2. Y a-t-il un moment réservé pour chacun d'eux?
- 24.3. Votre rôle nécessite-t-il de l'écoute?
 - Dans quelles situations?
 - À quelle fréquence?
- 24.4. De quoi discutez-vous ensemble?
- 24.5. Comment les accompagnez-vous dans les moments difficiles?
- 24.6. Pouvez-vous me donner un exemple?

3 B - Fonctionnement et ambiance**25. Comment décriez-vous les liens entre les résidents?**

- 25.1. Y a-t-il eu des amitiés qui se sont formées?
 - 24.1.1. Est-ce des relations davantage utilitaires?
- 25.2. Les résidents discutent-ils ensemble? De quoi parlent-ils?
- 25.3. Font-ils des sorties ensemble?

- 24.3.1. Si oui, lesquelles?
- 24.3.2. À quelle fréquence?
- 24.3.3. Qui organise ces sorties?
- 25.4. **Se disputent-ils? Y a-t-il des tensions?**
- 24.3.2. À quelle fréquence?
- 25.5. **Les résidents sont-ils solitaires (un peu dans leur «monde»)?**
26. **Comment décririez-vous l'ambiance dans la ressource?**
- 26.1. Est-ce que les gens sont souriants?
- 26.2. **Est-ce que les gens se disent « bonjour »?**
- 26.3. **Y a-t-il des contacts humains (ex. : accolade)?**
- 26.4. **Y a-t-il des tensions entre les résidents?**
- 26.5. **Est-ce que les résidents s'entraident? Si oui, pouvez-vous me donner un exemple?**
- 26.6. **Est-ce que les gens sont respectueux les uns envers les autres?**
- 26.7. **Pouvez-vous me donner un exemple?**
- 26.8. **À quoi ressemble l'ambiance lors des repas (ex: discussions)? Dans le fumoir ou la salle de séjour?**
- 25.7.1. **Y a-t-il beaucoup de rires?**
- 26.9. **Diriez-vous que la vie dans la ressource se rapproche de celle d'une famille?**
- 26.10. Pour quelles raisons?
27. **Comment décririez-vous les règles de vie (code de vie dans la ressource)?**
- 27.1. Quels sont les règlements?
- 27.2. Comment concevez-vous les règlements?
- 27.3. **Les résidents peuvent-ils participer à l'élaboration des règles?**
- 27.4. **Y a-t-il un couvre-feu?**
- 27.5. **Y a-t-il une heure de lever obligatoire?**
- 27.6. **Qu'arrive-t-il si une personne se lève après l'heure du déjeuner?**
- 27.7. **Les résidents peuvent-ils boire une bière/du vin à l'occasion?**
- 27.8. **Est-il obligatoire de prendre une douche?**

Section 3C # 24

Section 2

27.9. Qu'arrive-t-il si un résident ne respecte pas un règlement?

Section 3A# 1

28. Comment s'occupent les résidents durant la journée?

Section 3A # 15

28.1. Devez-vous les encourager pour qu'ils s'occupent?

28.2. Quelles sont les activités disponibles dans la ressource?

28.3. Les résidents utilisent-ils le matériel disponible?

28.4. Les résidents font-ils de l'exercice physique?

28.5. Certains résidents travaillent-ils?

28.6. Certains résidents suivent-ils une ou des formations?

28.7. Certains résidents vont-ils à des programmes de jour?

29. Arrivent-ils que les résidents vous fassent des suggestions, vous arrive-t-il de changer certaines choses en fonction des souhaits des résidents?

29.1. Pouvez-vous me donner des exemples?

29.2. Y a-t-il un comité de résidents dans votre ressource?

29.3. Les résidents peuvent-ils discuter avec vous des règlements ou du fonctionnement de la ressource?

29.4. Les résidents vous font-ils des suggestions de repas?

29.5. Les résidents peuvent-ils décorer ou changer la couleur de leur chambre ou déplacer leurs meubles?

Section 3A - fin

3C - Soutien au personnel ou au responsable du milieu

30. Comment qualifiez-vous le jumelage ou le pairage qui est fait par l'établissement?

30.1. Avez-vous l'impression que le niveau de services que vous pouvez offrir correspond aux besoins des personnes qui sont dirigées vers votre ressource?

- 30.2. **Comment l'établissement vous implique-t-il dans le processus de sélection des résidents? Vous demande-t-on votre avis?**
 - 30.3. **Pouvez-vous refuser une personne?**
 - 30.4. **Quelle information vous sont données au départ?**
 - 30.5. Vous remet-on certains documents?
 - 30.6. **Connaissez-vous les besoins des nouveaux résidents qui arrivent dans votre ressource?**
 - 30.7. Selon vous, les besoins des personnes sont-ils bien évalués?
31. **Comment sont déterminés les objectifs, le plan de soins et/ou le projet de vie de chacune des personnes qui demeure dans la ressource?**
- 31.1. **Les résidents qui demeurent dans la ressource ont-ils des objectifs personnels, des buts?**
 - 31.2. Avez-vous des rencontres avec un travailleur social ou un intervenant responsable du suivi pour en discuter?
 - 30.2.1. Qui est présent lors de ces rencontres?
 - 31.3. Utilisez-vous des plans d'intervention?
 - 31.4. **Y a-t-il une révision du plan d'intervention (PII) de chacun des résidents?**
 - 30.4.1. **Comment est rédigé ce plan?**
 - 30.4.2. **Qui rédige ce plan d'intervention?**
 - 30.4.3. **Selon vous à quoi sert cette rencontre ou ce plan d'intervention? Est-ce utile?**
 - 31.5. **Prenez-vous des notes en lien avec l'évolution de la personne?**
 - 30.9.1. Qui regarde ou lit ces notes?
32. **Comment votre ressource est-elle évaluée?**
- 32.1. **À quelle fréquence?**
 - 32.2. **À quoi sert cette évaluation?**
 - 32.3. **Qui fait cette évaluation?**
 - 32.4. **Discutez-vous ensemble des résultats?**
 - 32.5. **Avez-vous des objectifs annuels? Quels sont-ils?**

- 32.6. Lors de cette évaluation, y a-t-il un indicateur, systématique et anonyme, de la satisfaction des personnes et de leurs proches?**
- 33. Comment les intervenants responsables du suivi des résidents vous soutiennent-ils?**
- 33.1. Les résidents qui demeurent chez vous ont-ils un suivi régulier?**
 - 33.2. À quelle fréquence un intervenant (TS) visite-il un résident?**
 - 33.3. Pouvez-vous rejoindre facilement un intervenant, au besoin?**
 - 33.4. En situation d'urgence, est-il relativement facile de rejoindre un intervenant?**
 - 33.5. À quelle fréquence parlez-vous à un intervenant?**
 - 33.6. Votre communication est-elle bonne?**
 - 33.7. Y a-t-il beaucoup de changements au niveau des intervenants?**
 - 33.8. Leur présence est-elle aidante?**
- 34. Comment les intervenants responsables du suivi des ressources ou les superviseurs vous soutiennent-ils?**
- 34.1. Qui seraient le ou les superviseurs pour votre ressource (ex. : praticien ressource ou intervenant ressource, chef de service)?**
 - 34.2. Pouvez-vous rejoindre facilement un intervenant ou un superviseur, au besoin?**
 - 34.3. Y a-t-il beaucoup de changements au niveau des intervenants?**
 - 34.4. À quelle fréquence parlez-vous à un intervenant ou à un superviseur?**
 - 34.5. Votre communication est-elle bonne?**
 - 34.6. Qui pouvez-vous appeler le week-end?**
 - 34.7. Si vous avez un questionnaire en lien avec un résident, qui allez-vous contacter? Quelle sera la réponse?**
 - 33.8. Le soutien reçu est-il aidant?**
- 35. Recevez-vous d'autres sources de soutien?**
- 35.1. Décrivez la communication avec les organismes qui accueillent les résidents durant la journée?**

- 35.2. Est-elle bonne? À quelle fréquence vous parlez-vous?
- 35.3. Recevez-vous du soutien d'éducateurs ou de professionnels autres que ceux responsables du suivi des résidents ?
- 35.3.1. D'organismes
 - 35.3.2. Bénévoles
 - 35.3.3. Pair-aidants
 - 35.3.4. Professionnels
 - 35.3.5. Croyez-vous qu'il est important que les personnes rencontrent des pairs experts?
 - 35.3.6. Pour quelles raisons?
- 35.4. Pensez-vous que la visite de professionnels dans la ressource pourrait aider les résidents et vous aider? (ex : éducateur physique, éducateur spécialisé, ergothérapeute)?
- 35.4.1. Pour quelles raisons?
- 35.5. Prenez-vous des vacances? Est-il difficile de partir en vacances?
- 35.5.1. Pour quelles raisons?
- 35.6. Comment organisez-vous la ressource lors de vos vacances?
- 35.7. Travaillez-vous les week-ends?
- 35.8. Êtes-vous membre d'un regroupement (ex : groupe de soutien, ARIHQ, RESSAQ)?
- 35.8.1. Est-ce que cela vous apporte du soutien?
- 35.9. Vous arrive-t-il de vous sentir isolé?
- 35.10. Pour quelles raisons?

Section #1

PARTIE 4 - PERSONNEL

1. Est-ce que votre compétence vient principalement de votre expérience et de votre vécu ou avez-vous suivi des formations?
 - 1.1. Depuis combien de temps êtes-vous responsable/intervenant dans une ressource?
 - 1.2. Qu'en est-il pour les autres intervenants?
 - 1.3. Quelles formations avez-vous suivies?

- 1.4. **Ces formations sont-elles offertes par votre établissement gestionnaire (RI, RE, RTF)?**
 - 1.5. Ces formations vous sont-elles utiles?
 - 1.6. Quelles formations seraient utiles?
 - 1.7. **Quelle est votre formation académique de base?**
- 2. Comment le personnel est-il sélectionné?**
- 2.1. Quels sont les critères de sélection?
 - 2.2. Quelles caractéristiques doivent être considérées?
 - 2.3. **Quelles sont les qualités recherchées chez le personnel?**
 - 2.4. **Quelles sont les difficultés en lien avec l'embauche de personnel?**
- 3. Quel degré de soutien offrez-vous aux résidents?**
- 3.1. **Y a-t-il un intervenant 24 heures?**
 - 3.2. **Y a-t-il plusieurs intervenants?**
 - 3.3. Y a-t-il quelqu'un sur appel?
 - 3.4. **L'intervenant de nuit est-il couché?**
 - 3.5. **Faites-vous une ronde (tourné des chambres) la nuit?**
 - 3.6. **Est-il facile pour un résident de rejoindre un membre du personnel?**
 - 3.7. En quoi consiste votre rôle?
- 4. Selon vous, quelles sont vos forces pour bien intervenir dans des situations de crise ou des situations plus difficiles?**
- 4.1. **Utilisez-vous des outils?** (ex. : Omega, formations suicide, RCR)
 - 4.1.1. **Si oui, lesquels?**
 - 4.2. **Conservez-vous de l'information sur les résidents qui demeurent dans votre ressource?**
 - 4.3. **Vous sentez-vous bien soutenu(e) lors des situations plus difficiles?**
 - 4.4. **Vous sentez-vous parfois dépassé(e) (Vous sentez-vous en contrôle lors de ces situations)?**

Sections 1 #2

4.4.1. Pour quelles raisons? Dans quelles situations?

4.5. Pouvez-vous me donner un exemple de situation de crise?

4.5.1. Qu'avez-vous fait?

4.6. Avez-vous accès à des formations?

4.7. Vous est-il arrivé de faire appel au 911 ou à l'urgence?

4.8. Vous est-il arrivé de faire appel à la police?

4.9. Au Centre de crise ?

Section 3A #21

5. À quelle fréquence discutez-vous ou rencontrez-vous un résident sur une base individuelle?

5.1. Ont-ils la possibilité de vous rencontrer au moins une fois par semaine (seul à seul)?

5.2. Le faites-vous davantage sur une base informelle (au besoin)?

5.3. Peuvent-ils demander à vous parler s'ils en ressentent le besoin?

5.4. Avez-vous le temps de les écouter? (Vous arrive-t-il de vous sentir dépassé?)

5.5. Êtes-vous toujours disponible pour eux?

5.6. De quoi discutez-vous lors de vos rencontres?

5.7. Appréciez-vous ces rencontres/discussions?

6. Comment vous mettez vos limites personnelles dans votre relation avec les résidents?

6.1. Comment appelez-vous les résidents?

6.2. Doivent-ils vous vouvoyer?

6.3. Comment les résidents vous appellent-ils?

6.4. Parlez-vous de votre vie personnelle avec les résidents?

6.5. Vous assurez-vous de passer du temps avec votre famille et vos amis?

6.6. Vous gardez-vous du temps pour vous?

6.7. De quelle façon le faites-vous?

7. Est-ce que vous croyez que vos résidents ont un potentiel?

- 7.1. Croyez-vous que certains résidents pourraient aller demeurer en appartement?**
 - 7.2. Croyez-vous que certains pourraient travailler?**
 - 7.3. Pour quelles raisons?
 - 7.4. Où les voyez-vous dans deux ou trois ans?
 - 7.5. Discutez-vous avec les résidents de leurs rêves et de leurs espoirs?**
 - 7.6. Selon vous, sont-ils réalistes?**
 - 7.7. Comment faites-vous pour entretenir les rêves et les espoirs des résidents?**
 - 7.8. Quels sont leurs souhaits?
 - 7.9. Croyez-vous que vous pouvez aider les résidents à les atteindre?**

- 8. Croyez-vous que les résidents et vous avez des idées différentes de ce que sont leurs difficultés principales?**
 - 8.1. Pour quelles raisons?
 - 8.2. Avez-vous l'impression de comprendre les résidents?**
 - 8.3. Travaillez-vous ensemble sur leurs difficultés?**
 - 8.4. Les résidents sont-ils « conscients » de leurs difficultés?**
 - 8.5. Les résidents sont-ils conscients de leurs capacités?**
 - 8.6. En parlez-vous?**

- 9. Décrivez vos relations avec les résidents?**
 - 9.1. Avez-vous l'impression qu'il y a un lien naturel, des affinités avec certains résidents?**
 - 9.2. Éprouvez-vous de l'affection pour les résidents?**
 - 9.3. Les aimez-vous? Les appréciez-vous en tant que personne?
 - 9.4. Pour quelles raisons?
 - 9.5. Comment le démontrez-vous?**
 - 9.6. Croyez-vous que les résidents vous apprécient?**
 - 9.7. Pour quelles raisons?
 - 9.8. Comment le démontrent-ils?**

- 9.9. Comment vous sentez-vous lorsque l'un d'eux quitte?
- 9.10. Connaissez-vous leur histoire?
- 9.11. **Gardez-vous contact avec eux même s'ils ont quitté la ressource?**

10. Décrivez le lien de confiance entre vous et les résidents?

- 10.1. Faites-vous confiance aux résidents?
- 10.2. Pouvez-vous me donner un exemple?
- 10.3. **Qu'est-ce que vous porte à croire que les résidents vous font (ou ne vous font pas) confiance?**
- 10.4. **Est-ce similaire pour tous les résidents?**
- 10.5. Vous arrive-t-il de déléguer certaines responsabilités aux résidents?
- 10.6. Si vous devez vous absenter de la ressource, faites-vous assez confiance aux résidents pour qu'ils demeurent seuls une ou deux heures?

HAS (Helping alliance Scale)

(1) Vous entendez-vous bien avec les résidents? / Do you get along with the patient?

(2) Comprenez-vous les perceptions des résidents, ce qu'ils vivent? / Do you understand the patient and his/her views?

(3) Avez-vous hâte de retourner au travail, de rencontrer les résidents? / Do you look forward to meeting the patient?

(4) Vous sentez-vous activement impliqué dans les soins et/ou la réadaptation des résidents? / Do you feel you are actively involved in the patient's treatment?

(5) Pensez-vous pouvoir aider les résidents de façon efficace? / Do you feel you can help the patient and treat him/her effectively?

Échelle : 0 = Pas du tout à 10 = Énormément Score total sur 50 :

Phrase de conclusion:

Je vous remercie d'avoir partagé avec moi votre quotidien dans la ressource. J'ai beaucoup appris. Est-ce qu'il y a quelque chose que vous offrez comme service ou que vous trouvez important que nous n'avons pas couvert aujourd'hui?

Ne pas oublier de mentionner au répondant **À LA FIN DE L'ENTREVUE** que le MCAS leur sera envoyé par la poste. Expliquer qu'il y avait au départ une autre section à l'entrevue, mais que compte tenu de la durée de l'entrevue, nous préférons leur envoyer par la poste ou par courriel. Le MCAS consiste en une quinzaine de questions et il devrait prendre une vingtaine de minutes à compléter.

Adresse courriel du participant (MCAS) :

CASPER-SM

CARACTÉRISTIQUES STRUCTURALES ET PROCESSUS DES ENVIRONNEMENTS RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE

CASPER (FORMULAIRE DE COTATION)

- Intervieweur : _____
- Cotation de l'entrevue : _____ et _____
- Numéro d'identification du sujet / ressource : _____
- Type de ressource résidentielle / milieu de vie : _____
- Date de l'entrevue : _____ Durée : _____
- Date de l'entrevue : _____ Durée : _____
- Date de l'entrevue : _____ Durée : _____
- Date de l'entrevue : _____ Durée : _____

1A - DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA RESSOURCE

1. Combien de résidents demeurent dans la ressource (dans laquelle vous travaillez)?

Nombre de résidents : _____

Femmes : _____ Hommes : _____

Places disponibles : _____

2. Qui travaille dans la (votre) ressource?

Nombre de membres du personnel et type :

Jour : _____

Soirée : _____

Nuit : _____

Fin de semaine : _____

Nombre total de membres du personnel régulier^a : _____

Nombre de gardiennes (RTF ou RI (maison d'accueil)) : _____

Ratio personnel/résidents (le plus élevé) : _____

Infirmier : 0 = Aucun

1 = Temps partagé^b

2 = Temps partiel

3 = Temps plein jour

4 = Temps plein soir/jour

Éducateur : 0 = Aucun

1 = Temps partagé^b

2 = Temps partiel

3 = Temps plein jour

4 = Temps plein soir/jour

Gardiennage : 0 = Aucun

1 = Au besoin (aucun horaire régulier)

2 = Un week-end sur deux

3 = Une fois par semaine (une journée ou quelques heures)

4 = Week-end

5 = Plusieurs fois par semaine

^a Le nombre de membres de personnel exclut le gardiennage, traité à part. Par exemple, pour une RTF ou une maison d'accueil, ce nombre pourrait être deux si un couple travaille dans la ressource sur une base quotidienne ou si un cuisinier est embauché.

^b L'éducateur peut avoir un temps partagé entre plusieurs ressources ou être un prêt de services d'un CSSS ou d'un centre hospitalier.

3. De quel type est la (votre) ressource résidentielle?

Type de ressource [Type 1]

1 = Ressource intermédiaire [RI] (résidence de groupe ; appartement supervisé ; maison de chambres ; maison d'accueil ; autre) ;

2 = RI OBNL (maison d'accueil ; résidence de groupe ; appartement supervisé ; maison de chambres ; autre) ;

3 = Résidence d'accueil [RTF] ;

4 = Ressource résidentielle communautaire [OCH] ou OBNL / sans contrat avec un établissement gestionnaire désigné ;

5 = Ressource autre [RA] ou ressource d'intégration sociale [RIS] individuelle ou de groupe (article # 108) ;

6 = Ressource d'établissement (appartements regroupés ; résidence de groupe ; maison de chambre).

Appartement : nombre de résidents en moyenne par appartement : _____

Deuxième type ressource [Type_1A] (le propriétaire possède-t-il d'autres ressources?)

1 = Appartement(s) supervisé(s) ou logement avec soutien

2 = RTF

3 = RI (résidence de groupe ; appartement supervisé ; maison de chambres ; maison d'accueil ; autre)

4 = RA ou RIS individuelle ou de groupe (article # 108)

5 = Places en ressource/habitation privée

6 = Mixte (propriétaire de 3 types de ressources ou plus)

0 = Ne s'applique pas (c.-à-d. aucune autre ressource)

4. Quel est l'objectif d'un hébergement dans la (votre) ressource? ou Pour quelles raisons une personne irait-elle demeurer dans la (votre) ressource?

Durée moyenne de séjour : _____

Nombre de départs (dernière année) : _____ Durée de séjour la plus longue : _____

Type de soutien 1 [H_objectif]

- 1 = Maintien / services intensifs
- 2 = Maintien / services légers à modérés
- 3 = Mixte : maintien ou autonomie
- 4 = Autonomie / services légers à modérés
- 5 = Autonomie / services intensifs

À coter à la fin de d'entrevue

Durée moyenne (pour la majorité des résidents) de séjour dans la ressource ou Type de soutien 2 [H_Durée]

- 1 = Hébergement à durée illimitée (plus de 10 ans)
- 2 = Hébergement de longue durée (6 ans à 10 ans)
- 3 = Hébergement à durée limitée (3 ans à 5 ans)
- 4 = Hébergement à durée limitée (18 mois à 3 ans)
- 5 = Hébergement à durée limitée (moins de 18 mois)

Type de soutien 3 (30 ; 31 ; 32) [Type 2]

- 1 = Hébergement à durée illimitée/longue durée avec soutien intensif
- 2 = Hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré (31)
- 3 = Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif (30)
- 4 = Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement léger à modéré
- 5 = Logement avec soutien continu et appartements supervisés (32)

* Un hébergement limité doit avoir une moyenne de séjour inférieure ou égale à 5 ans.

Type [Type 3]

- 1 = Milieu de deux résidents ou moins
- 2 = Milieu de trois à cinq résidents
- 3 = Milieu de six à dix résidents
- 4 = Milieu de onze à vingt résidents
- 5 = Milieu de vingt-et-un résidents et plus

1B - DESCRIPTION GENERALE DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET MATERIEL

5. Pouvez-vous me décrire votre quartier, les environs de la (votre) ressource?

- Y a-t-il un dépanneur?
- Y a-t-il une épicerie?
- Y a-t-il un restaurant?
- Y a-t-il un centre d'achats?
- Y a-t-il une banque? Y a-t-il une pharmacie?

- Y a-t-il un bureau de poste?**
- Y a-t-il un centre communautaire (ou un centre de jour en santé mentale)? Un hôpital?
- Y a-t-il un ou des parcs?

Quartier

Le degré de densité de la population et des habitations (type de maisons).

- 5 = Noyau urbain / métropole** : tour d'habitation (appartements, HLM), immeubles à logement, haute à très haute densité de population (ex. centre-ville de grandes villes (plus de 100 000 habitants) comme Montréal, Québec et Trois-Rivières) ;
- 4 = Noyau urbain** : tour d'habitation (appartements), immeubles à logement, triplex en rangée, moyenne à haute densité de population (ex. : centre-ville de villes moyennes (plus de 20 000 habitants) comme Joliette, Shawinigan, Louiseville) ;
- 3 = Noyau urbain secondaire** : différents types d'habitations, petits immeubles à logement, triplex ou duplex en rangée, densité moyenne à haute de population ;
- 2 = Banlieue urbaine (quartier résidentiel)** : maison individuelle ou jumelée, duplex ou triplex avec un espace entre les habitations, densité faible à moyenne de population ;
- 1 = Milieu ou banlieue rurale** : maison de campagne ou maison individuelle, faible ou très faible densité de population (ex. : rang ou village (moins de 5000 habitants)).

Milieu défavorisé : Oui _____ Non _____ À proximité (très près) _____

5b. Accessibilité aux services

Le degré de proximité de différents services par rapport au milieu et leur facilité d'accès. Les services de base comprennent les banques, les dépanneurs, les épiceries, les pharmacies, les cafés/restaurants et les bureaux de poste. Les autres services peuvent comprendre les magasins, les centres communautaires, les hôpitaux, etc. ;

- 5 = Très haut niveau** : accès à quatre services de base différents ou plus à moins de 10 minutes à pied. ;
- 4 = Haut niveau** : accès à trois services de base différents ou plus par le transport en commun ou à pied, incluant un dépanneur ou une épicerie, à moins de 15 minutes ;
- 3 = Niveau modéré** : accès à trois services de base différents ou plus par le transport en commun ou à pied à moins de 25 minutes ;
- 2 = Niveau bas** : accès à un ou deux services de base différents à moins de 25 minutes ou accès aux services de base par le transport en commun ou à pied à plus de 25 minutes ;
- 1 = Très bas niveau** : accès aux services par le transport ou à pied à plus de 35 minutes à pied ou en transport (transport en commun ou autre).

Services présents : _____

Nombre de personnes qui utilisent le transport en commun : _____

Nombre de personnes qui utilisent le transport adapté : _____

5c. Accessibilité au transport

Le degré d'accessibilité de différents moyens de transport par rapport au milieu. L'utilisation faite des différents moyens de transport ne doit pas influencer la cotation.

- 5 = Très haut niveau** : accès, à moins de 5 minutes à pied, à du transport en commun qui offre un service de transport régulier (plusieurs fois par heure) sur un grand territoire ;
- 4 = Haut niveau** : accès, à moins de 10 minutes à pied, à du transport en commun qui offre un service de transport régulier (au moins plusieurs fois par jour) sur un grand territoire ou sur un territoire limité (ex. dans les petites villes, par exemple, comme Shawinigan) ;
- 3 = Niveau modéré** : accès, à moins de 20 minutes à pied, à du transport en commun ou à du transport qui est offert quelques fois par jour (ex. trois ou quatre fois par jour) ou accès à du transport qui est offert par un organisme ou des bénévoles et qui requiert un appel, mais aucune réservation à l'avance (ex. Taxi bus) ;
- 2 = Bas niveau** : accès, à plus de 20 minutes à pied, à du transport en commun ou accès à du transport qui est offert par un organisme ou des bénévoles qui requiert une réservation à l'avance ;
- 1 = Très bas niveau** : aucun accès à du transport en commun, ou accès limité à du transport offert par un organisme autre/bénévole qui requiert une réservation ou un appel (ex. certaines activités, certaines personnes) ou accès à du transport offert par un intervenant ou un responsable.

5d. Présence de drogue et/ou de prostitution

Le degré auquel le répondant à connaissance de la présence ou non de drogue et de prostitution près du milieu ;

- 1 = Très bas niveau** : aucune présence de drogue et de prostitution dans les environs de la ressource ;
- 2 = Bas niveau** : présence d'un peu de drogue ou présence d'un peu de prostitution dans les environs de la ressource ;
- 3 = Niveau modéré** : présence de prostitution et/ou présence de drogue dans les environs de la ressource ;
- 4 = Niveau élevé** : présence de beaucoup de drogue ou de beaucoup de prostitution dans les environs de la ressource ;
- 5 = Niveau très élevé** : présence de beaucoup de drogue et beaucoup de prostitution dans les environs de la ressource.

6. Décrivez-moi l'intérieur de la (votre) ressource?

6a. Espace et intimité

Le degré auquel le milieu permet à la personne d'avoir un espace à elle, une certaine intimité et accès à différentes pièces.

- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel les résidents sont seuls dans leur chambre (chambre individuelle), ont accès à plusieurs pièces communes (deux ou plus) et accès à plusieurs salles de bain (environ un ratio de 1 salle de bain pour 5 résidents) ou à un espace de toilette personnel (c.-à-d. robinet/lavabo dans la chambre) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel les résidents sont seuls dans leur chambre et ont accès à deux pièces communes (ex. salon, boudoir, fumoir, salle de jeux) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel les résidents sont seuls dans leur chambre et ont accès à au moins une pièce commune (ex. salon, boudoir ou fumoir) ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel certains résidents partagent une chambre (majorité de chambres individuelles ou 50/50) et dans lequel ils ont accès à au moins une pièce commune ou milieu dans lequel les résidents n'ont pas d'accès à une pièce commune (ex. aucun accès à un salon, fumoir, boudoir) ;
- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel une majorité de résidents partagent une chambre.

* Note : Un couple qui partage une même chambre, par choix, doit être considéré comme une seule personne.

La cuisine et la salle à manger ne sont pas considérées comme des espaces communs pour les ressources de groupe (à moins d'être utilisé comme lieu de rencontre de façon régulière par plusieurs résidents). Il faut aussi considérer le nombre de résidents pour déterminer la cote en lien avec le nombre de salles de bain (ex. pour un milieu de 30 résidents, il devrait y avoir 5 salles de bain pour obtenir la cote « 5 »). Un milieu de 8 ou 9 personnes devrait compter minimalement 2 salles de bain à la disposition des résidents. Pour un appartement individuel, une chambre (1 ½) reçoit une cote de « 4 ». Un appartement 2 ½ ou plus grand reçoit une cote de « 5 ». Pour les appartements partagés par deux individus ou plus (et non un couple), il devrait y avoir minimalement un salon et une cuisine pour obtenir la cote « 5 » (ex. un appartement 4 ½ ou plus peut recevoir la cote 5).

6b. Personnalisation

Le degré auquel le milieu est personnalisé, décoré et agréable (ex. plantes, photos, cadres, objets décoratifs, meubles, etc.). L'aspect personnalisation fait référence à l'implication des personnes dans la décoration de leur chambre et du milieu.

- 5 = Très haut niveau** : milieu hautement personnalisé qui donne une sensation d'être « chez soi ». Le personnel porte attention aux plantes et à la décoration. Les chambres et les aires communes sont décorées selon les goûts des résidents. Un ou deux éléments « institutionnels » peuvent être présents (ex. plan d'évacuation, babillard avec informations) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu décoré avec chambre personnalisée. Le personnel porte attention aux plantes et à la décoration. Les chambres sont décorées principalement par les résidents, selon leurs goûts. Les résidents participent peu ou pas à la décoration des aires communes. Un ou deux éléments « institutionnels » peuvent être présents (ex. plan d'évacuation, babillard avec informations affiches (règles), des chaises berceuses) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu décoré, mais peu personnalisé. Le personnel porte attention aux plantes et à la décoration. Les chambres sont décorées différemment, principalement par le personnel. Quelques éléments « institutionnels » peuvent être présents (ex. affiches (règles, lavage de mains) présence de chaises berceuses) ;
- 2 = Bas niveau** : milieu décoré, mais très peu personnalisé. Le personnel porte attention aux plantes et à la décoration. Les chambres et le milieu sont décorés par le personnel ou milieu dans lequel plusieurs éléments « institutionnels sont présents » (ex. nombreuses affiches (règles, lavage de mains, tirer la chasse d'eau, nettoyer le bain), des chaises berceuses au lieu de divans) ;
- 1 = Très bas niveau** : milieu peu décoré. Le personnel porte peu attention aux plantes et à la décoration (il y a peu d'objets décoratifs, les murs sont tous blancs ou d'une même couleur, etc.) ou milieu peu meublé.

6c. Accessibilité à une ou des clés (lieu de résidence et chambre)

Le degré auquel le milieu permet aux personnes d'avoir la clé du milieu et de leur chambre. Une personne qui demeure seule reçoit une cote de « 5 ». Une personne qui partage son appartement avec un ou des colocataires doit avoir une clé de résidence et de chambre pour obtenir une cote de « 5 ».

- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel tous les résidents ont la clé de leur chambre et accès sans restriction à la clé de la résidence (ex. chaque résident possède une clé ou le milieu dépose une clé « commune » pour tous les résidents dans la boîte aux lettres) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel tous les résidents ont la clé de leur chambre ou accès sans restriction à la clé de la résidence ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel plusieurs résidents ont la clé de leur chambre ou accès sans restriction à la clé de la résidence ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel une petite minorité de résidents ont la clé de leur chambre ou accès sans restriction à la clé de la résidence ;
- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel aucun résident n'a en sa possession la clé de sa chambre et de la résidence.

* Note : Une personne pourrait exceptionnellement choisir de ne pas avoir la clé.

Présence d'un fumoir intérieur : Oui _____ Non : _____

Toilettes séparées pour les intervenants : Oui _____ Non : _____

7. Quel est le matériel à la disposition des résidents dans la ressource?

Peuvent-ils utiliser la laveuse et la sécheuse?

Peuvent-ils utiliser le four (cuisinière)?

- Peuvent-ils utiliser le four à micro-ondes? La bouilloire? Le grille-pain?
- Peuvent-ils avoir accès à un réfrigérateur? Lequel ?
- Ont-ils accès à une ou des télévisions? Combien de télévisions y a-t-il?
- Ont-ils accès au câble (plusieurs postes)?
- Ont-ils accès à un ordinateur avec Internet?
- Ont-ils accès à du matériel pour faire de l'exercice (ex.: vélo, carte gym)
- Ont-ils accès à des loisirs (ex. : jeux, cartes, peinture)?
- Ont-ils accès à une piscine dans la cour arrière?

Accessibilité à du matériel et de l'équipement

Le degré auquel le milieu met à la disposition de la personne du matériel et de l'équipement pour les loisirs et pour le développement/maintien d'habiletés.

- 5 = Très haut niveau** : Accès à plus que du matériel et de l'équipement de base dans le milieu sans restriction (c.-à-d. télévision et choix de loisirs et four ou micro-ondes et laveuse/sécheuse et réfrigérateur.), incluant l'accès à un ordinateur et à internet pour tous les résidents ;
- 4 = Haut niveau** : Accès à du matériel et de l'équipement de base dans la ressource, sans restriction (c.-à-d. télévision et choix de loisirs et four ou four micro-ondes et laveuse/sécheuse et réfrigérateur) ;
- 3 = Niveau modéré** : Accès à du matériel et de l'équipement de base dans la ressource, avec peu de restrictions (c.-à-d. télévision et choix de loisirs et four ou bouilloire ou grille-pain ou micro-ondes et réfrigérateur ou laveuse) ;
- 2 = Bas niveau** : Accès à peu de matériel et d'équipement de base dans la ressource (c.-à-d. télévision et choix de loisirs et réfrigérateur ou laveuse) ou accès à du matériel et de l'équipement de base dans la ressource, avec restrictions (c.-à-d. seulement certains résidents, certaines heures ou sous supervision) (télévision et choix de loisirs et four ou bouilloire ou grille-pain ou micro-ondes et réfrigérateur ou laveuse) ;
- 1 = Très bas niveau** : Accès à très peu de matériel et d'équipement dans la ressource (télévision/radio et choix loisirs).

Ordinateur commun (offert par le milieu) : Oui _____ Non _____

Ordinateur personnel (appartenant à une personne) : Oui _____ Non _____

Matériel sportif (ballon, vélo, carte d'un centre de loisirs) : Oui _____ Non _____

Piscine extérieure (sur la propriété) : Oui _____ Non _____

8. Si nous supposons qu'un résident veut téléphoner à un ami ou un intervenant, que doit-il faire?

Accessibilité à un téléphone

Le degré auquel la personne a accès à un téléphone (faire un appel / recevoir un appel) dans le milieu.

- 5 = Très haut niveau** : Aucune restriction d'accès (téléphone individuel) ou accès à plusieurs téléphones dans des endroits privés ou à des téléphones sans fil / plusieurs lignes ;
- 4 = Haut niveau** : Accès à au moins un téléphone ou à un téléphone sans fil pour tous les résidents dans un endroit privé / ligne privée ;
- 3 = Niveau modéré** : Accès à un téléphone pour tous les résidents dans une pièce à part ou à un sans fil / ligne commune avec le personnel ;
- 2 = Bas niveau** : Accès à un téléphone pour tous les résidents dans une pièce commune ou le passage ou accès à un téléphone pour tous les résidents sans qu'il ne soit possible de recevoir des appels sur ce téléphone (ex. les appels sont reçus au bureau des intervenants) ;

1 = Très bas niveau : Accès à un téléphone avec restrictions (ex. le personnel signale le numéro pour une majorité de résidents, le personnel est présent lors des appels, un résident doit demander au personnel pour faire un appel, le personnel impose des horaires pour téléphoner et pour recevoir des appels (ex. il est possible de téléphoner entre 18h30 et 20h30)) ou milieu dans lequel certains résidents n'ont pas accès gratuitement au téléphone à l'intérieur de la ressource (ex. appartements).

9. La (votre) ressource a-t-elle certaines adaptations qui permettraient de faciliter les déplacements d'une personne ayant de la difficulté à marcher ou des troubles de l'équilibre? Votre ressource a-t-elle d'autres adaptations?

Adaptations environnementales (marche et équilibre)

Le degré auquel le milieu est adapté et sécuritaire afin de recevoir des personnes ayant des troubles de la marche ou de l'équilibre (ex. rampe d'accès, lève-personne, etc.).

5 = Très haut niveau : Milieu **complètement** adapté pour un fauteuil roulant ou pour une marchette, incluant l'accès extérieur (ex. ascenseur, rampe d'accès, larges corridors, lève-personne, salle de bain adaptée) ;

4 = Haut niveau : Milieu partiellement adapté pour marchette (ex. présence de marches extérieures ou de marches menant à la salle à manger ou au salon, un seul étage adapté, salle de bain adaptée) ;

3 = Niveau modéré : Milieu dans lequel il y a de nombreuses adaptations (ex. main courante, salle de bain complètement adaptée (présence de barres près de la toilette ou d'une vanité servant d'appui), tapis antidérapant, chaise de bain) ;

2 = Bas niveau : Milieu dans lequel il y a certaines adaptations (ex. douche téléphone, **barres de douche** (la salle de bain n'est pas complètement adaptée c.-à-d. absence de barres près de la toilette)) ;

1 = Très bas niveau : Milieu dans lequel il n'y a aucune adaptation pour la ressource, mais dans lequel il pourrait y avoir un ou des résidents qui utilisent des aides techniques individuelles (ex. pince à long manche, chaise d'aisance).

Marches : Nombre de marches « obligatoires » intérieures et/ou extérieures : _____

Adaptations autres (ex. personne non-voyante ou sourde et muette) : _____

1C - DESCRIPTION GÉNÉRALE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL (RÉSIDENTS)

10. Quel âge ont les personnes qui demeurent dans la (votre) ressource?

Âge moyen (le nombre total de résidents doit être égal à celui de la question 1)

Jeunes (18 à 25 ans) : _____ Adultes (41 ans à 65 ans) : _____

Adultes (26 à 40 ans) : _____ Personnes âgées (65 ans et plus) : _____

11. Selon vous, est-ce que ces personnes forment un groupe homogène?

Homogénéité de la clientèle

Le degré d'homogénéité quant au degré d'autonomie fonctionnelle des personnes qui habitent le milieu. Un bas niveau indique que la personne requiert de l'aide physique et/ou un encadrement intensif dans ses activités de la vie quotidienne. Un haut niveau indique que la personne est autonome pour la plupart de ses activités de la vie quotidienne (ex. hygiène, préparation des repas, habillage, gestion du budget).

1 = Milieu homogène dans lequel tous les résidents ont un bas niveau de fonctionnement ;

2 = Milieu hétérogène dans lequel une majorité de résidents ont un bas niveau de fonctionnement ;

3 = Milieu hétérogène dans lequel une partie des résidents a un haut niveau de fonctionnement et une autre partie a un bas niveau de fonctionnement ;

4 = Milieu hétérogène dans lequel une majorité de résidents ont un haut niveau de fonctionnement ;

5 = Milieu homogène dans lequel tous les résidents ont un haut niveau de fonctionnement.

N/A = Milieu avec un seul résident

12. Description des résidents (MCAS) :

13. Est-ce que vous refusez certaines personnes dans la (votre) ressource?

Critères d'exclusion et d'inclusion

Le degré auquel le milieu utilise des critères pré-identifiés pour le choix des personnes qui viennent demeurer (accepter une personne) dans le milieu ou qui peuvent y demeurer (renvoyer une personne).

Violence ou histoire d'agressivité/sexualité	<input type="checkbox"/>
Consommation active (drogue ou alcool) ou antérieure)	<input type="checkbox"/>
Motivation	<input type="checkbox"/>
Refus/difficulté en lien avec la médication	<input type="checkbox"/>
Diète particulière	<input type="checkbox"/>
Trouble du comportement	<input type="checkbox"/>
Fumeur	<input type="checkbox"/>
Mobilité réduite	<input type="checkbox"/>
Genre (hommes ou femmes)	<input type="checkbox"/>
Autonomie	<input type="checkbox"/>
Âge	<input type="checkbox"/>
Complexité de la maladie / des besoins	<input type="checkbox"/>
Autres : _____	

5 = Très haut niveau : milieu sélectif qui utilise plus de six critères d'exclusion et d'inclusion ou milieu qui utilise plusieurs critères d'exclusion et d'inclusion afin de recevoir une clientèle spécifique (ex. psychiatrie légale, trouble de comportement, gériatrie, jeunes, toxicomanie) ;

4 = Haut niveau : milieu sélectif qui utilise plus de quatre critères d'exclusion et d'inclusion ;

3 = Niveau modéré : milieu relativement sélectif qui utilise quelques critères d'exclusion et d'inclusion (quatre ou moins) ;

2 = Bas niveau : milieu peu sélectif qui utilise un ou deux critères d'exclusion et d'inclusion (ex. violence, **déstabiliser le groupe/ambiance**, consommation) ;

1 = Très bas : milieu non sélectif qui n'utilise aucun critère d'exclusion et d'inclusion (sauf un trouble de santé mentale).

Personne(s) qui consomme(nt) alcool/drogue dans la ressource (présentement) :

Oui _____ Non _____ Consommateur occasionnel : _____

14. Quel est votre « niveau » sur la grille de cotation (profil type) / ou quelle est votre rétribution mensuelle moyenne (par personne) ? _____

PARTIE 2 - JOURNEE TYPIQUE

PARTIE 3 – ACTIVITÉS, AIDE APPORTÉE, SERVICES ET FONCTIONNEMENT

Note pour la personne qui réalise la cotation des entrevues : Il est important d'entourer les éléments de réponse pertinents (ancrages) sur lesquels se basent la cote. Il est fortement suggéré d'entourer les éléments présents et de faire un X si un élément n'est pas présent. De plus, pour faciliter la cotation en lien avec le nombre de résidents, il est possible de se référer au tableau suivant à titre indicatif :

Nb résidents Terme utilisé	5 et moins	9 et moins	11 et moins	15 et moins	20 et moins	21 et plus
Grande majorité	4 ; 5	7 – 9	8 – 11	10 – 15	15 – 20	17 -
Plusieurs	2 ; 3	3 – 6	3 – 7	4 – 9	5 – 14	5 – 17
Petite minorité	1	1 ; 2	1 ; 2	1 – 3	1 – 4	1 – 4

3A – AIDE APPORTÉE ET ACTIVITÉS AU QUOTIDIEN

9b. Apportez-vous de l'aide à certains résidents en lien avec leur mobilité (déplacements et/ou transferts)? Si oui, pour combien?

5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique pour les déplacements (ex. soutenir, pousser le fauteuil roulant) ou pour les transferts (ex. aider à entrer dans le bain ou à se relever d'une chaise ou d'un lit) pour une grande majorité de résidents ;

4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique à plusieurs résidents pour les déplacements (ex. soutenir, pousser le fauteuil roulant) ou pour les transferts (ex. aider à entrer dans le bain ou à se relever d'une chaise ou d'un lit) ou milieu dans lequel le personnel supervise systématiquement les transferts et les déplacements de plusieurs résidents ;

3 = Niveau modéré de prise en charge ou responsabilité partagée : milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie fonctionnelle des résidents pour les déplacements et les transferts selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation, donner des directives étape par étape) ou milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique à une petite minorité de résidents;

2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel fait des rappels et/ou apporte de l'aide au besoin (ex. encouragements, vérification au besoin, conseils, aide occasionnelle) ;

1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel.

1. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leur hygiène?

- 5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique pour l'hygiène pour une grande majorité de résidents (c.-à-d. un membre du personnel est présent et fait l'action pour la personne, lave les cheveux ou certaines parties du corps) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel vérifie systématiquement l'hygiène pour plusieurs résidents et/ou dans lequel il est obligatoire que les résidents se lavent un certain nombre de fois par semaine (ex. le personnel accompagne la personne jusqu'à la salle de bains, le personnel est dans la pièce, le personnel fait un horaire pour les bains et assure un suivi) ou milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique à plusieurs résidents ;
- 3 = Niveau modéré de prise en charge ou responsabilité partagée :** milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide pour la réalisation des soins d'hygiène en s'assurant de la participation des résidents selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation, faire avec, vérification occasionnelle avec rétroaction, renforcement positif ou négatif, directives étape par étape) ou milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique à une petite minorité de résidents ;
- 2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel fait des rappels et/ou apporte de l'aide au besoin (ex. encouragements, conseils, vérification au besoin, aide occasionnelle) ;
- 1 = Très bas niveau prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel.

Nombre de personnes ayant des problèmes d'incontinence : _____

2. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leur habillage et leur apparence?**2a. Habillage**

- 5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique pour l'habillage à une grande majorité de résidents (c.-à-d. le personnel aide la personne à mettre ses vêtements) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide pour l'habillage (ex. les vêtements sont choisis ou de l'aide physique est apportée) à plusieurs résidents ou milieu dans lequel le personnel vérifie systématiquement l'habillage de plusieurs résidents (ex. vérification, approbation par le personnel, compter le nombre de sous-vêtements au lavage) ;
- 3 = Niveau modéré de prise en charge ou responsabilité partagée :** milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide pour l'habillage en s'assurant de la participation des résidents selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation, faire avec, vérification occasionnelle avec rétroaction, renforcement positif ou négatif, directives étape par étape) ou milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide pour l'habillage à une petite minorité de résidents (ex. les vêtements sont choisis, aide pour mettre les vêtements, vérification) ;
- 2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel fait des rappels et/ou apporte de l'aide au besoin (ex. conseils, encouragements, intervention lors des changements de saisons ou de sorties) ;
- 1 = Très bas niveau prise en charge par le milieu :** milieu où le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel.

2b. Soins de l'apparence

- 5 =** milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide physique pour les soins de l'apparence à une grande majorité de résidents (**deux aspects** parmi raser la barbe, couper/coiffer/teindre les cheveux, couper les ongles, épiler) ou milieu qui embauche (et défraie les coûts) d'un service à domicile (ex. coiffeurs, infirmière, esthéticienne, etc.) ;
- 4 =** milieu dans lequel le personnel ou un service à domicile apporte de l'aide physique pour les soins de l'apparence à plusieurs résidents (un ou deux aspects parmi raser la barbe, couper/coiffer/teindre les cheveux, couper les ongles, épiler) ou milieu dans lequel le personnel vérifie systématiquement les soins de l'apparence pour plusieurs résidents (ex. vérification, approbation par le personnel, suivi) ;

- 3** = milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide pour les soins liés à l'apparence en favorisant l'autonomie des résidents, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation, faire avec, vérification occasionnelle avec révision, renforcement positif ou négatif, directives étape par étape) ou milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide à une petite minorité de résidents pour au moins un aspect des soins de l'apparence ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide au besoin (ex. conseils, encouragements, aide occasionnelle) ;
- 1** = milieu où le personnel n'apporte aucune aide pour les soins liés à l'apparence et ne fait aucun rappel.

Services à domicile : Ongles, coiffure/barbe, autre _____ Certains résidents ____

3. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour la prise de médicaments?

- 5** = milieu dans lequel le personnel distribue plusieurs fois par jours les médicaments à tous les résidents et dans lequel le personnel supervise la prise des médicaments ;
- 4** = milieu dans lequel le personnel distribue chaque jour les médicaments à une grande majorité de résidents et/ou milieu dans lequel la personne peut participer à un degré moindre (ex. les médicaments sont déposés sur la table et le personnel ne supervise pas la prise des médicaments, la personne reçoit ses médicaments pour la journée, la personne gère elle-même ses PRN ou certains médicaments, la personne a des aspirines dans la chambre, la personne prend sa glycémie, etc.) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour la prise des médications, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation ou programme d'automédication, médication reçue sur une base hebdomadaire) ou milieu dans lequel le personnel distribue les médicaments chaque jour pour certains résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel ne distribue pas quotidiennement les médicaments mais dans lequel le personnel fait des rappels ou apporte de l'aide au besoin (ex. encouragements, vérification au besoin, conseils, aide occasionnelle) ;
- 1** = milieu où le personnel n'apporte aucune aide pour la prise et la gestion de la médication (incluant la livraison par la pharmacie) et ne fait aucun rappel.

4. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour la gestion de leurs cigarettes?

- 5** = milieu dans lequel le personnel distribue plusieurs fois par jour ou à chaque jour les cigarettes à tous les fumeurs et dans lequel le nombre de cigarettes est contrôlé ;
- 4** = milieu dans lequel le personnel distribue les cigarettes à plusieurs des fumeurs à chaque jour ou milieu dans lequel la personne peut participer à un degré moindre (ex. la personne reçoit plusieurs cigarettes pour la semaine ou achète ses cigarettes elle-même, le personnel reprend les cigarettes et le briquet en soirée) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour la gestion des cigarettes, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. programme ou objectifs fixés avec la personne, vérification occasionnelle avec rétroaction, aide pour cesser de fumer) ou dans lequel le personnel distribue les cigarettes sur une base quotidienne ou hebdomadaire pour une petite minorité de fumeurs ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel ne distribue pas les cigarettes mais dans lequel le personnel peut acheter les cigarettes, faire des rappels ou apporter de l'aide au besoin ;
- 1** = milieu où le personnel n'apporte pas d'aide aux fumeurs pour la gestion des cigarettes (incluant l'achat des cigarettes).

N/A = milieu dans lequel il n'y a aucun fumeur

Note : Ne considérer que les fumeurs dans la cotation.

5. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour la gestion de leur argent?

- 5** = milieu dans lequel le personnel contrôle et distribue l'argent de poche sur une base quotidienne ou hebdomadaire pour une grande majorité de résidents et/ou milieu dans lequel les factures ou transactions sont gérées par le personnel ;

- 4** = milieu dans lequel le personnel distribue l'argent de poche à plusieurs résidents **sur une base quotidienne ou hebdomadaire**, mais dans lequel la personne peut participer à un degré moindre à la gestion de ses finances (ex. la personne reçoit de l'argent pour le mois et/ou effectue certaines transactions bancaires) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour la gestion du budget, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation, faire avec, vérification occasionnelle avec révision, renforcement positif ou négatif, directives étape par étape) ou milieu dans lequel le personnel distribue l'argent de poche **sur une base quotidienne ou hebdomadaire** à une petite minorité de résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel ne distribue pas de façon systématique l'argent de poche et ne paye pas les factures, mais dans lequel le personnel fait des rappels ou apporte de l'aide au besoin (ex. conseils, transactions, accompagnement (déplacement) à la banque, aide occasionnelle) ;
- 1** = milieu où le personnel ne gère aucun aspect des finances ou du budget (le budget pourrait être géré par une autre personne)

Nombre de résidents sous curatelle (publique ou privée) : _____

6. Apportez-vous de l'aide pour la préparation des repas?

6a. Repas du midi et du soir

- 5** = milieu dans lequel les repas du midi et du soir et les collations sont préparés par le personnel pour tous les résidents ;
- 4** = milieu dans lequel les repas du midi ou du soir sont préparés par le personnel, mais dans lequel la personne peut participer à un degré moindre (ex. préparer sa collation, se faire un café, se faire un sandwich, éplucher les légumes) (aide volontaire ou demandée) ou milieu dans lequel les repas du midi et du soir sont préparés pour plusieurs résidents (ex. une personne demeure dans un appartement annexé à la résidence) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour la préparation des repas, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation ou programme d'apprentissage, faire avec, directives étape par étape) ou milieu dans lequel le repas est préparé par le personnel en collaboration avec les résidents (la participation doit être du groupe de résident ou il doit y avoir une notion de rotation entre les résidents ou il doit y avoir un objectif de développer des habiletés), ou milieu dans lequel le personnel prépare un seul des repas du midi ou du soir, ou milieu dans lequel le personnel prépare les repas du midi et du soir pour une petite minorité de résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel ne prépare pas les repas du midi ou du soir des résidents, mais dans lequel il fait des rappels et apporte de l'aide au besoin (ex. conseils, encouragements, aide occasionnelle) ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel ne prépare aucune collation et aucun des repas du midi ou du soir.

6b. Déjeuner

- 5** = milieu dans lequel le déjeuner est préparé par le personnel pour tous les résidents (incluant faire les rôties, beurrer, verser les céréales, verser le café) ;
- 4** = milieu dans lequel le déjeuner est préparé par le personnel pour plusieurs résidents (incluant faire les rôties, beurrer, verser les céréales, verser le café) ou milieu dans lequel le déjeuner est préparé par le personnel, mais dans lequel la personne peut participer à un degré moindre (ex. verser ses céréales, beurrer, le personnel prépare uniquement certains aliments tels le gruau, le café et les œufs) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour la préparation du déjeuner, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation, faire avec, directives), ou milieu dans lequel le personnel prépare le déjeuner pour une petite minorité de résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide au besoin ou milieu dans lequel le personnel ne fait que préparer/sortir la nourriture et la mettre à la disposition des résidents ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel en lien avec la préparation du déjeuner.

Note : Ne pas considérer les déjeuners spéciaux du week-end de type brunch pour déterminer la cote.

7. Comment les repas sont-ils organisés?**7a. Servir et desservir la table**

- 5 = milieu dans lequel le personnel sert/dessert la table et nettoie la vaisselle ;
- 4 = milieu dans lequel le personnel sert/dessert la table et nettoie la vaisselle, mais dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre à certains aspects de l'organisation des repas (ex. un résident dresse la table, un résident dessert la table, les résidents ne peuvent faire fonctionner le lave-vaisselle ou ils nettoient uniquement la vaisselle du repas (excluant les casseroles)) ou milieu dans lequel le personnel refait le nettoyage ou fait une vérification systématique ;
- 3 = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie pour l'organisation des repas (ex. éducation et supervision, faire avec) ou milieu dans lequel il existe chaque jour un partage des tâches entre le personnel et le groupe de résidents c.-à-d. faire la vaisselle, mettre la table, servir le repas (la participation doit être du groupe de résident ou il doit y avoir une notion de rotation entre les résidents ou il doit y avoir un objectif de développer des habiletés) ou milieu dans lequel le personnel sert/dessert la table pour une petite minorité de résidents ;
- 2 = milieu dans lequel le personnel fait des rappels ou apporte de l'aide au besoin pour l'organisation des repas (ex. conseils, aide occasionnelle pour nettoyer la vaisselle, servir ou desservir, encouragements) ;
- 1 = milieu dans lequel le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel pour servir/desservir la table et pour le nettoyage de la vaisselle.

7b. Heure de repas (Partie 3b)

- 5 = milieu dans lequel les trois repas et les collations sont servis en groupe à des heures relativement fixes pour tous les résidents ;
- 4 = milieu dans lequel les trois repas sont servis en groupe à des heures relativement fixes pour la majorité des résidents (ex. il pourrait y avoir une exception pour une personne qui participe à un programme de jour ou une personne qui tolère difficilement un contexte de groupe), mais dans lequel il existe une certaine flexibilité au niveau de l'heure des collations ;
- 3 = milieu dans lequel deux des trois repas sont servis à des heures relativement fixes pour la majorité des résidents (ex. le déjeuner est servi entre 6 heures et 8 heures) ;
- 2 = milieu dans lequel un seul des trois repas est servi à une heure relativement fixe pour la majorité des résidents ;
- 1 = milieu dans lequel aucun repas ou collation n'est servi à des heures fixes.

Diète spéciale (végétarien, sans gluten, diète liquide) [repas_diète] :

Oui _____ Non _____

Le personnel et les résidents mangent-ils ensemble [repas_staff] :

Oui ____ Non ____ Occasionnellement ____ Personnel sur place ____ N/A ____

Consultation des résidents pour le menu [menu] :

Oui ____ Non ____ Occasionnellement ____ N/A ____

8. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour le ménage de leur chambre?

- 5 = milieu dans lequel le ménage de toutes les chambres est effectué par le personnel ou un employé payé/embauché par le milieu (ex. femme de ménage) ;
- 4 = milieu dans lequel le ménage de plusieurs chambres est (re)fait par le personnel ou un employé ou milieu dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre (ex. certains aspects c.-à-d. épousseter, passer le balai) ou milieu dans lequel une vérification systématique est faite (aspect de contrainte ou de contrôle, le personnel vérifie à un moment prédéterminé et fixe) ;

- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour le ménage de leur chambre, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation et supervision, faire avec, discussions, renforcement positif ou négatif, vérifications avec rétroactions, directives étapes par étapes) ou milieu dans lequel le personnel apporte de l'aide uniquement pour les AVD lourds (ex. passer l'aspirateur, laver le plancher) ou milieu dans lequel le ménage des chambres est (re)fait par le personnel ou un employé (ex. femme de ménage) d'une petite minorité de résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels et offre du soutien, au besoin, pour le ménage des chambres (ex. conseils, aide occasionnelle, encouragements) ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel pour le ménage des chambres.

9. Apportez-vous de l'aide pour le ménage des aires communes?

9a. Ménage des aires communes

- 5** = milieu dans lequel le ménage des aires communes est effectué par le personnel ou un employé payé/embauché par le milieu (ex. femme de ménage) ;
- 4** = milieu dans lequel le ménage des aires communes est refait ou, fait en partie, par le personnel ou un employé, mais dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre (ex. participation restreinte c.-à-d. épousseter, passer la balayeuse, passer le balai) ou milieu dans lequel une vérification systématique est faite (ex. aspect de contrainte ou de contrôle, le personnel vérifie toutes les pièces à un moment prédéterminé et fixe) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour les tâches domestiques selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation et supervision, division des tâches et rotation, faire avec) ou milieu dans lequel il existe un partage des tâches entre le personnel et les résidents (la participation doit être du groupe de résident ou il doit y avoir une notion de rotation entre les résidents ou il doit y avoir un objectif de développer des habiletés ou de faire participer au maximum des capacités pour chaque personne) ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels ou apporte de l'aide, au besoin (ex. encouragements, conseils, aide occasionnelle, grand ménage de printemps) ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel pour le ménage des aires communes.

9b. Répartition de tâches (Partie 3b)

- 5 = Très haut niveau** : Une ou quelques tâches par résident avec rotation mensuelle ou hebdomadaire ;
- 4 = Haut niveau** : Plusieurs/quelques tâches fixes par résident ;
- 3 = Niveau modéré** : Une tâche fixe par résident ou certains résidents avec une ou quelques tâches ;
- 2 = Bas niveau** : Certains résidents avec une tâche choisie (notion d'être volontaire) ;
- 1 = Très bas niveau** : Tâche occasionnelle, sur demande, ou **aucune tâche** ;
- N/A** = Appartement supervisé (toutes les tâches sont faites par la personne).

Note : Les tâches dont il est question ici touchent l'ensemble du milieu (ex. sortir les poubelles ou le recyclage, laver les salles de bain, etc.). Elles ne comprennent pas le ménage des chambres.

10. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leur lessive?

- 5** = milieu dans lequel la lessive est effectuée par le personnel pour tous les résidents, incluant plier les vêtements ;
- 4** = milieu dans lequel la lessive est effectuée par le personnel pour plusieurs résidents ou milieu dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre (ex. plier ses vêtements, trier les couleurs, étendre le linge, etc.) ou milieu dans lequel un résident fait la lessive pour tous les autres résidents ou milieu dans lequel une vérification systématique est faite ;

- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise la participation des résidents selon leurs capacités et leurs besoins (ex. éducation, faire avec, savon et quantités, directives étape par étape, renforcement positif ou négatif, vérifications avec rétroactions) ou milieu dans lequel la lessive est effectuée par le personnel pour une petite minorité de résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide au besoin (conseils, aide occasionnelle, encouragements) ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel n'apporte aucune aide et ne fait aucun rappel pour la lessive.

Note : Il est possible que l'éducation soit faite à l'arrivée de la personne dans le milieu. De plus, si un résident est responsable de la lessive pour tous les résidents pour être côté 4, cela ne doit pas être dans le contexte d'un partage des tâches (ex. un autre résident lave la salle de bains).

11. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leurs achats?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| | Meubles et électroménagers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Décoration | <input type="checkbox"/> | |
| | Literie et/ou serviettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Papier de toilette | <input type="checkbox"/> | |
| | Produits de nettoyage (entretien ménager) | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Produits de beauté de base (shampooing, savon, dentifri etc.) | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Produits de beauté autres (crème à barbe, parfum, crème déodorant, etc.) | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Vêtements | | |
| | Nourriture | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Collation, friandises et café |
| <input type="checkbox"/> | Cigarettes | | |
| | Casseroles et vaisselles | <input type="checkbox"/> | |
| | Ensemble de départ | <input type="checkbox"/> | |
| | Autre : _____ | <input type="checkbox"/> | |

11a. Achats personnels (vêtements, café, collations et friandises, cigarettes, produits de beauté)

- 5** = milieu dans lequel le personnel effectue la plupart des achats personnels d'une grande majorité de résidents (c.-à-d. cinq aspects parmi : vêtements et/ou café et/ou collations/friandises et/ou cigarettes et/ou produits de beauté de base et/ou produits de beauté autres) ;
- 4** = milieu dans lequel le personnel effectue plusieurs des achats personnels de plusieurs résidents (quatre aspects) et/ou milieu dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre aux achats (ex. choix des vêtements ou du savon, possibilité de faire des petits achats c.-à-d. friandises ou café, la personne paie elle-même, mais le personnel vérifie systématiquement ou est présent) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour leurs achats, selon leurs capacités (ex. éducation, accompagnement graduel et supervision, faire avec, renforcement positif ou négatif, vérifications avec rétroactions) ou milieu dans lequel le personnel effectue plusieurs des achats personnels d'une petite minorité de résidents (trois aspects) ou milieu qui effectue quelques achats (ex. un ou deux aspects (s)) pour plusieurs résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels ou apporte de l'aide au besoin (ex. conseils, aide occasionnelle, accompagnement, achats spéciaux) ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel n'apporte pas d'aide et ne fait pas de rappel pour les achats personnels des résidents (un résident pourrait recevoir de l'aide extérieure).

Note : Il ne faut pas tenir compte des résidents qui reçoivent de l'aide extérieure (ex. famille).

11b. Produits et biens achetés/fournis par le milieu pour la majorité des résidents

- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel les meubles et les électroménagers et la nourriture et le papier de toilette et la literie et les produits de beauté de base (savon, shampoing, dentifrice) et les produits de beauté autres (ex. déodorant, crème à barbe) ou les produits ménagers sont fournis/achetés par le personnel ou tout autre produit (7 aspects ou plus) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel les meubles et les électroménagers et la nourriture et le papier de toilette et certains produits de beauté de base (ex. savon, shampoing) ou la literie ou les casseroles/vaisselle ou les produits ménagers sont fournis ou achetés (5 aspects ou plus) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel les meubles et les électroménagers et la nourriture ou le papier de toilette ou la literie ou les casseroles/vaisselle sont fournis/achetés (3 aspects ou plus) ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel les meubles et/ou les électroménagers sont fournis/achetés (1 aspect ou plus) ;
- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel aucun produit ou bien n'est fourni/acheté.

Note pour les achats des résidents : _____

12. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leurs déplacements?**Transport et déplacements non médicaux (ex. activités, achats, loisirs)**

- 5** = milieu dans lequel le personnel offre un accompagnement pour la plupart des déplacements d'une grande majorité de résidents (ex. accompagnement à pied, en transport en commun, en taxi ou déplacement dans le véhicule du personnel) et/ou milieu dans lequel le personnel effectue toutes les réservations ou démarches pour le transport (ex. transport adapté [TA]) ;
- 4** = milieu dans lequel le personnel offre un accompagnement à plusieurs résidents pour certains de leurs déplacements (ex. accompagnement à pied, en transport en commun, en taxi ou déplacement dans le véhicule du personnel) ou milieu dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre aux démarches pour l'organisation du transport (ex. appeler/réserver le TA ou un autre type de transport) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour les déplacements, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. programme, accompagnement, éducation, habitude, dans un objectif d'accroître l'autonomie ou la participation) ou milieu dans lequel le personnel offre un accompagnement pour plusieurs des déplacements d'une petite minorité de résidents
- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide, au besoin (ex. conseils, aide occasionnelle ou accompagnement au besoin) ou milieu dans lequel la personne effectue toutes les démarches pour le TA ou pour un autre type de transport par elle-même ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel ne fait pas rappel et n'apporte aucune aide pour les déplacements.

13. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leurs rendez-vous médicaux (santé générale et santé mentale)?**13a. Gestion et déplacements (transport) pour les rendez-vous médicaux**

- 5** = milieu dans lequel le personnel organise le transport ou accompagne la grande majorité des résidents (ex. accompagnement à pied, en transport en commun, en taxi ou déplacement dans le véhicule du personnel) à leurs RV médicaux et milieu dans lequel les RV sont gérés par le personnel (deux aspects présents) ;
- 4** = milieu dans lequel le personnel organise le transport ou accompagne plusieurs résidents à plusieurs de leurs RV médicaux et milieu dans lequel les RV sont gérés par le personnel ou milieu dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre (ex. annulation d'un RV, réservation pour le transport) (deux aspects présents) ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour la gestion des RV médicaux et/ou l'organisation du transport dans le cadre de rendez-vous médicaux, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. accompagnement

graduel, préparation aux rencontres, calendrier ou agenda) ou milieu dans lequel le personnel gère les rendez-vous médicaux et organise le transport ou accompagne une petite minorité de résidents à leurs RV médicaux ou milieu dans lequel le personnel organise le transport ou accompagne ou gère les RV pour plusieurs résidents (ex. le personnel ne s'occupe pas des déplacements/transport mais s'occupe de la prise de RV) (un aspect de présent) ;

- 2** = milieu dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide pour le transport et la gestion des RV médicaux (ex. rappel de rendez-vous, conseils, aide occasionnelle, transport pour les longs déplacements ou pour les rencontres avec des spécialistes (ex. traitement pour le cancer)) ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel n'offre aucune aide pour le transport et la gestion des RV médicaux (un résident pourrait recevoir de l'aide extérieure au milieu).

13b. Accompagnement chez le psychiatre ou le médecin (suivi psychiatrique)

- 5** = milieu dans lequel le personnel est présent lors des rendez-vous avec leur psychiatre (consultations médicales) pour une grande majorité des résidents ;
- 4** = milieu dans lequel le personnel est présent lors des rendez-vous avec leur psychiatre de plusieurs des résidents ou milieu dans lequel le personnel peut ne pas assister au rendez-vous complet ou être présent pour un rendez-vous sur deux ou milieu qui contacte systématiquement le psychiatre après ou avant chacun des rendez-vous des résidents ;
- 3** = milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour leurs rendez-vous avec le psychiatre, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. accompagnement graduel, préparation au rendez-vous, remise d'une lettre) ou milieu dans lequel le personnel est présent lors des rendez-vous avec le psychiatre, ou appelle le psychiatre, pour une petite minorité de résidents ;
- 2** = milieu dans lequel le personnel est rarement présent lors des rendez-vous avec le psychiatre, mais dans lequel il pourrait être présent ou appeler le psychiatre au besoin (ex. situations particulières, premier rendez-vous) faire des rappels (ex. rappeler certains aspects à aborder) ou apporter de l'aide au besoin ;
- 1** = milieu dans lequel le personnel n'est pas présent lors des rendez-vous des résidents avec leur psychiatre et ne l'appelle pas.

14. * Apportez-vous de l'aide aux résidents qui souhaitent aller vivre en appartement?

14a. Recherche d'un logement/appartement

- 5 = Très haut niveau de prise en charge** : milieu dans lequel le personnel du milieu effectue systématiquement, et en grande partie, les démarches de recherche pour un logement pour la grande majorité des résidents (ex. le personnel trouve un logement, visite des logements, discute avec l'équipe traitante et le propriétaire du logement visité, le personnel possède un ou des logements) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel du milieu effectue systématiquement, et en grande partie, les démarches de recherche pour un logement pour plusieurs résidents ou milieu dans lequel la personne peut ou doit participer à un degré moindre (ex. le personnel réfère systématiquement à un organisme autre, choix de l'appartement, le résident visite avec le responsable, etc.) ;
- 3 = Niveau modéré prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents pour la recherche d'un logement, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. accompagnement, conseils, mise en situation, éducation, pense-bête, faire avec (le personnel cherche/trouve un logement avec la personne, le personnel visite des logements avec la personne));
- 2 = Bas niveau prise en charge** : milieu dans lequel le personnel effectue des rappels (ex. durée de séjour restante, renouvellement de bail) et apporte de l'aide, au besoin (ex. conseils, aide occasionnelle, guider la personne vers des ressources externes au besoin, encouragements) ;

1 = Très bas niveau prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel ne fait aucun rappel et n'apporte aucune aide pour la recherche d'un logement (mais un résident pourrait recevoir du soutien d'ailleurs, par exemple, un travailleur social).

Note : Ne considérer que les résidents qui vont ou sont allés vers un logement.

14b. Encourager à aller vivre en appartement/logement

Très souvent ___ Souvent ___ Occasionnellement ___ Rarement ___ Jamais ___

14c. Soutien émotif dans la transition (arrivée et départ dans la ressource)

5 = Très haut niveau de prise en charge : milieu dans lequel le personnel effectue systématiquement des interventions en lien avec les transitions ou les changements de milieux de vie avec l'ensemble des résidents (c.-à-d. avec le nouveau résident individuellement et avec le groupe de résidents) lors de l'arrivée (ex. rencontres individuelles ou de groupe, discussions) ainsi que lors du départ d'un résident (ex. discussions, conservation d'un lien avec une grande majorité de résidents c.-à-d. possibilité de visite pour un repas ou un café, invitation pour des fêtes, appels téléphoniques, cartes, etc.) ;

4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel effectue systématiquement des interventions en lien avec les transitions ou les changements de milieux de vie lors de l'arrivée (ex. rencontres individuelles avec le nouveau résident, discussions) ainsi que lors du départ (ex. discussions, conservation d'un lien) pour plusieurs résidents ;

3 = Niveau modéré prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel encadre et guide les résidents dans les changements de milieu, selon leurs capacités ou leurs besoins et/ou ou **durant une période de transition fixe** (ex. accompagnement, mise en situation, discussions, appels durant les premiers mois, etc.) ou milieu dans lequel le personnel effectue systématiquement des interventions en lien avec les transitions ou les changements de milieux de vie lors de l'arrivée d'un résident ou lors d'un départ ;

2 = Bas niveau prise en charge : milieu dans lequel le personnel effectue peu d'interventions en lien avec les transitions ou les changements de milieux de vie mais dans lequel le personnel apporte de l'aide au besoin (ex. guide la personne vers des ressources externes, conseils, écoute, soutien, un lien est exceptionnellement conservé) ;

1 = Très bas niveau prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel n'effectue aucune intervention en lien avec les transitions ou les changements de milieux de vie (mais une personne pourrait recevoir du soutien d'ailleurs) (ex. le répondant indique que l'intégration se fait d'elle-même).

Note en lien avec la transition :

15. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour leurs activités ou leurs loisirs dans la ressource durant la journée?

5 = milieu dans lequel le personnel offre et/ou organise des activités avec animation au quotidien dans le milieu (ex. bingo, groupe de cuisine, jeux, films, bricolage, discussions de groupe, ateliers). Ces activités sont disponibles pour les résidents au quotidien (au minimum 5 jours par semaine) ;

4 = milieu dans lequel le personnel ou un service à domicile (ex. bénévolat, autre) offre et/ou organise des activités avec animation dans le milieu au minimum une fois par semaine ;

3 = milieu dans lequel le personnel favorise la participation des résidents à des activités dans le milieu, selon leurs intérêts et leurs capacités (ex. programme d'activités, accompagnement graduel, exploration d'intérêts) ou milieu dans lequel le personnel organise au minimum une fois par mois des activités avec animation dans le milieu ;

2 = milieu qui dans lequel le personnel offre et organise peu d'activités avec animation dans le milieu (quelques fois par an) ou milieu dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide au besoin (ex. aide occasionnelle) ;

1 = milieu dans lequel le personnel n'offre et n'organise aucune activité avec animation et/ou milieu dans lequel peu d'accent est mis sur la participation à des activités dans le milieu, par le personnel.

Note : Les activités ne doivent pas inclure les activités spéciales (ex. anniversaires), les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique.

Nombre de résidents qui font les activités suivantes :

Travail : _____ Études : _____

Bénévolat : _____ Programme : _____

16. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour qu'ils utilisent les ressources de la communauté et sortent à l'extérieur du milieu?

- Est-ce que certains vont à la bibliothèque?
- Est-ce que certains vont au centre de loisirs ou au centre communautaire ou au centre de jour?
- Est-ce que certains vont à la piscine publique?
- Est-ce que certains vont au cinéma?
- Est-ce que certains vont à l'église?
- Est-ce que certains vont au centre d'achats?
- Est-ce que certains résidents vont au restaurant?
- Est-ce que certains résidents vont prendre un café?
- Autre : _____

Organisation et incitatifs à participer à des activités extérieures

5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu: milieu dans lequel le personnel organise chaque semaine des **activités de groupe** à l'extérieur du milieu (ex. café, sorties au centre d'achats, cinéma, bibliothèque, marche) ou milieu dans lequel le personnel sort quelques fois par semaine avec plusieurs des résidents et/ou milieu qui donne de forts incitatifs à sortir c.-à-d. **obligation formelle** à participer à des **activités structurées** extérieures plusieurs fois par semaine (ex. participation à un programme de jour ou travail) (plus de 1 fois par semaine) ;

4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu: milieu dans lequel le personnel organise quelques fois par mois des activités de groupe à l'extérieur du milieu ou milieu dans lequel le personnel sort avec plusieurs des résidents quelques fois par mois et/ou milieu dans lequel le personnel donne de forts incitatifs à sortir quelques fois par semaine (ex. café, bibliothèque, centre d'achats) ;

3 = Niveau modéré de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel favorise la participation des résidents à des activités à l'extérieur de la ressource, selon leurs intérêts et leurs capacités (ex. inscription à des programmes, accompagnement graduel ou accompagnement lors de premières sorties, exploration d'intérêts, renforcement) ou milieu dans lequel le personnel organise au minimum une fois par mois des activités de groupe à l'extérieur du milieu ;

2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu: milieu qui organise peu ou pas d'activités de groupe à l'extérieur du milieu (quelques fois par an), mais dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide, au besoin (ex. conseils, encouragements, aide occasionnelle, guider la personne vers des ressources externes au besoin, accompagnement exceptionnel) ;

1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu: milieu qui n'offre aucune aide pour la réalisation des activités à l'extérieur du milieu les activités ou pour favoriser l'utilisation de ressources de la communauté.

Note : Ne pas inclure les activités spéciales et saisonnières dans la cotation pour cette question (ex. cabane à sucre, cueillette de pommes, etc.). L'obligation renvoie à une condition à remplir pour pouvoir demeurer dans le milieu (critère d'exclusion).

17. Apportez-vous de l'aide aux résidents pour qu'ils développent des relations et interagissent avec des personnes/gens à l'extérieur de la ressource?

5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu: milieu dans lequel le personnel intervient dans les relations interpersonnelles des résidents et/ou dans les relations avec l'entourage pour une grande majorité de résidents (ex. commis du dépanneur, services de la communauté, amis, voisins) ou dans lequel les relations interpersonnelles des résidents sont « contrôlées » et surveillées (ex. interdiction de côtoyer certaines personnes, interdiction de relations amoureuses) ;

4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu: milieu dans lequel le personnel intervient dans les relations interpersonnelles de plusieurs résidents ou dans leurs relations avec l'entourage ou milieu dans lequel les relations interpersonnelles de plusieurs résidents sont « contrôlées » et surveillées (ex. interdiction de côtoyer certaines personnes, interdiction de relations amoureuses) ;

3 = Niveau modéré de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents dans leurs relations interpersonnelles et avec l'entourage, selon leurs capacités et leurs besoins (ex. accompagnement graduel, encadrement, mises en situation, éducation) ou milieu qui intervient régulièrement dans les relations interpersonnelles et/ou les relations avec l'entourage d'une petite minorité de résidents ;

2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu : milieu qui intervient peu au niveau des relations interpersonnelles ou des relations avec l'entourage, mais dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide au besoin (ex. conseils) ;

1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu : milieu dans lequel le personnel n'intervient pas en lien avec les relations interpersonnelles ou les relations avec l'entourage.

Nombre de résidents ayant des amis à l'extérieur de la ressource : _____

Note : Les relations interpersonnelles peuvent comprendre les relations avec la famille et celles avec des amis ou des proches. Les relations avec l'entourage font aussi référence aux interactions avec les voisins et les employés/clients des commerces des alentours.

18. Apportez-vous de l'aide aux résidents dans leurs relations avec les autres résidents du milieu?

18a. Célébration et activités spéciales (Partie 3b)

5 = Très haut niveau: milieu dans lequel le personnel célèbre les anniversaires des résidents et les grandes fêtes (ex. Noël, Pâques, St-Valentin, St-Jean, Halloween, Jour de l'An) et dans lequel des activités spéciales ou saisonnières sont réalisées (ex. vacances de groupe, cueillette de pommes, cabane à sucre, souper mensuel au restaurant, BBQ estival) ;

4 = Haut niveau: milieu dans lequel le personnel célèbre plusieurs des anniversaires des résidents et/ou plusieurs des grandes fêtes (ex. Noël, Jour de l'An, Pâques, St-Valentin, Halloween) et/ou dans lequel des activités spéciales ou saisonnières sont réalisées (ex. vacances de groupe, cueillette de pommes, cabane à sucre, souper mensuel au restaurant) (deux aspects parmi les trois c.-à-d. anniversaires, grandes fêtes ou activités spéciales) ;

3 = Niveau modéré: milieu dans lequel le personnel célèbre certaines des anniversaires des résidents et/ou souligne certaines des grandes fêtes (ex. Noël, Jour de l'An, Pâques) et/ou dans lequel des activités spéciales ou saisonnières sont réalisées (ex. vacances de groupe, cueillette de pommes, cabane à sucre, souper mensuel au restaurant) (deux aspects parmi les trois) ;

2 = Bas niveau: milieu dans lequel le personnel célèbre certains des anniversaires des résidents et/ou des grandes fêtes (ex. la fête de Noël pourrait être célébrée ou certains des anniversaires) et/ou dans lequel il y a de rares activités spéciales (un aspect parmi les trois) ;

1 = Très bas niveau: milieu dans lequel le personnel ne célèbre pas les anniversaires des résidents et les grandes fêtes et dans lequel il n'y a pas d'activité spéciale.

18b. Relations entre les résidents du milieu

- 5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel intervient au quotidien dans les relations interpersonnelles entre les résidents (ex. le personnel doit intervenir chaque jour pour réduire les tensions ou clarifier des situations) et/ou milieu dans lequel les relations interpersonnelles sont « contrôlées » et surveillées (ex. certains sujets de conversation sont interdits telles la religion, la maladie, la sexualité, interdiction de relations amoureuses entre les résidents, interdiction d'entrer dans les chambres, interdiction de faire des cadeaux ou d'emprunter de l'argent ou des objets) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel intervient plusieurs ou quelques fois par semaine dans les relations interpersonnelles entre les résidents (ex. le personnel doit intervenir pour réduire les tensions ou clarifier des situations) et/ou milieu dans lequel les relations interpersonnelles sont, en partie, « contrôlées » et surveillées (c.-à-d. un ou deux aspects parmi l'interdiction de parler de certains sujets de conversation, l'interdiction de relations amoureuses entre les résidents et autres interdictions) ;
- 3 = Niveau modéré de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel favorise l'autonomie des résidents dans leurs relations interpersonnelles, selon leurs besoins et leurs capacités (ex. accompagnement graduel, encadrement, mises en situation, enseignement, ateliers dans le milieu) ou milieu dans lequel le personnel intervient dans les relations interpersonnelles entre les résidents plusieurs ou quelques fois par mois ;
- 2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu qui intervient peu dans les relations interpersonnelles, mais dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide au besoin (ex. conseils, interventions au besoin, aide occasionnelle) ;
- 1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel n'intervient pas dans les relations interpersonnelles entre les résidents.

18c. Vie sexuelle des résidents

- 5 = Très haut niveau de prise en charge :** milieu dans lequel le personnel intervient de façon à favoriser l'expression et le développement de la sexualité d'une grande majorité de résidents (ex. transport vers des services, paiement de services, achats de matériel, donner un médicament) ou milieu qui interdit l'expression et le développement de la sexualité d'une grande majorité de résidents (ex. les portes des chambres doivent toujours être ouvertes, la sexualité est interdite) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge :** milieu dans lequel le personnel intervient de façon à favoriser l'expression et le développement de la sexualité de plusieurs résidents (ex. transport vers des services, paiement de services) ou dans lequel le personnel exerce un contrôle sur l'expression et le développement de la sexualité (ex. demander, encadrement des relations sexuelles) ;
- 3 = Niveau modéré :** milieu dans lequel le personnel intervient de façon à favoriser l'autonomie des résidents dans l'expression et le développement de leur sexualité, selon leurs besoins et capacités (ex. accompagnement graduel (ex. magasin, service d'escorte), exploration, éducation, responsabilisation, ateliers) ou milieu dans lequel le personnel intervient de façon à favoriser l'expression et le développement de la sexualité d'une petite minorité de résidents (ex. transport vers des services, organisation de services (ex. prostitution), paiement) ;
- 2 = Bas niveau :** milieu dans lequel le personnel intervient peu en lien avec l'expression et le développement de la sexualité des résidents, mais dans lequel il fait des rappels (ex. protection, ITS) ou apporte de l'aide au besoin (ex. aide occasionnelle, conseils, achats de matériel ou produit, guide vers des ressources extérieures) ;
- 1 = Très bas niveau :** milieu dans lequel le personnel ne fait aucune intervention en lien avec l'expression et le développement de la sexualité des résidents ou milieu qui mentionne que les résidents « ne peuvent pas » pour des raisons liées à leur condition (ex. âge, médication, maladie).

19. Vous impliquez-vous auprès des familles des résidents?

- 5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel intervient auprès de la majorité des familles des résidents et dans lequel il organise des rencontres (ex. fête annuelle, rencontres de groupe) et des rencontres individuelles (ex. téléphone ou en personne) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel intervient auprès de plusieurs des familles des résidents sur une base individuelle (ex. répond aux questionnements des familles, donne des conseils, organise des rencontres entre les résidents et leur famille) ou milieu dans lequel le personnel réfère systématiquement les familles des résidents à des organismes extérieurs (ex. groupe de soutien) ;
- 3 = Niveau modéré de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel intervient auprès des familles d'une petite minorité de résidents (ex. répond aux questionnements des familles, donne des conseils, organise des rencontres entre les résidents et leur famille) ;
- 2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel intervient peu auprès des familles des résidents, mais dans lequel le personnel fait des rappels et apporte de l'aide, au besoin (à un résident ou à sa famille) (ex. conseils, aide occasionnelle, guider une famille vers une ressource externe) ;
- 1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel n'intervient pas auprès des familles des résidents ou des résidents.

Nombre de résidents ayant un contact avec leur famille : _____

20. Quel genre d'informations donnez-vous aux résidents? ou Parlez-vous avec les résidents de ...

- 5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel donne systématiquement, individuellement et en groupe (ex. ateliers, discussions, informations), de l'information sur plusieurs aspects : rétablissement (ex. espoir, travail, etc.), droits (ex. abus, aspects juridiques, plaintes, voter), médication, alternatives à la médication, sexualité, maladie (ex. symptômes, signes précurseurs), santé (ex. diabète, fumer) ou autre (plus de trois aspects, incluant le rétablissement) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel donne systématiquement, individuellement ou en groupe, de l'information de base sur plusieurs aspects (plus de trois aspects) à plusieurs résidents : rétablissement, sexualité, droits de la personne, médication, santé et/ou la maladie ou autre ou milieu qui réfère systématiquement les résidents à des organismes externes ;
- 3 = Niveau modéré de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel donne de l'information sur la médication, la santé et/ou la maladie (deux aspects ou plus) à une petite minorité résidents ou milieu dans lequel le personnel donne de l'information aux résidents selon leurs besoins et leurs capacités (mais dans lequel plusieurs aspects sont abordés) ;
- 2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel donne peu d'informations, mais dans lequel il pourrait apporter de l'aide au besoin (ex. conseils, information occasionnelle) ou diriger vers d'autres ressources ;
- 1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel ne donne pas d'information sur ces aspects aux résidents (la personne pourrait recevoir du soutien d'ailleurs).

21. Comment intervenez-vous auprès des résidents qui ont des comportements plus dérangeants ou perturbateurs? *

- 5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel pose habituellement des actions précises et variées pour réduire les comportements perturbateurs en fonction d'un protocole précis (sans consultation de la personne) ou milieu qui impose des sanctions majeures et connues (ex. renvoie, hospitalisation, séjour au centre de crise) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu :** milieu dans lequel le personnel pose habituellement des actions précises et variées en fonction d'une analyse précise pour réduire les comportements perturbateurs ou milieu qui impose des sanctions connues, mais minimales (ex. punitions, réflexion dans la chambre, repas). La personne pourrait être consultée ;

- 3 = Niveau modéré de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel favorise la responsabilisation des résidents en discutant avec eux de leurs comportements, de leurs impacts, de leurs objectifs et des sanctions ou renforcements possible (ex. un plan est rédigé avec la personne) ;
- 2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel intervient peu ou rarement pour réduire les comportements plus dérangeants, mais milieu dans lequel le personnel peut effectuer, au besoin une intervention ponctuelle (ex. sanctions, absence de plan ou de protocole précis) ;
- 1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel n'intervient pas pour réduire les comportements plus dérangeants (ex. quelqu'un d'autre intervient).

22. Apportez-vous de l'aide aux résidents sur le plan émotif et/ou affectif?

- 5 = Très haut niveau de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel pose habituellement des actions précises et variées pour réguler les émotions en fonction d'un protocole précis (sans consultation de la personne) ;
- 4 = Haut niveau de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel pose habituellement des actions précises et variées en fonction d'une analyse précise pour aider la personne sur les plan émotif. La personne pourrait être consultée ;
- 3 = Niveau modéré prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel encadre habituellement la personne et discute de ses émotions, sentiments et de son bien-être avec elle et peut convenir, avec elle, d'un plan ou d'actions à faire au besoin ;
- 2 = Bas niveau de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel intervient peu, mais milieu dans lequel le personnel peut effectuer, au besoin une intervention ponctuelle (ex. écoute) ;
- 1 = Très bas niveau de prise en charge par le milieu** : milieu dans lequel le personnel n'intervient pas (ex. quelqu'un d'autre intervient).

Note sur la gestion des comportements et des émotions :

23. Comment accueillez-vous les personnes dans votre ressource?

- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel fait une intégration graduelle (ex. dîner à la ressource, week-end d'essai) et dans lequel le personnel fait systématiquement visiter les lieux à la grande majorité des nouveaux résidents, visiter l'entourage au besoin, remet de l'information écrite sur le fonctionnement de la ressource et autres (ex. droits) et introduit la personne au groupe de résidents (5 aspects) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel fait une intégration graduelle ou milieu dans lequel le personnel fait visiter les lieux aux nouveaux résidents, visiter l'entourage au besoin, remet de l'information écrite sur le fonctionnement de la ressource et autres (ex. droits) ou introduit la personne au groupe de résidents (quatre aspects) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel fait visiter les lieux aux nouveaux résidents, visiter l'entourage au besoin, informe sur le fonctionnement de la ressource (information verbale ou écrite) ou introduit la personne au groupe de résidents (minimalement trois aspects) ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel le personnel pourrait, au besoin, permettre une visite ou effectuer une orientation, ou milieu dans lequel le personnel fait visiter les lieux aux nouveaux résidents ou dans lequel il les informe sur le fonctionnement de la ressource (information verbale ou écrite) ou dans lequel il les introduit au groupe de résidents (un aspect minimalement) ;
- 1 = Très bas niveau** : milieu qui n'offre aucun accueil particulier aux nouveaux résidents.

3 B - Fonctionnement et ambiance

24. Comment décririez-vous les liens entre les résidents?

Interactions entre les résidents

Le degré auquel les résidents interagissent entre eux au quotidien et développent des relations (types et fréquence des interactions).

- 1 = **Très bas niveau** : milieu dans lequel les résidents interagissent très rarement et/ou dans lequel les interactions entre les résidents, au quotidien, sont décrites comme tendues ou difficiles ;
 - 2 = **Bas niveau** : milieu dans lequel les résidents interagissent rarement/au besoin et/ou milieu dans lequel les résidents sont décrits comme étant solitaires, dans leur « monde » et passant beaucoup de temps dans leur chambre ;
 - 3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel les résidents interagissent sur une base quotidienne (ex. salutations, courts échanges, discussions occasionnelles) ou milieu dans lequel il arrive que des relations utilitaires se forment entre les résidents ;
 - 4 = **Haut niveau** : milieu dans lequel les résidents interagissent, sur une base quotidienne, et dans lequel il arrive que des amitiés se forment entre certains résidents (ex. salutations, discussions aux repas en entre les repas, écouter la télévision en groupe, amitié entre deux ou trois résidents du groupe) ;
 - 5 = **Très haut niveau** : milieu dans lequel la majorité des résidents interagissent sur une base quotidienne, s'entraident et dans lequel les discussions sont nombreuses et des amitiés/relations se forment entre les résidents (ex. salutations, discussions nombreuses aux repas et entre les repas, attention envers les autres, **sorties/activités entre résidents, entraide et soutien entre résidents**).
- 0 = **N/A** : la personne demeure dans un appartement individuel sans salle commune dans l'immeuble.

25. Comment décririez-vous l'ambiance dans la ressource?

Ambiance et milieu chaleureux

Le degré auquel l'ambiance dans le milieu laisse transparaître un respect mutuel entre les résidents et le degré auquel le milieu est décrit comme étant agréable et chaleureux.

- 1 = **Très bas niveau** : milieu dans lequel l'ambiance est décrite comme étant tendue et dans lequel il y a un manque de respect entre certains résidents, des difficultés interpersonnelles et/ou des tensions entre les résidents (ex. présence de conflits, climat difficile) ;
 - 2 = **Bas niveau** : milieu dans lequel l'ambiance est décrite comme étant parfois tendue et/ou très calme (peu de vie) et/ou froid et dans lequel les relations entre les résidents sont distantes, rares et parfois difficiles (ex. les résidents ne se saluent pas, la ressource de groupe semble vide même si résidents sont présents) ;
 - 3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel l'ambiance est décrite comme étant respectueuse et/ou calme (ex. il existe un respect mutuel entre les résidents) ;
 - 4 = **Haut niveau** : milieu dans lequel l'ambiance est décrite comme étant agréable et plaisante et dans lequel il y a présence de rires, de discussions et de respect ;
 - 5 = **Très haut niveau** : milieu dans lequel l'ambiance est décrite comme étant agréable, plaisante **et chaleureuse** (et/ou familiale) et dans lequel il y a présence de rires, de discussions, de respect et de chaleur humaine.
- 0 = **N/A** : la personne demeure dans un appartement individuel sans salle commune dans l'immeuble.

26. Comment décririez-vous les règles de vie (code de vie dans la ressource)?

26a. Règles

Degré auquel le milieu utilise un code de vie et des règles explicites qui touchent l'organisation du quotidien (excluant l'organisation des repas), les relations interpersonnelles, la sécurité et le respect.

- 5 = Très haut niveau :** milieu dans lequel il existe de très nombreuses règles qui touchent plusieurs aspects de l'organisation du quotidien (ex. couvre-feu, lever, sorties, heures pour écouter la télévision, heures/nombre de douches, heures pour les médicaments, horaire pour le ménage), les relations interpersonnelles (ex. interdiction d'entrer dans les chambres des autres, relations sexuelles ou amoureuses, certains sujets de conversation interdits) et le respect des autres (ex. volume de la radio et bruits, politesse) et la sécurité (ex. fumer dans les chambres) et/ou milieu qui dispose d'une liste détaillée de nombreux règlements et qui l'affiche ou la remet aux résidents,
- 4 = Haut niveau :** milieu dans lequel il existe de nombreuses règles qui touchent certains aspects de l'organisation du quotidien (ex. couvre-feu, heures/nombre de douches, heures pour les médicaments), certains aspects des relations interpersonnelles (ex. interdiction d'entrer dans les chambres des autres, relations sexuelles ou amoureuses, certains sujets de conversation interdits), le respect des autres (ex. bruits, politesse) et la sécurité ;
- 3 = Niveau modéré :** milieu dans lequel il existe certaines règles explicites qui touchent principalement la sécurité des résidents et du personnel (ex. violence, fumer dans les chambres, consommation) et le respect des autres ;
- 2 = Bas niveau :** milieu dans lequel il existe peu de règles explicites (ou milieu dans lequel les règles sont peu utilisées) mais dans lequel l'emphase est mise sur le respect des autres (ex. responsabilisation, savoir-être, code civil) ;
- 1 = Très bas niveau :** milieu dans lequel il existe très peu/pas de règles explicites et/ou dans lequel il existe un certain « laisser-faire »,

26b. Degré de flexibilité au niveau des repas et des collations

7b. Heure de repas

Le degré auquel le milieu sert les repas et les collations en groupe à des heures fixes.

Insérer ici la cote de la page 15 : 1 2 3 4 5

27. Comment s'occupent les résidents durant la journée?

27a. Occupations autres

Le degré auquel les personnes sont actives et s'engagent dans des occupations sur une base quotidienne, outre les activités liées aux soins personnels et à la vie domestique (ex. loisirs actifs, programmes de jours, ateliers, travail, études, bénévolat).

- 1 = Très bas niveau :** milieu dans lequel une petite minorité de résidents participent à des activités dans ou à l'extérieur du milieu et dans lequel la grande majorité des résidents font peu d'activités dans ou à l'extérieur du milieu outre des loisirs passifs c.-à-d. écouter la télévision, se bercer, faire des siestes, s'asseoir dehors ;
- 2 = Bas niveau :** milieu dans lequel une petite minorité de résidents participent à des activités dans ou à l'extérieur du milieu ;
- 3 = Niveau modéré :** milieu dans lequel plusieurs résidents participent à des activités dans ou à l'extérieur du milieu **quelques fois par semaine ;**
- 4 = Haut niveau :** milieu dans lequel plusieurs résidents participent à des activités dans ou à l'extérieur du milieu au quotidien ;
- 5 = Très haut niveau :** milieu dans lequel la grande majorité des résidents participent à des activités dans ou à l'extérieur du milieu au quotidien (incluant du travail ou du bénévolat ou des centres de jour).

Note / activités des résidents : _____

27b. Utilisation des ressources et services de la communauté

Le degré auquel les personnes utilisent sur une base régulière une variété de ressources et de services dans la communauté (population générale) (ex. quilles, centre de jour, âge d'or, restaurant/café, église, parc, centre communautaire, piscine, bibliothèque, centre d'achats, aréna, salon de coiffure, dépanneur, etc.)

Autres : _____

Nb. de ressources : _____

- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel une petite minorité de résidents utilisent une ou deux ressources et services dans la communauté sur une base régulière (incluant les cafés/restaurants) ou milieu dans lequel la grande majorité des résidents n'utilisent aucune ressource sur une base régulière ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel une petite minorité de résidents utilisent des ressources et des services dans la communauté sur une base régulière (deux ressources ou plus sont utilisées sur une base régulière) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel plusieurs résidents utilisent des ressources et services dans la communauté et dans lequel trois ou quatre ressources sont utilisées sur une base régulière ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel plusieurs résidents utilisent des ressources et services dans la communauté et dans lequel plus de quatre ressources sont utilisées sur une base régulière ;
- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel la grande majorité des résidents utilisent des ressources et services dans la communauté et dans lequel plus de six ressources sont utilisées sur une base régulière.

28. Arrivent-ils que les résidents vous fassent des suggestions, vous arrive-t-il de changer certaines choses en fonction des souhaits des résidents?

- | | |
|--|--------------------------|
| Menus | <input type="checkbox"/> |
| Décoration de la chambre / de la ressource | <input type="checkbox"/> |
| Fonctionnement (règles) | <input type="checkbox"/> |
| Activités et sorties | <input type="checkbox"/> |
| Fêtes | <input type="checkbox"/> |
| Autre _____ | <input type="checkbox"/> |

À compléter à la fin de l'entrevue (cote cumulative)

A1 - Participation (questions : 6b, 7,15, 18a, 28)

Le degré auquel le milieu fait des efforts ou actions qui favorisent la consultation auprès des résidents et leur implication dans le fonctionnement de la ressource (ex. comité de résidents, consultation pour les menus, consultation pour les règlements, consultation pour la décoration, consultation pour les fêtes, etc.)

- 1 = Très bas niveau de participation encouragée** : milieu dans lequel les résidents ne sont pas consultés en lien avec le fonctionnement de la ressource ;
- 2 = Niveau bas de participation encouragée** : milieu dans lequel les résidents sont consultés à l'occasion pour les menus, les fêtes ou les sorties (deux aspects) ;
- 3 = Niveau modéré de participation encouragée** : milieu dans lequel les résidents sont consultés occasionnellement pour les menus, la décoration, les fêtes, les sorties ou les règles/fonctionnement du milieu (trois aspects) ;
- 4 = Haut niveau de participation encouragée** : milieu dans lequel les résidents sont impliqués systématiquement dans les décisions touchant le fonctionnement de la ressource (ex. règles de vie, menus, horaire, décoration) et les activités (ex. fêtes, sorties) (trois aspects ou plus) ;

5 = **Très haut niveau de participation encouragée** : milieu dans lequel les résidents sont impliqués systématiquement dans les décisions touchant le fonctionnement de la ressource et les activités et dans lequel il existe **un comité de résidents** ou un processus de consultation du groupe de résidents (avec un pouvoir réel).

A 2 - Participation (questions : 6, 7, 9a, 9b, 10, 27a)

Le degré auquel le milieu fait des efforts ou actions pour impliquer les résidents dans les tâches quotidiennes de la ressource (aspects : ménage des aires communes, préparation des repas, servir/desservir la table, nettoyer la vaisselle, corvées (poubelles, pelleter, entretien paysager, recyclage), lessive, épicerie ou courses, etc.).

- 1 = **Très bas niveau de participation encouragée** : milieu dans lequel les résidents sont peu ou pas impliqués dans les tâches quotidiennes du milieu ou milieu dans lequel une petite minorité de résidents sont impliqués dans les tâches quotidiennes ou milieu ;
- 2 = **Niveau bas de participation encouragée** : milieu dans lequel plusieurs résidents sont impliqués dans certaines tâches quotidiennes de la ressource (deux aspects) ;
- 3 = **Niveau modéré de participation encouragée** : milieu dans lequel plusieurs résidents sont impliqués dans plusieurs des tâches quotidiennes de la ressource (trois aspects et plus) ;
- 4 = **Haut niveau de participation encouragée** : milieu dans lequel plusieurs résidents sont systématiquement impliqués dans plusieurs des tâches quotidiennes de la ressource (quatre aspects et plus) ;
- 5 = **Très haut niveau de participation encouragée** : milieu dans lequel la grande majorité des résidents sont systématiquement impliqués dans plusieurs des tâches quotidiennes de la ressource (six aspects et plus).

B - Flexibilité (questions : 8, 9, 10, 15,16)

Le degré auquel le milieu s'adapte aux réalités des différents individus et à leurs besoins et tend à éviter les activités réalisées en « bloc » par tous les résidents (ex. routines de groupe, activités de groupe, règles strictes, rigidité, etc.)

- 1 = **Très bas niveau** : milieu dans lequel les règles doivent être respectées par tous les résidents, dans lequel il existe plusieurs « activités en bloc » obligatoires et dans lequel des horaires existent pour tous les résidents (ex. une personne sera réveillée, couvre-feu, horaire de douche, horaire de lavage, horaire de repas, journée ménage, journée exercice, nombre de cafés par jour, marche en groupe, etc.) ;
- 2 = **Niveau bas** : milieu dans lequel les règles doivent être respectés par tous les résidents et dans lequel il existe certaines « activités en bloc » obligatoires et dans lequel il existe des horaires pour la majorité des résidents (ex. une personne sera réveillée, couvre-feu, horaire de lavage, horaire de repas, etc.) ;
- 3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel certains règles et horaires doivent être respectés afin d'assurer le respect de tous les résidents (ex. les personnes doivent être rentrées mais peuvent écouter la télévision sans déranger) ;
- 4 = **Haut niveau** : milieu qui s'adapte grandement aux différents individus et à leurs besoins c.-à-d. milieu dans lequel il n'y a aucune routine de groupe, d'activités de groupe obligatoires et peu d'horaires fixes (ex. à l'exception du souper et du dîner, les personnes doivent indiquer leur heure de retour à la ressource) ;
- 5 = **Très haut niveau** : milieu qui s'adapte grandement aux différents individus et à leurs besoins (ex. aucune routine de groupe et pas ou peu d'horaires).

C - Pression pour autonomie (questions de la section 3a)

Le degré auquel le milieu encourage le développement de l'autonomie fonctionnelle et incite la personne à développer ses habiletés afin d'aller vers un milieu plus autonome (ex. donner des choix, éduquer, faire avec) être indépendant dans leur affaire personnelle et dans leurs relations ?

- 1 = **Très bas niveau** : milieu qui n'offre aucune activité ou de services pour promouvoir ou maintenir l'autonomie des résidents ;
- 2 = **Bas niveau** : milieu qui offre peu d'activités et de services pour promouvoir l'autonomie des résidents ;

- 3 = **Niveau modéré** : milieu qui offre certaines activités et services pour promouvoir l'autonomie, selon les capacités et les besoins des résidents (ex. certains résidents vont apprendre à faire leur lessive, certains vont participer aux tâches de la ressource, un résident sera encouragé à participer à une cuisine communautaire, etc.)
- 4 = **Haut niveau** : milieu qui offre systématiquement plusieurs activités et services pour promouvoir l'autonomie dans le milieu et à l'extérieur du milieu c.-à-d. les résidents sont encouragés à développer des habilités et à s'impliquer dans le quotidien de la ressource ;
- 5 = **Très haut niveau** : milieu qui offre systématiquement plusieurs activités et services pour promouvoir l'autonomie dans le milieu et à l'extérieur du milieu, incluant des discussions sur **le milieu de vie/appartement** ou des démarches en ce sens.

D - Intégration dans la communauté (questions : 16, 17, 27b)

Le degré auquel le milieu encourage l'intégration des résidents dans la communauté, autant en lien avec les relations interpersonnelles que l'utilisation des services (ex. accompagnement graduel, exploration de services, jumelage avec d'autres résidents, interventions pour les habiletés sociales, interventions auprès de la communauté).

- 1 = **Très bas niveau** : milieu qui n'offre aucune activité ou service pour promouvoir l'intégration dans la communauté des résidents ;
- 2 = **Bas niveau** : milieu qui offre peu d'activités et de services pour promouvoir l'intégration dans la communauté des résidents ;
- 3 = **Niveau modéré** : milieu qui offre certaines activités et services pour promouvoir l'intégration dans la communauté, selon les capacités et les besoins des résidents ;
- 4 = **Haut niveau** : milieu qui offre systématiquement plusieurs activités et services pour promouvoir l'intégration des résidents dans la communauté (ex. accompagnement graduel, interventions pour les habiletés sociales, interventions auprès des ressources et des services de la communauté, etc.);
- 5 = **Très haut niveau** : milieu qui offre systématiquement plusieurs activités et services pour promouvoir l'intégration des résidents dans la communauté et qui vise au-delà de l'intégration physique vers une participation citoyenne (c.-à-d. réhabilitation, droit).

E - Sanctions (questions : 21, 26)

Le degré auquel le milieu tend à éviter les sanctions et les conséquences.

- 5 = **Très haut niveau** : milieu sans sanction connue et systématique ou milieu qui évite/donne très peu de sanctions (ex. milieu très tolérant) ;
- 4 = **Haut niveau** : milieu dans lequel il y a peu de sanctions explicites mais dans lequel certains comportements graves (ex. manque de respect, violence, comportements perturbateurs, consommation avec comportements perturbateurs) mèneront à des discussions/avertissements puis à des conséquences (notion de gradation) ;
- 3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel il existe certaines sanctions explicites c.-à-d. milieu dans lequel des comportements (ex. hygiène, retard au repas, etc.) mèneront à des discussions/avertissements puis à des conséquences (notion de gradation) et/ou milieu dans lequel certains comportements graves (ex. manque de respect, violence, perturbation du groupe, comportements perturbateurs, consommation, etc.) mèneront à des conséquences et pourraient mener à un renvoie ou à une suspension si la personne récidive (ex. violence, consommation) ;
- 4 = **Bas niveau** : milieu dans lequel il existe plusieurs sanctions explicites c.-à-d. milieu dans lequel plusieurs comportements (ex. hygiène, retard au repas, médication, etc.) mèneront à des conséquences (ex. privation ponctuelle d'un droit non relié (télévision, cigarette ou repas)) ou milieu dans lequel certains comportements (ex. violence, consommation) mèneront à une suspension (ex. séjour en centre de crise) ou à un renvoie sans négociation ;
- 5 = **Très bas niveau** : milieu dans lequel il existe plusieurs sanctions c.-à-d. milieu dans lequel plusieurs comportements (ex. hygiène, retard au repas, médication, etc.) mèneront à des conséquences (ex. privation ponctuelle d'un droit non relié

(télévision, cigarette ou repas) **et** milieu dans lequel certains comportements (ex. violence, consommation) mèneront à une suspension (ex. séjour en centre de crise) ou à un renvoi sans négociation.

F – Éducation (9a, 1, 2a, 2b, 3 – 15, 17, 18, 19, 20)

Le degré auquel le milieu met l'accent sur le développement d'habiletés et l'autonomie pas le biais de l'éducation et de l'enseignement.

- 1 = Très bas niveau** ; milieu qui n'offre aucun enseignement et/ou éducation en lien avec les habiletés fonctionnelles ou sociales ;
- 2 = Bas niveau** ; milieu qui offre peu d'enseignement et/ou d'éducation systématique en lien avec les habiletés sociales ou fonctionnelles (ex. éducation occasionnelle pour un résident) (1 à 5 aspects) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu qui offre certains enseignements et de l'éducation systématique en lien avec les habiletés sociales ou fonctionnelles pour une majorité de résidents (plus de 5 aspects) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu qui offre systématiquement de l'enseignement et/ou de l'éducation aux résidents en lien avec les habiletés sociales ou fonctionnelles de base pour une majorité de résidents (15 aspects ou plus) ;
- 5 = Très haut niveau** : milieu qui offre systématiquement de l'enseignement et/ou de l'éducation aux résidents en lien avec les habiletés sociales ou fonctionnelles de base (plus de 15 aspects) et davantage pour une majorité de résidents (ex. demande d'aide sociale, contrat de location/bail, utilisation d'internet, occupations, sexualité, recherche de logement, etc.).

Note (entourez les aspects) : transferts, hygiène, habillement, soins de l'apparence, médication, cigarette, budget, lessive, préparation des repas/déjeuner, organisation des repas, ménage (chambre ou aires communes), achats, transport, RV médicaux, relations interpersonnelles, relations avec les autres résidents, famille, information.

3C - Soutien au personnel ou au responsable du milieu

Type de soutien offert

Le soutien social peut se diviser en : 1) soutien émotionnel (échanges à propos des émotions vécues, compréhension empathique et encouragements) ; 2) soutien d'estime, aussi appelé soutien de valorisation personnelle (la personne se sent validée dans ses croyances, ses habiletés, ses sentiments et ses pensées) ; 3) le soutien informationnel, qui se présente habituellement sous forme de conseils ou de rétroactions à propos d'une situation stressante ou difficile et 4) le soutien concret, aussi appelé instrumental ou tangible, qui représente l'aide matérielle ou financière et de rendre des services tangibles. Nous y ajoutons le **soutien affiliation** qui renvoie à la notion d'être un partenaire et reconnu.

29. Comment qualifiez-vous le jumelage / pairage qui est fait par l'établissement?

Degré de collaboration et d'ajustement lors du jumelage

Le degré de correspondance entre les caractéristiques du milieu et les besoins de la personne (jumelage) (**soutien instrumental**), le degré de collaboration et de transparence dans le processus de jumelage/ placement (**soutien affiliation**) et le degré auquel le milieu reçoit de l'information complète (**soutien informationnel**).

1 = Très bas niveau : milieu qui rapporte qu'il y a **souvent** un manque de correspondance entre les besoins des personnes dirigées vers la ressource, le milieu et les services offerts et milieu qui indique que le processus de jumelage manque de transparence (ex. information incomplète et omise volontairement) ou milieu qui indique être peu consulté ou écouté (ex. un responsable souhaite refuser une personne par manque d'affinité) (2 aspects ou plus) ;

2 = Bas niveau bas : milieu qui rapporte qu'il y a **parfois** un manque de correspondance entre les besoins des personnes dirigées vers la ressource, le milieu et les services offerts et/ou milieu qui indique que le processus de jumelage manque de transparence et/ou milieu qui indique être peu consulté ou écouté (2 aspects ou plus) ;

3 = Niveau modéré : milieu qui rapporte qu'il y a **rarement** un manque de correspondance entre les besoins des personnes dirigées vers la ressource, le milieu et les services offerts. Toutefois, le milieu n'est pas systématiquement consulté et écouté dans le processus de placement (ex. le responsable ne sent pas qu'il peut refuser ou questionner un placement) et l'information sur le résident n'est pas systématiquement transmise ou est parfois incomplète (orale ou écrite) (1 aspect) ;

4 = Haut niveau ; milieu qui rapporte qu'il y a **très rarement** un manque de correspondance entre les besoins des personnes dirigées vers la ressource, le milieu et les services offerts. Le milieu est consulté et écouté dans le processus de placement et de l'information est transmise (une description de la personne / orale ou écrite) ;

5 = Très haut niveau : milieu qui rapporte qu'il y a **très rarement** un manque de correspondance entre les besoins des personnes dirigées vers la ressource, le milieu et les services offerts. Le milieu est consulté et écouté dans le processus de placement et de l'information complète est transmise au milieu, incluant de l'information écrite.

Note : _____

30. Comment sont déterminés les objectifs, le plan de soins et/ou le projet de vie de chacune des personnes qui demeure dans la ressource?

Degré de collaboration en lien avec l'identification des objectifs de la personne

Le degré auquel le milieu (ou le responsable) est informé (**soutien informatif**), participe et collabore avec la personne, l'équipe traitante ou les intervenants impliqués dans l'identification et l'élaboration des objectifs du séjour en ressource ou du projet de vie de la personne (ex. plan de séjour, plan d'intervention (PII, PSI, PID)) (**soutien affiliation**) et que ce dernier est utilisé par le responsable pour guider sa pratique (**soutien instrumental**).

1 = Très bas niveau : milieu dans lequel il y a une révision irrégulière et quasi absente des objectifs de la **grande majorité** des résidents avec l'équipe ou avec l'intervenant au suivi (ex. le milieu qui rédige son propre plan d'intervention (propres objectifs ou milieu dans lequel le personnel de la ressource n'est pas impliqué et n'est pas informé des objectifs fixés par l'équipe ou l'intervenant responsable du suivi) ;

2 = Bas niveau : milieu dans lequel il y a une révision irrégulière des objectifs de **plusieurs** résidents avec l'équipe ou avec l'intervenant au suivi (ex. le milieu qui rédige son propre plan d'intervention (propres objectifs) ou milieu dans lequel le personnel de la ressource n'est pas impliqué et n'est pas informé des objectifs fixés par l'équipe ou l'intervenant responsable du suivi pour plusieurs résidents) ;

3 = Niveau modéré : milieu dans lequel il y a une révision irrégulière des objectifs avec l'équipe ou l'intervenant responsable d'une petite minorité de résidents avec l'équipe ou avec l'intervenant au suivi ou lors de situations plus urgentes ou problématiques, ou milieu dans lequel il y a une révision régulière des objectifs de plusieurs résidents avec l'équipe ou l'intervenant responsable du suivi. Toutefois, ces objectifs ne sont pas utilisés pour le suivi et l'évolution des résidents et pour guider le personnel dans ses fonctions (ex. le personnel n'en voit pas l'utilité) ou le personnel de la ressource ne se sent pas impliqué et consulté;

4 = Haut niveau : milieu dans lequel il y a une révision régulière et systématique (suivi) des objectifs de la grande majorité des résidents avec l'équipe ou l'intervenant responsable du suivi. Ces objectifs sont utilisés pour le suivi et l'évolution des résidents et pour guider le personnel dans ses fonctions. De plus, le personnel de la ressource est impliqué et consulté pour le suivi et l'évolution des résidents ;

5 = Très haut niveau : milieu dans lequel il y a une révision régulière et systématique (suivi) des objectifs de la grande majorité des résidents avec l'équipe ou l'intervenant responsable du suivi. Ces objectifs sont utilisés pour le suivi et l'évolution des résidents et pour guider le personnel dans ses fonctions. De plus, le personnel de la ressource est impliqué et consulté pour le suivi et l'évolution des résidents et le personnel prend des notes sur l'évolution des résidents et les partager.

Participation de la personne (résident) :

Le degré auquel la personne participe à l'élaboration des objectifs de son séjour en ressource résidentielle ou de son projet de vie ou plan d'intervention.

- 1 = Très bas niveau :** milieu dans lequel les objectifs ou le plan d'intervention sont élaborés par un ou des intervenants et, souvent, la personne n'est pas consultée et/ou n'approuve pas ces objectifs (ex. signature d'un document) ;
- 2 = Bas niveau :** milieu dans lequel les objectifs ou le plan d'intervention sont élaborés par un ou des intervenants et dans lequel la personne est informée de ces objectifs et en discute, dans un deuxième temps, lors d'une rencontre avec son intervenant ou milieu dans lequel les objectifs ou le plan d'intervention sont élaborés et rédigés en présence de la personne, pour une petite minorité de résidents;
- 3 = Niveau modéré :** milieu dans lequel les objectifs ou le plan d'intervention sont élaborés et rédigés en présence de la personne, pour plusieurs résidents ;
- 4 = Haut niveau :** Les objectifs ou le plan d'intervention sont élaborés, pour la grande majorité des résidents, en présence du résident ;
- 5 = Très haut niveau :** milieu dans lequel les objectifs ou le plan d'intervention sont élaborés, pour tous les résidents, en présence du résident et il y participe activement.

Note : Le plan d'intervention peut prendre différentes formes et avoir différentes appellations. La personne qui effectue la cotation des entrevues doit être sensible aux différences.

31. Comment votre ressource est-elle évaluée (réévaluée)?**Degré de collaboration en lien avec la réévaluation des ressources**

Le degré auquel le milieu (ou le responsable) participe et collabore au processus de réévaluation (**soutien affiliation**) et que le processus est transparent (c.-à-d. il en est informé et comprend le processus) (**soutien informatif**) et utile au sens où des objectifs vont en ressortir (**soutien instrumental/informatif**).

- 1 = Niveau très bas :** milieu dans lequel la réévaluation de la ressource ne semble pas avoir été faite au courant des trois dernières années ou milieu qui indique que l'évaluation est une perte de temps **ou** milieu dans lequel le personnel de la ressource n'est pas informé sur le processus de réévaluation (ex. peut difficilement en parler) et dans lequel il n'y a pas de rétroaction (2 aspects);
- 2 = Niveau bas :** milieu dans lequel l'évaluation a été faite au courant des deux dernières années et dans lequel le personnel de la ressource a été informé ou impliqué à un certain degré (ex. connaît globalement le processus et ses raisons d'être, semble ne pas bien comprendre le processus et sa nécessité) **ou** milieu dans lequel le personnel de la ressource n'est pas informé des résultats de l'évaluation et dans lequel il n'y a pas de rétroaction (1 aspect) ;
- 3 = Niveau modéré :** milieu dans lequel le personnel de la ressource est informé sur le processus d'évaluation, impliqué dans le processus de réévaluation et informé des résultats et des objectifs ;
- 4 = Haut niveau :** milieu dans lequel le personnel de la ressource est informé sur le processus d'évaluation, impliqué dans le processus de réévaluation et dans le suivi (objectifs et aspects à améliorer) et informé des résultats. La réévaluation permet de mettre de l'avant certaines faiblesses et **certaines forces** (valorisation/soutien d'estime) et de fixer des objectifs et mènera à un suivi ;
- 5 = Très haut niveau :** milieu dans lequel le personnel de la ressource est informé sur le processus d'évaluation, impliqué dans le processus de réévaluation et dans le suivi (objectifs et aspects à améliorer) et informé des résultats. La réévaluation permet de mettre de l'avant certaines faiblesses et **certaines forces** (valorisation) et de fixer des objectifs et mènera à un suivi. L'évaluation comprend aussi un indicateur de satisfaction des résidents et/ou de leurs proches.

Fréquence d'évaluation : _____

32. Comment les intervenants responsables du suivi des résidents vous soutiennent-ils?

Le degré auquel le personnel du milieu perçoit une disponibilité du soutien et en est satisfait (c.-à-d.. le qualifie ou non d'aidant).

32a. Satisfaction envers le soutien reçu de l'intervenant au suivi

1 = Très bas niveau : milieu dans lequel il y a eu plusieurs changements d'intervenants récemment et/ou milieu qui mentionne que le soutien reçu des intervenants responsables du suivi des résidents n'est pas aidant ;

2 = Bas niveau : milieu dans lequel le personnel reçoit du soutien qualifié de peu aidant ou dans lequel le personnel reçoit un soutien relativement aidant pour une petite minorité de résidents ;

3 = Niveau modéré : milieu dans lequel le personnel reçoit un soutien qualifié de « plus ou moins aidant » des intervenants responsables du suivi des résidents (ex. le soutien est parfois aidant ou l'est pour certains résidents) ;

4 = Haut niveau : milieu dans lequel le personnel reçoit un soutien qualifié, la plupart du temps, d'« aidant » des intervenants responsables du suivi, et ce, pour plusieurs résidents ;

5 = Très haut niveau : milieu dans lequel le personnel reçoit un soutien qualifié de « très aidant » des intervenants responsables du suivi pour la grande majorité des résidents et dans lequel une bonne communication est présente.

32b. Perception de la disponibilité du soutien de l'intervenant au suivi

1 = Très bas niveau : milieu dans lequel le personnel ne reçoit rarement rapidement du soutien de la plupart des intervenants responsables du suivi des résidents lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence et milieu dans lequel la majorité des résidents n'ont pas reçu la visite d'un intervenant au suivi au courant de la dernière année ;

2 = Bas niveau : milieu dans lequel le personnel ne reçoit parfois du soutien rapidement des intervenants responsables du suivi des résidents lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence ou milieu dans lequel plusieurs résidents n'ont pas reçu la visite d'un intervenant au courant de la dernière année ;

3 = Niveau modéré : milieu dans lequel le personnel reçoit rapidement du soutien des intervenants responsables du suivi des résidents lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence en plus d'un suivi annuel pour plusieurs résidents ;

4 = Haut niveau : milieu dans lequel le personnel reçoit rapidement du soutien de la plupart des intervenants responsables du suivi des résidents lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence en plus de plusieurs visites annuelles pour la majorité des résidents ;

5 = Très haut niveau : milieu dans lequel le personnel reçoit rapidement du soutien des intervenants responsables du suivi des résidents lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence en plus de visites régulières pour la majorité des résidents (plus de deux fois par mois).

Fréquence des visites aux résidents : _____

Fréquence des téléphones à la ressource: _____

33. Comment les intervenants responsables du suivi des ressources vous soutiennent-ils?

Le degré auquel le personnel du milieu perçoit une disponibilité du soutien et en est satisfait (c.-à-d.. le qualifie ou non d'aidant).

32a. Satisfaction envers le soutien reçu de l'intervenant au suivi

1 = Très bas niveau : milieu dans lequel il y a eu plusieurs changements d'intervenant responsable du suivi de la ressource récemment et/ou milieu qui mentionne que le soutien reçu de l'intervenant responsable du suivi de la ressource n'est pas aidant ;

2 = Bas niveau : milieu dans lequel le personnel reçoit du soutien qualifié de peu aidant de l'intervenant responsable du suivi de la ressource ou milieu dans lequel le personnel ne trouve pas nécessaire la présence d'un intervenant responsable du suivi de la ressource ;

- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel reçoit un soutien qualifié de « plus ou moins aidant » de l'intervenant responsable du suivi de la ressource (ex. le soutien est parfois aidant ou l'est pour certaines situations) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel reçoit un soutien qualifié, la plupart du temps, d'« aidant » de l'intervenant responsable du suivi de la ressource;
- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel reçoit un soutien qualifié de « très aidant » de l'intervenant responsable du suivi de la ressource et dans lequel une bonne communication est présente et la relation axée sur le partenariat.

33b. Perception de la disponibilité du soutien de l'intervenant ressource

- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel le personnel reçoit rarement du soutien rapidement de la plupart de l'intervenant responsable du suivi de la ressource lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence et milieu qui n'a pas été visité par l'intervenant responsable du suivi de la ressource au courant de la dernière année ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel le personnel ne reçoit parfois du soutien rapidement de l'intervenant responsable du suivi de la ressource lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence ou milieu qui a reçu la visite de l'intervenant responsable du suivi de la ressource une fois au courant de la dernière année ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel reçoit rapidement du soutien de l'intervenant responsable du suivi de la ressource lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence en plus d'un suivi bisannuel ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel reçoit rapidement du soutien de l'intervenant responsable du suivi de la ressource lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence en plus de plusieurs visites annuelles ;
- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel reçoit rapidement du soutien de l'intervenant responsable du suivi de la ressource lors de situations plus difficiles ou lors de situations d'urgence en plus de visites régulières (en moyenne une fois par mois).

Fréquence des visites : _____

Fréquence des téléphones : _____

34. Type de soutien offert par le l'intervenant au suivi usager (équipe traitante) et l'intervenant ressource.

Le degré auquel le milieu reçoit une variété de types de soutien de la part de l'intervenant responsable du suivi de la ressource ou de celui responsable du suivi de l'utilisateur.

Soutien émotionnel	<input type="checkbox"/>
Soutien d'estime	<input type="checkbox"/>
Soutien affiliation	<input type="checkbox"/>
Soutien informationnel	<input type="checkbox"/>
Soutien instrumental	<input type="checkbox"/>

- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le responsable/personnel reçoit les cinq types de soutien social ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le responsable/personnel reçoit quatre types de soutien social ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le responsable/personnel reçoit trois types de soutien social ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel le responsable/personnel reçoit deux types de soutien social ;
- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel le personnel/responsable reçoit un type de soutien social.

35. Recevez-vous d'autres sources de soutien?

Le degré auquel le milieu perçoit une disponibilité de soutien (social) à l'extérieur du soutien offert par l'équipe traitante (intervenants responsables du suivi des résidents) et de l'intervenant responsable du suivi de la ressource. Ainsi, une

dimension importante du soutien (social) est le fait que la provenance ou la source de l'aide peut être multiple (ex. amis, famille, groupes d'entraide, professionnels, supérieurs, collègues).

Superviseur de la ressource	<input type="checkbox"/>
Collègues / équipe	<input type="checkbox"/>
CA / conseiller	<input type="checkbox"/>
Professionnels autres (personnel / CSSS / CH)	<input type="checkbox"/>
Organisme (centre de jour)	<input type="checkbox"/>
Bénévole	<input type="checkbox"/>
Association (ARIHQ, RESSAQ)	<input type="checkbox"/>
Groupe d'entraide/codéveloppement	<input type="checkbox"/>
Proches	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>

35a. Réseau social (soutien autre que celui offert par les intervenants au suivi de la ressource et au suivi de l'utilisateur)

- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel le personnel ne mentionne pas de soutien d'autre source ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel le personnel mentionne du soutien d'autres sources (ex. proches, famille) (une ou deux autres sources) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel mentionne du soutien de quelques autres sources (ex. proches, psychologue, liens avec d'autres ressources résidentielles) (trois sources) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel mentionne du soutien de plusieurs autres sources (ex. bénévoles, centre de jour, psychiatre, collègues, soutien de responsables de ressources résidentielles, groupe de soutien, superviseur) (quatre ou cinq sources) ;
- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel mentionne du soutien de plusieurs autres sources (ex. psychiatre, zoorthérapeute, bénévole, éducateur, organismes de la communauté) (six sources ou plus).

35b. Perception générale de la disponibilité du soutien social

- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel le personnel ne se sent pas du tout bien entouré et se sent souvent isolé ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel le personnel ne se sent pas bien entouré ou se sent parfois isolé ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel se sent plus ou moins bien entouré ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel se sent bien entouré ;
- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel se sent très bien entouré et reconnu / valorisé dans son travail.

35c. Vacances du personnel / responsable :

- 1 = Très bas niveau** : milieu dans lequel le personnel/responsable ne prend pas de vacances tous les ans et n'est pas systématiquement en congé les week-ends ;
- 2 = Bas niveau** : milieu dans lequel le personnel/responsable prend des vacances une fois tous les ans, mais n'est pas systématiquement en congé les week-ends ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel/responsable prend des vacances plusieurs fois par année mais n'est pas systématiquement en congé les week-ends ou milieu dans lequel le personnel/responsable ne prend pas des vacances tous les ans mais est systématiquement en congé les week-ends ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel/responsable prend une fois par année avec des congés systématiques les week-ends ;

5 = **Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel/responsable prend plusieurs fois par année avec des congés systématiques les week-ends.

35d. Souhait de recevoir du soutien de professionnels :

Professionnels visites : Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Note en lien avec le soutien : _____

Partie 4 – Personnel et relations avec les résidents

Partie 4A – Personnel

1. Est-ce que votre compétence vient principalement de votre expérience et de votre vécu ou avez-vous suivi des formations?

1a. Formation et expérience du répondant/personnel

1 = **Très bas niveau** : milieu dans lequel le personnel a peu d'expérience (moins de 3 ans) et aucune formation générale (académique) connexe ;

2 = **Niveau bas** : milieu dans lequel le personnel a quelques années d'expérience (3 ans à 5 ans) mais aucune formation connexe ou milieu dans lequel le personnel a peu d'expérience (moins de trois ans) mais détient une formation généraleacadémique connexe ;

3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel a plusieurs années d'expérience (5 à 10 ans) mais aucune formation générale (académique) connexe ou milieu dans lequel le personnel à quelques années d'expérience (3 ans à 5 ans) mais détient une formation académique connexe ou milieu dans lequel le personnel possède une variété d'expérience et de formations connexes (bas et haut niveaux de formation dans un même milieu) ;

4 = **Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel a de nombreuses années d'expérience (10 et plus) ou milieu dans lequel le personnel à plusieurs années d'expérience (5 à 10 ans) mais détient une formation académique connexe ;

5 = **Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel a de nombreuses années d'expérience (10 et plus) et possède une formation académique connexe.

Formations académiques : Oui (spécifiez) : _____ Non : _____

1b. Formations

1 = **Niveau très bas** : milieu dans lequel le personnel ne suit pas les formations offertes par l'établissement gestionnaire ou milieu qui a reçu peu de formations au cours des cinq dernières années (une formation ou aucune) ;

2 = **Bas niveau** : milieu dans lequel le personnel suit les formations offertes par l'établissement gestionnaire ou autre formation à une fréquence moindre que sur une base annuelle ;

3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel suit une formation par année (le plus souvent offerte par l'établissement gestionnaire) ;

4 = **Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel suit deux formations par année (souvent offertes par l'établissement gestionnaire) ;

5 = **Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel suit plusieurs formations (plus de deux par année) ou milieu dans lequel le personnel a suivi plusieurs formations connexes pertinentes non offertes par l'établissement (ex. certains cours à l'université, cours au CLSC, conférences, techniques).

Note (formation souhaitée ou commentaires) : _____

2. Comment le personnel est-il sélectionné?

Processus de sélection et exigences envers le personnel et les gardiennes

- 1 = **Niveau très bas** : milieu qui a peu de critères de sélection et dans lequel le personnel est sélectionné principalement en fonction de sa disponibilité ;
- 2 = **Niveau bas** : milieu qui a peu de critères de sélection mais dans lequel le personnel est « testé » dans le milieu (période d'essai et/ou de supervision) et/ou milieu qui embauche des proches ou des connaissances ;
- 3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel est sélectionné en fonction de certains critères (ex. disponibilité, confiance, présentation, sens de l'observation, habiletés spécifiques (ex. préparation des repas)) et dans lequel le personnel est « testé » dans le milieu (période d'essai et/ou de supervision) ;
- 4 = **Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel est sélectionné en fonction de plusieurs critères incluant des habiletés interpersonnelles et de l'expérience et dans lequel le personnel passe par un processus de sélection (ex. test écrit, questions spécifiques, plusieurs candidats) et une période d'essai ;
- 5 = **Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel est sélectionné en fonction de plusieurs critères incluant des habiletés interpersonnelles, l'expérience et une formation générale (académique) connexe et dans lequel le personnel passe par un processus de sélection et une période d'essai.

Qualités recherchées : _____

3. Quel degré de présence offrez-vous aux résidents?

Présence de personnel dans le milieu

- 1 = **Niveau très bas** : milieu dans lequel il n'y a pas de personnel sur place dans le milieu ou dans l'immeuble (une visite hebdomadaire ou moins) ;
- 2 = **Niveau bas** : milieu dans lequel du personnel est présent à quelques reprises durant la semaine et dans lequel le personnel peut être rejoint ;
- 3 = **Niveau modéré** : milieu dans lequel du personnel est présent plusieurs heures par jour (un minimum de 5 jours semaines) et/ou milieu dans lequel un membre du personnel (visites) peut facilement être rejoint et se déplacer 24 heures sur 24 ;
- 4 = **Haut niveau** : milieu dans lequel du personnel est présent dans le milieu 24 heures par jour, 7 jours par semaine mais dans lequel le personnel de nuit n'est pas éveillé ;
- 5 = **Très haut niveau** : milieu dans lequel du personnel est présent dans le milieu 24 heures par jour, 7 jours par semaine et dans lequel le personnel de nuit est éveillé ou fait au moins une tournée dans la ressource.

Nombre d'heures par semaine (appartement) : _____

4. Selon vous, quelles sont vos forces pour bien intervenir dans des situations de crise ou des situations plus difficiles?

Outils et moyens pour intervenir lors de situations de crise

- 1 = **Niveau très bas** : milieu dans lequel le personnel n'utilise aucun outil et n'a reçu aucune formation ou milieu dans lequel le personnel semble craindre certaines situations (ou résidents) et se sent dépassé par certaines situations ;

- 2 = Niveau bas** : milieu dans lequel le personnel n'utilise aucun outil et n'a reçu aucune formation (ex. OMEGA) mais dans lequel il mentionne avoir des qualités personnelles aidantes (ex. calme, instinct, etc.) ou beaucoup d'expérience ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel a reçu une formation et dans lequel il utilise des qualités personnelles ou d'équipe (ex. équipe multidisciplinaire) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel a suivi une formation et se dit « outillé » lors des situations de crise (c.-à-d. milieu dans lequel le personnel utilise systématiquement des outils et guides pratiques ou d'aide à la décision) ;
- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel se dit en contrôle et confiant lors des situations de crise et qui se sent soutenu par le psychiatre ou l'équipe traitante.

Formation : _____

5. À quelle fréquence discutez-vous ou rencontrez-vous un résident sur une base individuelle?

5a. Fréquence des rencontres individuelles

- 1 = Niveau très bas** : milieu dans lequel le personnel rencontre peu les résidents sur une base individuelle, mais pourrait le faire si une situation particulière se présente ;
- 2 = Niveau bas** : milieu dans lequel le personnel rencontre les résidents à leurs demandes ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel rencontre les résidents à leurs demandes et/ou au besoin (le personnel observe qu'une personne semble moins bien aller) ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel rencontre individuellement et systématiquement la majorité des résidents plus d'une fois par mois ;
- 5 = Très haut niveau** : milieu dans lequel le personnel rencontre chacun des résidents systématiquement, plusieurs fois par semaine (RV individuels).

5b. Fréquence détaillée des rencontres formelles individuelles

- 1 =** Aucune rencontre systématique ;
- 2 =** Rencontres annuelles (une ou plusieurs fois par an)
- 3 =** Rencontre(s) mensuelle(s) (une ou deux fois par mois)
- 4 =** Rencontre hebdomadaire (une fois semaine)
- 5 =** Rencontres hebdomadaires (plusieurs fois semaines)

6. Comment vous mettez vos limites personnelles dans votre relation avec les résidents?

Distance interpersonnelle

- 1 = Niveau très bas** : milieu dans lequel le personnel met très peu de limites dans ses relations avec les résidents, discute de sa vie privée, garde peu de temps pour lui, a peu ou pas d'espace réservé et/ou milieu dans lequel le personnel mentionne avoir de la difficulté à mettre ses limites ;
- 2 = Niveau bas** : milieu dans lequel le personnel met très peu de limites dans ses relations avec les résidents (ex. possibilité de venir rencontrer le personnel en tout temps ou presque, personnel sur le plancher en tout temps) et parle de sa vie privée et de ses sentiments, mais dans lequel un moment peut être réservé à soi et/ou à sa famille ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel met certaines limites dans ses relations avec les résidents, parle de sa vie privée tout en sélectionnant les informations personnelles partagées et/ou résidence d'accueil ou maison d'accueil dans laquelle il y a certaines limites au niveau de l'espace physique (ex. espace privé (chambres) et/ou une porte fermée après certaines heures ou le week-end) ;
- 4 = Haut niveau** ; milieu dans lequel le personnel ne discute pas de sa vie privée et dans lequel plusieurs limites sont présentes (ex. prise de rendez-vous pour rencontrer un intervenant, lieux physiques distincts (ex. bureau, salle à manger) ;

5 = Très haut niveau : milieu dans lequel le personnel impose des limites interpersonnelles (ex. présence de vouvoiement, utilisation de Monsieur ou de Madame) et dans lequel le personnel ne discute pas de sa vie privée ou milieu dans lequel le personnel impose des limites importantes au niveau de l'espace physique (ex. le personnel peut difficilement être rejoint car dans une pièce ou section fermée).

7. Est-ce que vous croyez que vos résidents ont un potentiel?

7a. Encourager les rêves et l'espoir

- 1 = Niveau très bas** : milieu dans lequel le personnel ne s'intéresse pas aux rêves et aux espoirs de la personne ou milieu dans lequel le personnel indique que les résidents n'ont pas de rêves ;
- 2 = Niveau bas** : milieu dans lequel le personnel s'intéresse aux rêves et aux espoirs de la personne, mais dans lequel il les perçoit habituellement comme irréalistes (le personnel pourrait avoir un rôle de ramener la personne à la « réalité ») ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel s'intéresse aux rêves et aux espoirs des résidents, les écoute mais intervient peu à ce niveau ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel s'intéresse aux rêves et aux espoirs des résidents, les encourage, discute avec les résidents et les soutient en considérant certaines limites ou milieu qui mentionne travailler avec les résidents progressivement, étape par étape.
- 5 = Très haut niveau** ; milieu dans lequel le personnel s'intéresse aux rêves et aux espoirs des résidents, les encourage, soutient les résidents et dans lequel le personnel aide les résidents en ce sens et ce, peu importe les rêves.

7b. Potentiel

- 1 = Niveau très bas** : milieu dans lequel le personnel indique que la majorité des résidents ont peu ou pas de potentiel ou qu'ils ne sont pas « capables » de diverses choses (ex. pourrait inclure des personnes en perte d'autonomie importante) ;
- 2 = Niveau bas** : milieu dans lequel le personnel indique que la majorité des résidents ont peu de potentiel et/ou qu'ils sont paresseux (ex. ils ne veulent rien faire, ils manquent de motivation) ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel indique que certains résidents (minorité) ont un potentiel et certaines habiletés ou milieu dans lequel le personnel indique que plusieurs résidents pourraient avoir du potentiel pour du travail allégé ou du potentiel « dans des conditions particulières ou avec encadrement » ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel indique que plusieurs résidents ont un potentiel et des talents et habiletés, entre autres, pour être davantage autonome et pour le retour au travail et/ou pour aller vivre en appartement ;
- 5 = Très haut niveau** ; milieu dans lequel le personnel indique que la grande majorité des résidents ont du potentiel pour le retour au travail et/ou pour aller vivre en appartement ou milieu qui mentionne que les résidents ont un grand potentiel mais qu'ils n'en sont pas toujours conscients (ne pas voir que leurs « difficultés » et leur maladie).

8. Croyez-vous que les résidents et vous avez des idées différentes de ce que sont leurs difficultés principales? Les comprenez-vous?

- 1 = Niveau très bas** : milieu dans lequel le personnel et les résidents ne perçoivent pas les mêmes difficultés et dans lequel le personnel perçoit plus de difficultés que les résidents et ce pour une majorité de résidents ;
- 2 = Niveau bas** : milieu dans lequel le personnel dit percevoir, en parties, les mêmes difficultés que celles perçues par les résidents et ce, pour une majorité de résidents, et milieu dans lequel le personnel et les résidents ne semblent pas discuter de ces difficultés de façon systématique ;
- 3 = Niveau modéré** : milieu dans lequel le personnel dit percevoir les mêmes difficultés que celles perçues par les résidents et ce, pour une majorité de résidents et milieu dans lequel le personnel tente d'en discuter avec eux de façon systématique ;
- 4 = Haut niveau** : milieu dans lequel le personnel dit percevoir et comprendre les difficultés des résidents, travaille à les identifier avec eux et parle avec les résidents de leurs difficultés et ce, pour une majorité de résidents ;

5 = Très haut niveau : milieu dans lequel le personnel dit percevoir et comprendre les difficultés des résidents, parle ouvertement avec les résidents de leurs difficultés, les identifie avec eux et travaillent avec eux à les surmonter ou à en réduire les conséquences.

9. Décrivez vos relations avec les résidents?

Relation bidirectionnelle

- 1 = Niveau très bas ; milieu dans lequel le personnel mentionne avoir peu d'affinités et/ou d'attachement envers les résidents et dans lequel la relation est distante et parfois difficile (ex. manque de respect fréquent) ;
- 2 = Niveau bas ; milieu dans lequel le personnel mentionne avoir quelques affinités avec certains résidents et dans lequel la relation est distante bien que respectueuse la plupart du temps ;
- 3 = Niveau modéré ; milieu dans lequel le personnel parle davantage d'appréciation de plusieurs résidents, mais milieu dans lequel le personnel semble avoir avec les résidents, une relation qui n'est pas bidirectionnelle (ex. les résidents sont très attachés alors que le responsable demeure professionnel, le personnel retire très peu de ses relations avec les résidents) ;
- 4 = Haut niveau ; milieu dans lequel le personnel semble avoir, avec une majorité des résidents une relation empreinte de respect et d'attachement mutuel (présence d'une certaine bidirectionnalité) ;
- 5 = Très haut niveau ; milieu dans lequel le personnel semble avoir, avec une majorité de résidents empreinte de respect, d'attachement et d'affection mutuelle (ex. un lien est conservé lorsqu'un résident quitte le milieu) (présence d'une certaine bidirectionnalité).

10. Décrivez le lien de confiance entre vous et les résidents?

Degré de confiance

- 1 = Niveau très bas ; milieu dans lequel le personnel fait très peu confiance à la majorité des résidents et dans lequel le personnel croit que les résidents leur font difficilement confiance ;
- 2 = Niveau bas ; milieu dans lequel le personnel fait très peu confiance à plusieurs des résidents ou milieu dans lequel le personnel croit que plusieurs résidents leur font difficilement confiance ;
- 3 = Niveau modéré ; milieu dans lequel le personnel fait confiance à plusieurs résidents (incluant de déléguer certaines responsabilités) ou milieu dans lequel plusieurs résidents font confiance au personnel (ex. parler de ses tracas, recherche de conseils, confidences) ;
- 4 = Très haut niveau ; milieu dans lequel le personnel fait confiance à plusieurs résidents (incluant de déléguer certaines responsabilités) et dans lequel plusieurs résidents font confiance au personnel (ex. parler de ses tracas, recherche de conseils, confidences) ;
- 5 = Très haut niveau ; milieu dans lequel le personnel fait confiance à une majorité de résidents (incluant de déléguer certaines responsabilités ou de les laisser seuls une heure ou deux) et dans lequel la majorité des résidents font confiance au personnel (ex. parler de ses tracas, recherche de conseils, confidences).

HAS (Helping alliance Scale)

- (1) Vous entendez-vous bien avec les résidents? / Do you get along with the patient?
- (2) Comprenez-vous les perceptions des résidents, ce qu'ils vivent? / Do you understand the patient and his/her views?
- (3) Avez-vous hâte de retourner au travail, de rencontrer les résidents? / Do you look forward to meeting the patient?
- (4) Vous sentez-vous activement impliqué dans les soins et/ou la réadaptation des résidents? / Do you feel you are actively involved in the patient's treatment?
- (5) Pensez-vous pouvoir aider les résidents de façon efficace? / Do you feel you can help the patient and treat him/her effectively?

Échelle : 0 = Pas du tout à 10 = Énormément Score total sur 50 : _____



Services résidentiels et d'hébergement pour les adultes avec troubles mentaux : un « chez-soi » dans la communauté à revisiter...

Projet Multicentrique (CÉR Fernand-Seguin) : MP HLHL-0815
A. Lesage, M. Corbière, A. Felx, candidate PhD. et collaborateurs

Multnomah Community Ability Scale (MCAS)

Barker S. & Barron N.

Version Française : Division psychosociale – Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas Reproduit et modifié par A. Felx, M. Corbière et A. Lesage

Voici des questions au sujet des difficultés physiques et mentales des résidents qui demeurent dans la ressource résidentielle dans laquelle vous travaillez. Pour chaque question, **inscrire dans la case correspondante le nombre de résidents** auquel correspond ce niveau de fonctionnement.

Section 1 - Fonctionnement

Cette section se rapporte aux symptômes physiques et psychiatriques qui rendent la vie plus difficile aux résidents. Plusieurs de ces symptômes peuvent être améliorés par la médication, mais d'autres sont permanents. Quel que soit le cas, évaluez le fonctionnement des résidents avec leurs médicaments et avec les services actuels. **S'il vous plaît veuillez considérer les trois derniers mois**

1. Santé physique : Dans quelle mesure le fonctionnement des résidents est-il affecté par leur état de santé physique ?

Note : On fait référence à des problèmes de santé physique chroniques et/ou à la fréquence et à la sévérité de la maladie physique (non pas à des problèmes psychiatriques). Par exemple, une pathologie d'épilepsie maîtrisée ne causerait pas de difficulté ou de trouble.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ont :

Énormément de troubles/difficultés liés à leur état de santé physique	
Beaucoup de troubles/difficultés liés à leur état de santé physique	
Quelques troubles/difficultés liés à leur état de santé physique	
Peu de troubles/difficultés liés à leur état de santé physique	
Pas de trouble/difficulté liés à leur état de santé physique	

2. Fonctionnement intellectuel : Jusqu'à quel point les résidents ont-ils eu des troubles/difficultés à comprendre les choses parce qu'ils ont une certaine forme de retard mental ou des incapacités reliées au fonctionnement intellectuel ?

Note : Un fonctionnement intellectuel faible peut être dû à des facteurs autres que les déficiences intellectuelles congénitales : par exemple, dommages organiques dus à un abus chronique d'alcool ou de drogues, démence, traumatismes, incapacités reliées au développement, blessures à la tête, etc. Ne pas tenir compte ici des limitations des processus cognitifs dues à des symptômes psychiatriques. Évaluer le fonctionnement sans tenir compte des symptômes psychiatriques.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ont :

Énormément de troubles/difficultés	
Beaucoup de troubles/difficultés	
Quelques troubles/difficultés	
Peu de troubles/difficultés	
Pas de trouble/difficulté	

NOM : _____

Date : _____ / _____ / _____

3. Processus de la pensée : Jusqu'à quel point les résidents ont-ils des difficultés/troubles avec leurs pensées se manifestant par des symptômes tels que des hallucinations, des délires, un discours digressif, de l'ambivalence, une perturbation du temps de réponse, de l'incohérence, etc.?

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ont :

Énormément de troubles/difficultés avec leurs pensées	
Beaucoup de troubles/difficultés avec leurs pensées	
Quelques troubles/difficultés avec leurs pensées	
Peu de troubles/difficultés avec leurs pensées	
Pas de trouble/difficulté avec leurs pensées	

4. Humeur : Jusqu'à quel point les résidents ont-ils des perturbations de l'humeur se manifestant par des symptômes tels que des sautes d'humeur extrêmes, la dépression, la rage, la manie, etc. ?

Note : Évaluer la perturbation de l'humeur selon son étendue, son intensité et selon la mesure dans laquelle elle est appropriée aux circonstances.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ont :

Énormément de perturbations de l'humeur	
Beaucoup de perturbations de l'humeur	
Quelques perturbations de l'humeur	
Peu de perturbations de l'humeur	
Pas de perturbations de l'humeur	

5. Réaction au stress et à l'anxiété : Dans quelle mesure les résidents sont-ils affectés par leurs difficultés à gérer leur stress (réactions inappropriées ou dysfonctionnelles au stress)?

Note : Le résident pourrait être affecté par des réactions inappropriées à des événements stressants (ex. : réactions extrêmes ou aucune réaction à des événements qui devraient susciter des inquiétudes) ou par des difficultés à composer avec l'anxiété, manifestées par de l'agitation, de la persévération, une incapacité à résoudre des problèmes, etc.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ont :

Énormément de troubles/difficultés à gérer leur stress	
Beaucoup de troubles/difficultés à gérer leur stress	
Quelques troubles/difficultés à gérer leur stress	
Peu de troubles/difficultés à gérer leur stress	
Pas de trouble/difficulté à gérer leur stress	

Section 2 – Adaptation à la vie quotidienne

Cette section se rapporte à la façon dont les résidents fonctionnent dans la vie quotidienne et à la façon dont ils se sont adaptés aux limites imposées par leur maladie. Évaluez leur comportement et non leur potentiel. **S'il vous plaît, veuillez considérer les trois dernier mois.**

6. Capacité à gérer leur argent : Dans quelle mesure les résidents réussissent-ils à gérer leur argent et à contrôler leurs dépenses ?

Note : Considérer l'ensemble du revenu et non pas un montant quotidien, le cas échéant.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ...

Ne gèrent presque jamais leur argent adéquatement	
Gèrent rarement leur argent adéquatement	
Gèrent quelquefois leur argent adéquatement	
Gèrent souvent leur argent adéquatement	
Gèrent presque toujours ou toujours leur argent adéquatement	

NOM : _____

Date : _____ / _____ / _____

7. **Autonomie** : Dans quelle mesure les résidents fonctionnent-ils de façon autonome dans la vie quotidienne ?

Note : On fait référence à l'hygiène personnelle, à la tenue vestimentaire, au régime alimentaire et à l'entretien ménager.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ...

Ne fonctionnent presque jamais de façon autonome	
Fonctionnent rarement de façon autonome	
Fonctionnent quelquefois de façon autonome	
Fonctionnent souvent de façon autonome	
Fonctionnent presque toujours ou toujours de façon autonome	

8. **Acceptation de la maladie** : Dans quelle mesure les résidents reconnaissent-ils avoir une maladie (par opposition à la nier) ?

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ...

Ne reconnaissent presque jamais avoir une maladie mentale	
Reconnaissent rarement avoir une maladie mentale	
Reconnaissent quelquefois avoir une maladie mentale	
Reconnaissent souvent avoir une maladie mentale	
Reconnaissent presque toujours ou toujours avoir une maladie mentale	

Section 3 – Habiletés sociales

Cette section se rapporte à la capacité des résidents à s'engager dans des relations interpersonnelles appropriées et dans des activités culturellement significatives. **S'il vous plaît, veuillez considérer les trois dernier mois.**

9. **Acceptabilité sociale** : En dehors des personnes œuvrant dans des programmes de santé mentale, comment les autres personnes réagissent-elles aux résidents ?

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, pour combien d'entre eux les personnes ont-elles ...

Des réactions très négatives	
Des réactions assez négatives	
Des réactions mixtes	
Des réactions assez positives	
Des réactions très positives	

10. **Intérêt social** : À quelle fréquence les résidents engagent-ils des contacts sociaux ou répondent-ils à des contacts avec d'autres personnes à l'extérieur de la ressource ?

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ont ...

Presque jamais de contacts sociaux	
Rarement des contacts sociaux	
Quelquefois des contacts sociaux (une fois par semaine)	
Souvent des contacts sociaux (plusieurs fois par semaine)	
Très souvent des contacts sociaux (tous les jours)	

11. **Efficacité sociale** : Quel est le degré d'efficacité des résidents dans leurs interactions avec les autres ?

Note : Par « efficacité » on entend dans quelle mesure les résidents se comportent de façon appropriée dans des situations sociales, c'est-à-dire, à quel point ils parviennent à minimiser les frictions interpersonnelles, à répondre à leurs besoins personnels, à atteindre leurs objectifs de manière socialement appropriée et à se comporter de manière sociale.

NOM : _____

Date : _____ / _____ / _____

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien sont ...

Très inefficaces dans leurs interactions	
Inefficaces dans leurs interactions	
Plus ou moins efficaces dans leurs interactions	
Efficaces dans leurs interactions	
Très efficaces dans leurs interactions	

12. Réseau social : Quelle est l'étendue du réseau de soutien social des résidents ?

Note : Un réseau de soutien comprend des personnes significatives, par exemple, des membres de la famille, des amis, des connaissances, des professionnels, de collègues de travail, des personnes provenant de programmes de socialisation, etc. L'étendue ou la taille de ce groupe ne dépend pas de l'acceptabilité sociale des personnes impliquées.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ont ...

Un réseau social très limité (aucune personne)	
Un réseau social limité (une personne)	
Un réseau social modérément étendu (deux personnes)	
Un réseau étendu (trois personnes)	
Un réseau très étendu (plus de trois personnes)	

13. Activités significatives : À quelle fréquence les résidents participent-ils à des activités significatives qui leur apportent de la satisfaction ?

Note : Par activités significatives on entend aussi des activités telles que l'artisanat, la lecture, le cinéma, le travail, etc.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien participent ... :

Presque jamais à des activités significatives (ne font rien)	
Rarement à des activités significatives (pas beaucoup)	
Quelquefois à des activités significatives	
Souvent à des activités significatives	
Très souvent à des activités significatives	

Section 4 – Comportements

Cette section se rapporte aux comportements qui rendent difficile l'intégration des résidents dans la communauté ou qui, au contraire, les ont aidés dans leur rétablissement. **S'il vous plaît veuillez, considérer les six derniers mois.**

14. Adhésion au traitement pharmacologique : Jusqu'à quel point les résidents adhèrent-ils au traitement pharmacologique (sans aide) ?

Note : Cette question ne porte pas sur l'efficacité des médicaments, mais sur si les résidents prennent leurs médicaments.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ...

N'adhèrent presque jamais au traitement	
Adhèrent rarement au traitement	
Adhèrent parfois au traitement	
Adhèrent souvent au traitement	
Adhèrent toujours ou presque toujours au traitement	

15. Collaboration : À quelle fréquence les résidents collaborent-ils avec les intervenants et les responsables des milieux de vie, par exemple, en respectant leurs rendez-vous, en respectant leur plan d'intervention, et en répondant à des demandes raisonnables ?

NOM : _____

Date : _____ / _____ / _____

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ...

Ne collaborent presque jamais	
Collaborent rarement	
Collaborent parfois	
Collaborent souvent	
Collaborent toujours ou presque toujours	

16. Alcool et drogue : À quelle fréquence certains résidents abusent-ils de drogues ou d'alcool ?

Note : « Abus » renvoie à une consommation qui nuit au fonctionnement de l'individu.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ...

N'abusent presque jamais	
Abusent rarement	
Abusent parfois	
Abusent souvent	
Abusent toujours ou presque toujours	

17. Contrôle des impulsions : À quelle fréquence certains résidents perdent-ils le contrôle d'eux-mêmes ou manifestent-ils des épisodes de passages à l'acte (acting out) ?

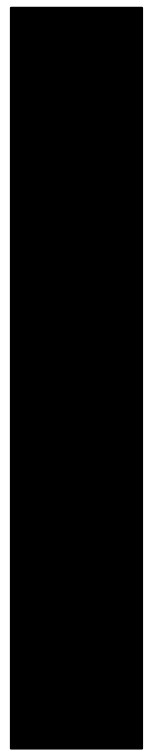
Note : Le passage à l'acte renvoie à des comportements excessifs comme des excès de colère, des achats inconsidérés, des actes agressifs, des gestes suicidaires, des comportements sexuels inappropriés, etc.

Sur le nombre de résidents qui demeurent dans votre ressource, combien ...

N'ont presque jamais de passages à l'acte (aucun en 6 mois)	
Ont rarement des passages à l'acte (une ou deux fois en 6 mois)	
Ont parfois des passages à l'acte	
Ont souvent des passages à l'acte	
Ont très souvent des passages à l'acte	

Annexe 5

Affiche pour les séances de groupe (PI)





MP - HLHL - 0815

À vous la parole !

**SERVICES RÉSIDENTIELS ET
D'HÉBERGEMENT POUR LES ADULTES
AVEC TROUBLES MENTAUX :
UN « CHEZ-SOI » DANS LA
COMMUNAUTÉ À REVISITER ...**

Annexe 6

Organigramme ministériel (MSSS 2014)



Agrandissement de l'organigramme ministériel mettant en relief les services et directions concernés plus spécifiquement par les ressources résidentielles en santé mentale.

