

2m11.2831.9

Université de Montréal

Description des besoins de réadaptation psychosociale selon la perception des
adultes de la région des Basses-Laurentides ayant un trouble de santé mentale
sévère et persistant

par

Marie-Andrée Veilleux

École de Service Social

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du
grade de Maître ès sciences (M. Sc.)
en service social

mars 2000

© Marie-Andrée Veilleux, 2000



HV
13
W54
2000
N. 007



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Description des besoins de réadaptation psychosociale selon la perception des
adultes de la région des Basses-Laurentides ayant un trouble de santé mentale
sévère et persistant

Présenté par :

Marie-Andrée Veilleux

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Claude Larivière

Monsieur Richard Yelle

Monsieur Ricardo Zúñiga

Mémoire accepté le : 20 avril 2008

SOMMAIRE

Alors que beaucoup d'attention est accordée aux services dans le milieu de vie et à la réadaptation sociale des personnes souffrant de troubles de santé mentale, dans un contexte de désinstitutionnalisation et de non-hospitalisation, nous en savons toujours peu sur le point de vue des usagers au sujet de leurs besoins. L'auteure de cette recherche a interviewé une vingtaine d'adultes ayant des troubles sévères et persistants en santé mentale pour connaître leur perception de leurs besoins de réadaptation psychosociale. La population étudiée est celle de la région des Basses-Laurentides, où le réseau de services en santé mentale se questionne sur sa capacité de répondre aux besoins de réadaptation de cette clientèle.

Les résultats de cette recherche exploratoire permettent de décrire les besoins de la population-cible, selon son point de vue, pour les quatre catégories de besoins de réadaptation psychosociale : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel (Wasylenki *et al.*, 1981). Cette étude s'inscrit dans les projets d'amélioration, de développement et de transformation des services en santé mentale destinés à la population des Basses-Laurentides. Une meilleure connaissance de la perception de la clientèle à l'égard de ses besoins pourra bénéficier, entre autres, aux programmeurs des services de réadaptation en santé mentale et aux évaluateurs des services dispensés par les organismes des Basses-Laurentides.

Cette recherche, parce qu'elle accorde une place prépondérante au point de vue des usagers, pourrait aussi sensibiliser les professionnels du milieu à la pertinence de faire participer davantage leurs clients dans l'évaluation de leurs besoins. L'étude s'est étendue sur une période de six mois, soit du printemps à l'automne 1998.

TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION DU JURY	II
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
REMERCIEMENTS	VI
1. INTRODUCTION	1
2. CADRE THÉORIQUE	6
2.1 Définition de la réadaptation psychosociale.....	6
2.2 Modèles de réadaptation psychosociale	9
2.2.1 Approches du secteur intermédiaire	10
2.2.2 Approche du secteur communautaire	13
2.3 Efficacité des approches pour répondre aux besoins des usagers	15
2.4 Modèles explicatifs des besoins.....	17
2.4.1 Perceptions des besoins.....	17
2.4.2 Théorie de Maslow.....	20
3. MÉTHODOLOGIE	24
3.1 Stratégie et devis de recherche.....	24
3.1.1 Choix de la stratégie de recherche et du devis.....	24
3.1.2 Biais touchant la validité interne et externe du devis.....	25
3.2 Identification des sujets à l'étude	26
3.2.1 Définition des sujets qui constituent la population cible	26
3.2.2 Constitution de l'échantillon.....	29
3.3 Opérationnalisation des concepts et variables.....	31
3.4 Description de l'instrument de recherche.....	33
3.4.1 Méthode de collecte de données	33
3.4.2 Description de l'entrevue.....	34
3.4.3 Qualité de l'instrument de recherche.....	36
3.5 Analyse des données.....	37
3.5.1 Étapes préalables à l'analyse des données.....	37
3.5.2 Analyse des données	38
3.6 Pertinence de la recherche	40
3.7 Considérations éthiques.....	44

3.8 Diffusion des résultats	46
4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	47
4.1 Description des besoins identifiés	48
4.1.1 Besoins liés à l'habitation	48
4.1.2 Besoins liés au travail et aux études	53
4.1.3 Besoins de type social/récréationnel	59
4.1.4 Besoins de type médical/thérapeutique	61
4.1.5 Autres besoins	65
4.2 Satisfaction des besoins selon les modèles de réadaptation psychosociale... 67	
4.2.1 Besoins liés à l'habitation	67
4.2.2 Besoins liés au travail et aux études	71
4.2.3 Besoins de type social/récréationnel	73
4.2.4 Besoins de type médical/thérapeutique	74
4.2.5 Autres besoins	78
4.3 Besoins identifiés en lien avec la théorie de Maslow..... 81	
4.3.1 Résultats et besoins de Maslow..... 81	
4.3.2 Modèles de réadaptation psychosociale et besoins de Maslow	85
5. CONCLUSION.....	91
TABLEAUX.....	99
TABLEAU I : Caractéristiques des participants..... 99	
TABLEAU II : Catégorisation des besoins identifiés par les participants	100
TABLEAU III : Compilation des besoins..... 101	
TABLEAU IV : Compilation des besoins selon le sexe..... 102	
TABLEAU V : Compilation des besoins selon le diagnostic..... 103	
TABLEAU VI : Compilation des besoin selon la ville de résidence..... 104	
ANNEXES.....	105
ANNEXE I : Caractéristiques des clients	105
ANNEXE II : Document de présentation..... 106	
ANNEXE III : Formulaire de consentement	109
ANNEXE IV : Questions d'entrevue	110
BIBLIOGRAPHIE	111

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet de recherche n'aurait été possible sans le soutien de certaines personnes. Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur Claude Larivière qui a su respecter mon rythme de travail tout en m'apportant le soutien nécessaire par des conseils et encouragements.

L'expertise de Monsieur Richard Yelle au sujet de la population-visée par cette recherche et des ressources du territoire concerné a grandement facilité mes démarches de collecte de données. Sa grande disponibilité fut fort appréciée tout au long de la réalisation du projet. C'est aussi grâce à la générosité du Centre du Florès qu'il a été possible d'offrir un dédommagement aux participants à la recherche.

Enfin l'implication de monsieur Ricardo Zúñiga par ses suggestions et sa grande disponibilité d'écoute a été très appréciée dans les moments où je questionnais l'orientation de la présente recherche.

1. INTRODUCTION

Avec la situation économique difficile du pays, nous voyons le gouvernement se désengager du système de santé et des services sociaux. Il y a deux ans, le ministre Rochon proposait des plans pour réduire de moitié les lits dans le secteur psychiatrique. Graduellement, l'État remet la responsabilité de la santé de la population à la population elle-même. De plus en plus ce sont les communautés qui doivent assurer le bien-être des gens souffrant de troubles de santé mentale. Dans le but de favoriser la réinsertion sociale de cette population, plusieurs services de réadaptation psychosociale sont offerts dans des ressources communautaires et intermédiaires.

Les ressources de réadaptation pour les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale et les approches sur lesquelles sont basés leurs services sont orientés vers la non-hospitalisation, l'observance du traitement pharmacologique et l'apprentissage de comportements et d'habiletés sociales qui leur permettront de vivre une vie sociale plus normale. La plupart du temps, ces services sont basés sur les besoins des clients tels qu'identifiés par les initiateurs des services (Comité de la Santé Mentale au Québec, 1985, 1997; Tessier et Clément, 1992). De plus, il est à noter que les principales approches utilisées en réadaptation psychosociale ont comme premières limites le fait de ne pouvoir empêcher la ré-hospitalisation et que les habiletés sociales apprises ne sont pas conservées au-delà de quelques années (Tessier et Clément, 1992). On peut alors supposer que les programmes de réadaptation ne savent pas répondre aux besoins véritables de la population visée.

Ensuite, plusieurs documents traitant de la satisfaction des clients en santé mentale à l'égard des services qu'ils utilisent font mention du fait qu'il y a un grand manque de respect de leurs besoins et que ces derniers sont généralement identifiés pour les clients et non par eux (Brousseau et St-Amand, 1997). Il serait donc pertinent d'identifier et de décrire les besoins des personnes souffrant de troubles sévères et persistants tels que ces derniers les perçoivent.

L'auteure de cette recherche a interviewé une vingtaine d'adultes ayant des troubles sévères et persistants en santé mentale pour connaître leur perception de leurs besoins de réadaptation psychosociale. La population étudiée est celle de la région des Basses-Laurentides, où le réseau de services de réadaptation en santé mentale se questionne sur sa capacité de répondre aux besoins de réadaptation de cette clientèle.

Les résultats de cette recherche exploratoire permettent de décrire les besoins de la population-cible, selon son point de vue, pour les quatre catégories de besoins de réadaptation psychosociale : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel (Wasylenki *et al.*, 1981). Cette étude pourra servir ceux qui doivent formuler des projets de développement et de transformation des services en santé mentale destinés à la population des Basses-Laurentides.

Le fait de connaître la perception de la population à l'étude à l'égard de leurs besoins de réadaptation psychosociale pourrait amener la création de nouveaux services ou une nouvelle orientation de ceux qui existent. De plus,

on peut supposer qu'un service mieux adapté aux besoins des clients engendrera un plus haut niveau de satisfaction. Par conséquent, l'efficacité des services dispensés ne peut qu'en être améliorée.

En 1989, la Politique en santé mentale avait, entre autres, comme orientation d'assurer la primauté de la personne. Dans le cadre de cette orientation, le gouvernement a encouragé l'utilisation du plan de services individualisé, selon une approche de <<*Case Management*>>. Certaines des principales critiques de cette approche, d'après les usagers, sont que la personne n'est que rarement consultée dans l'élaboration de son plan de services individualisé et qu'il y a un manque de souplesse face aux besoins changeants des clients (Comité de santé mentale du Québec, 1997).

Dans son document *Orientations pour la transformation des services en santé mentale* (1997), le gouvernement vante les mérites de l'approche PACT (Assertive Community Treatment) ou <<Suivi intensif dans la communauté>> pour la réadaptation psychosociale. Dans ce même document, on précise dans la description de l'approche, que <<*le suivi est assuré régulièrement, sans qu'une demande expresse soit formulée*>>. On peut alors se demander à quel point les personnes ayant des troubles de santé mentale pourront définir eux-mêmes leurs besoins et dans quelle mesure les services leurs seront imposés sans qu'ils en aient manifesté le besoin. Enfin, précisons que cette approche a été critiquée pour son style directif. Des précautions s'imposent pour que l'utilisation de cette approche préconisée par le gouvernement ne brime pas les véritables besoins des individus ayant des troubles de santé mentale. Avant que de nouvelles politiques sociales ou de nouveaux programmes de réadaptation psychosociale en santé mentale soient

mis sur pied, il est essentiel de bien connaître les véritables besoins des personnes à qui ces politiques et programmes sont destinés. C'est là l'objet de cette recherche.

Les personnes qui bénéficieront le plus de cette recherche sont celles qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale et qui ont recours à des services de réadaptation psychosociale qui sont mal adaptés à leurs besoins. Les principaux utilisateurs des résultats de cette recherche seront en premier lieu ceux qui créent et mettent sur pied des ressources de réadaptation psychosociale en santé mentale. Ces nouvelles connaissances leur permettront de concevoir des programmes qui tiennent vraiment compte des besoins de la clientèle visée.

Les évaluateurs des différents programmes en santé mentale profiteront aussi de ces connaissances dans la mesure où ils pourront évaluer la capacité des programmes à répondre aux besoins de la population à partir des aspirations de la clientèle. Il sera alors possible d'adapter les programmes aux personnes. Notons ici qu'une critique souvent formulée à l'égard des programmes de réadaptation en santé mentale est le fait qu'on tente le plus souvent d'adapter l'individu au programme plutôt que d'adapter le programme à l'individu.

La présente recherche vise à décrire les besoins de réadaptation psychosociale selon la perception des adultes de la région des Basses-Laurentides ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant. En ayant comme préoccupation la satisfaction de ces besoins, nous verrons comment trois approches issues de différents secteurs de services tiennent compte de ces besoins dans leurs programmes.

Trois grandes sections structurent ce rapport. La première concerne le cadre théorique. On y retrouve une définition de la réadaptation psychosociale et la présentation des modèles de services étudiés dans la présente recherche.

Ensuite, dans le chapitre portant sur la méthodologie, nous traiterons des moyens utilisés pour récolter et analyser nos données tout en tenant compte des difficultés inhérentes à la population ayant des troubles sévères et persistants de santé mentale.

Dans le chapitre suivant, nous décrirons les besoins psychosociaux tels qu'ils ont été identifiés par les personnes rencontrées en entrevue. Puis, nous verrons comment les trois approches étudiées parviennent à satisfaire ces besoins. La théorie de Maslow nous amènera à jeter un regard spécifique sur les besoins des personnes aux prises avec une maladie mentale.

Le dernier chapitre nous permettra de tirer les conclusions qui s'imposent au terme de cette démarche et de formuler un certain nombre de recommandations utiles aux gestionnaires de services en vue de mieux répondre aux besoins des personnes affectées par des troubles sévères et persistants de santé mentale.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1 DÉFINITION DE LA RÉADAPTATION

Dans la littérature anglophone, on traite davantage de la réadaptation en utilisant le terme réhabilitation. En ce qui concerne les références francophones et plus particulièrement celles du Québec, le terme le plus souvent utilisé est réadaptation. Pour tenter de définir ce dernier concept nous utiliserons les définitions et théories qui entourent tant la réhabilitation que la réadaptation.

Les définitions que l'on retrouve de ce concept dans les années 50 et au début des années 60 sont principalement fondées sur la capacité de la personne d'être utile dans la société (Black, 1959, Schwartz, 1953, cités dans Glasscote *et al.* 1971). Pour Glasscote *et al.* (1971), la réadaptation se fonde principalement sur deux critères universels qui permettent de définir le potentiel maximal d'une personne : Est-ce que l'individu travaille ? Est-ce qu'il vit de façon autonome dans la communauté ? Notons que l'aspect de productivité et d'utilité est le reflet d'une société où les emplois étaient aisés à trouver.

Pour Gélinas (1996), la réadaptation psychosociale est *<<axée sur le développement optimal du potentiel des personnes, elle se pratique autant en milieu protégé qu'en milieu naturel et vise toutes les sphères de la vie de la personne, son but ultime étant la réintégration sociale>>*(page 32). Précisons ici que la réadaptation, à la suite des nombreux mouvements de désinstitutionnalisation, se réalise le plus souvent dans le milieu de vie de la

personne. Justement, Test et Stein (1978 cités dans Test, 1979), précurseurs du modèle *PACT* (Program for Assertive Community Treatment), sont d'avis que les apprentissages d'habiletés sociales se font plus aisément et sont plus durables lorsqu'ils sont réalisés dans le milieu de vie de la personne.

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale considère que la réadaptation a comme mission de

<< soutenir les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants et de favoriser l'amélioration de leur qualité de vie, de leur relations interpersonnelles et de leur insertion dans un milieu de leur choix, afin qu'elles puissent éprouver du succès, du plaisir à vivre et satisfaire leurs aspirations >>
(Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 1995, page 3).

Contrairement à d'autres définitions qui misent davantage sur la notion de productivité de l'individu, celle-ci a comme but de favoriser la qualité de vie de ce dernier. On peut donc dire que certaines définitions sont plutôt orientées vers les besoins de la société alors que d'autres considèrent en premier lieu les besoins de la personne.

Dans le même sens, Tessier et Clément (1992) nous préviennent des dangers de confondre les termes <<réadaptation>> et <<participation sociale>> ce dernier ayant comme connotation la productivité et aussi parce que *<<toutes les activités de participation sociale sont susceptibles d'être réduites au développement d'habiletés sociales et de travail>>*(page 12). Guay et Rodriguez (1996), quant à elles, sont d'avis que la réadaptation risque d'être centrée sur des objectifs de normalisation, assurant ainsi le contrôle social.

La réadaptation en psychiatrie a comme particularité qu'elle ne peut ramener la personne à sa situation antérieure, où elle avait probablement une meilleure qualité de vie. À ce sujet, Sartorius (1995) nous dit que cette réalité est due à certains facteurs. Premièrement, la personne aux prises avec des troubles de santé mentale graves et persistants, si elle est malade depuis plusieurs années, n'a pas une situation antérieure très enviable. Ensuite, la réadaptation a comme contrainte majeure la stigmatisation de la personne à cause de son diagnostic. Enfin, une autre limite de la réadaptation consiste au fait que le trouble mental et le traitement par médicaments qui y est associé ont comme conséquence d'affecter la capacité de mémorisation et de concentration de la personne. La réadaptation est par conséquent plus difficile à réaliser.

Comme nous venons de le voir, plusieurs auteurs intègrent la notion de besoin à leur définition de la réadaptation. Plus près de nous, la Politique de Santé Mentale (Gouvernement du Québec, 1989) a entre autres comme orientations d'assurer la primauté de la personne et de rechercher des solutions dans le milieu de vie de la personne. La mise sur pied des PSI avait justement comme objectif l'arrimage de ces deux orientations, la notion de besoin étant au centre de l'intervention. Pourtant, d'après les usagers, leurs besoins n'ont su être considérés à leur juste valeur (Comité de la santé mentale du Québec, 1997).

2.2 MODÈLES DE RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

Les approches les mieux connues en réadaptation psychosociale se basent toutes sur les besoins du client et admettent qu'il est essentiel de tenir compte de la nature changeante des besoins (Stein et Test, 1982; Dincin, 1995; Beard *et al.*, 1982; Miller, 1983). Bien que ces différentes approches, que nous décrirons plus loin, s'entendent pour dire que les services doivent être fondés sur les besoins, elles n'identifient pas nécessairement les mêmes besoins. De surcroît, lorsqu'on s'attarde aux besoins tels qu'identifiés par le client, la différence est encore plus grande.

L'identification des besoins, nous croyons, peut varier selon que l'approche est issue du milieu institutionnel ou communautaire. Cela nous conduit à présenter trois approches : deux s'identifient au milieu institutionnel et l'autre au milieu communautaire selon la classification de Tessier et Clément (1992). Puisque ces modèles de réadaptation se réalisent tous dans la communauté, nous croyons essentiel de bien définir les deux milieux. À ce sujet, la <<communautarisation>> des services a amené une généralisation du terme communautaire et l'a presque vidé de son sens (Mercier et White, 1995).

En opposition aux organismes institutionnels, ceux qualifiés de communautaires préconisent <<*des relations basées sur le soutien et l'entraide plutôt que le traitement, sur l'autonomie et le libre choix plutôt que la passivité et les services uniformes, sur l'égalitarisme plutôt que l'autorité professionnelle et les structures bureaucratiques*>> (Lamoureux dans White et Roberge, 1995, page 83). Les ressources institutionnelles, lorsqu'elles s'occupent de réadaptation dans le milieu de l'individu, sont considérées comme des ressources

intermédiaires. Aussi pour les fins de cette recherche, les ressources institutionnelles en réadaptation seront nommées ressources intermédiaires. Pour Lamoureux (1994), ce terme réfère à des ressources qui offrent

<<un soutien à la désinstitutionnalisation ou à la non-institutionnalisation, l'accès n'y est possible que par référence des institutions du réseau, le traitement psychosocial y est structuré et les pratiques sont professionnellement et socialement reconnues. La structure interne est dirigée de l'extérieur et de façon hiérarchique, les psychiatres soignant les personnes admises ayant le dernier mot sur l'organisation des soins et services>> (page 88).

Ces ressources représentent l'effort du milieu institutionnel de maintenir la personne au prise avec des troubles de santé mentale dans la communauté (Comité de la Santé Mentale, 1985).

2.2.1 APPROCHES DU SECTEUR INTERMÉDIAIRE

Les deux premières approches présentées sont celles du milieu institutionnel et sont appliquées dans les ressources intermédiaires. La première, le *<<Case Management>>*, a été préconisée dans la Politique de santé mentale sous le nom de PSI (Plan de Services Individualisé). Cette approche se fonde sur les principes de base du travail social de par les différents rôles (médiateur, courtier et avocat) que prend l'intervenant dans son action (Miller, 1983). L'objectif principal du *Case Management* ou coordination des plans de services est de coordonner, dans la communauté, pour la personne ayant un trouble de santé mentale, les ressources qui conviennent à ses besoins. Cette approche servirait avant tout à supporter un réseau morcelé de services et à faire le lien entre ces derniers et les usagers. En ce qui a trait à la notion de PSI, il est

important de noter qu'on l'a retrouvée dans le domaine de la déficience intellectuelle bien avant que le domaine de la psychiatrie ne l'emprunte. Gélinas (1998) soulève la limite suivante :

<<Si la tâche du gestionnaire de cas se définit principalement par la coordination des services, il ne peut répondre aux besoins de son client qu'en s'appuyant sur le travail des autres, ce qui le rend objectivement dépendant des caractéristiques du système dans lequel il travaille>>. p.21

On fait état, dans le *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale* (Comité de la santé mentale du Québec, 1997), de l'appréciation des usagers par rapport à cette approche. Les principales critiques soulevées sont les suivantes : les usagers seraient peu consultés, la démarche intimiderait l'utilisateur, les familles auraient été oubliées, le PSI répondrait davantage aux besoins de concertation des intervenants. Sachant que le PSI ait été préconisé principalement pour assurer la primauté de la personne et que ce plan doit permettre avant tout de cerner les besoins des personnes, nous nous demandons comment il se fait que les usagers dénoncent le fait qu'ils aient peu été consultés. On peut alors se demander si ce ne sont pas les professionnels qui définissent les besoins des clients, à leur place.

La deuxième approche institutionnelle considérée par cette recherche est l'approche *PACT* (Program for Assertive Community Treatment). Ce modèle, dans ses premières élaborations par Stein et Test avait le nom de *TCL* (Training in Community Living). Pour le ministère de la Santé et des services sociaux, on parle plutôt de *<<Suivi intensif dans la communauté>>*. Le modèle *PACT*, comme le *Case Management*, a comme fonction l'évaluation, la planification de traitement, la liaison et le suivi (Test, 1979). La principale

différence est que dans le modèle *PACT*, c'est une équipe multidisciplinaire qui assure la réponse aux besoins du client au lieu de faire appel aux ressources de la communauté (Stein et Diamond, 1985). De plus, cette approche est utilisée dans une perspective à long terme.

Suite à l'échec de l'utilisation du PSI en santé mentale, le gouvernement semble vouloir maintenant promouvoir l'utilisation de l'approche *PACT*. Justement, dans son document *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* il en fournit une définition assez complète :

<<Les principes de base du suivi intensif en milieu communautaire sont d'intervenir de façon proactive dans le milieu de vie même des clientèles, de les aider à acquérir les ressources matérielles de base, de favoriser le développement des aptitudes et de l'autonomie nécessaires pour vivre dans la société, de soutenir et d'informer la famille et l'entourage>>
(Comité Santé mentale du Québec, 1997, page 15).

Test (1998) fait le lien entre les fondements de cette approche et ceux du services social :

<<Manifestement, le modèle PACT s'appuie sur les traditions profondément enracinées de la pratique du travail social qui met l'accent sur l'interaction entre la personne et son environnement et exige continuellement l'utilisation de l'évaluation systémique et de méthodes flexibles de résolution de problèmes>>. (p.128)

Les avantages principaux de cette approche sont de réduire l'hospitalisation et d'accroître l'autonomie des usagers (Tessier et Clément, 1992). L'efficacité de

cette approche est sans aucun doute attribuable à son principe central qui est d'assurer la continuité des soins.

2.2.2 APPROCHE DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE

Dans un autre ordre d'idées, voici deux approches qui s'identifient davantage au milieu des ressources communautaires : *Fountain House* et *Thresholds*. Elles ont toutes les deux été élaborées par des travailleurs sociaux. Parce qu'elles se ressemblent beaucoup, nous les décrirons simultanément et préciserons seulement leurs différences. Ces deux approches de réadaptation psychosociale sont classées dans le modèle de type <<Club House>> (Tessier et Clément, 1992). La principale raison en est qu'elles considèrent les personnes ayant des troubles de santé mentale qui utilisent leurs ressources comme étant des membres. Cette notion de membre sous-entend que les intervenants et les membres ont le même statut.

Tout comme les deux approches précédentes, celle du Club House préconise le traitement par médicaments. En effet, ces trois modèles adhèrent au modèle étiologique bio-médical de la maladie mentale. Toutefois, ce qui caractérise particulièrement les deux dernières approches est le fait qu'elles ont une perspective humaniste et qu'elles déprofessionnalisent les interventions.

La plus vieille des deux approches, *Fountain House*, oriente son intervention à partir de deux besoins : le sentiment d'appartenance et celui d'être utile (Beard *et al.*, 1982). Elle se sert du club pour rejoindre tous ses membres et les faire participer à différentes activités de réadaptation. L'approche de *Thresholds*, quant à elle, mise plutôt sur le besoin de confiance en soi pour

reprendre le contrôle sur sa vie (Horowitz *et al.*, 1995). En vérité, la réponse à ces besoins a pour effet d'accroître l'estime personnelle.

Les activités, dans le but de répondre à ces besoins, se font la plupart du temps en groupe (Gélinas, 1996). Ainsi, l'émergence de l'entraide permet aux membres de recevoir de l'aide et d'en donner. Ceci a nettement une influence sur leur sentiment d'appartenance, d'être utile et leur confiance en soi, sans compter que cela leur permet d'améliorer leurs habiletés sociales. Ces deux approches croient aussi que la réadaptation psychosociale passe par le travail (Glasscote *et al.*, 1971). C'est pourquoi, chaque programme a des activités d'insertion au travail. Enfin, dans le but de permettre aux membres de développer leur autonomie, des logements leur sont rendus accessibles à un coût raisonnable (Beard *et al.*, 1982; Dincin, 1995). Il est important d'attirer l'attention sur le fait que *Thresholds*, en plus du programme de base comparable à celui de *Fountain House*, offre des services de suivi intensif dans le milieu selon l'approche *PACT*. Ce programme parallèle à *Thresholds* se nomme *Bridge* et vise principalement à rejoindre les populations non desservies par son principal programme en faisant de l'*outreach* (Whiteridge et Dincin, 1985).

2.3 EFFICACITÉ DES APPROCHES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES USAGERS

La réadaptation psychosociale en santé mentale a comme premier objectif la non-hospitalisation des personnes ayant un problème sévère et persistant en santé mentale. Comme nous l'avons vu dans les trois approches présentées, la réadaptation utilise comme moyens l'apprentissage d'habiletés sociales, d'habiletés leur permettant de réinsérer le marché du travail ou d'habiter dans un logement non supervisé et enfin leur montre qu'ils doivent être responsables de leur traitement pharmacologique. Toutes ces habiletés acquises font en sorte qu'ils sont aptes à répondre aux exigences sociales de la normalité.

Lorsque ces programmes de réadaptation sont évalués pour tester leur efficacité, on vérifie alors par des tests complexes si l'utilisateur a réussi à faire l'apprentissage des habiletés contenues dans le programme. Si tel est le cas, le programme est alors considéré comme efficace par les professionnels qui l'ont évalué. Cependant, comme nous l'avons vu plus tôt, un programme efficace, bien qu'il réussisse à produire un changement dans le répertoire de comportements de l'utilisateur, ne réussit pas nécessairement à rejoindre les besoins de ce dernier ou lui assurer une meilleure qualité de vie. Ainsi, les programmes qui sont réduits à l'apprentissage d'habiletés font en sorte qu'on adapte l'individu au programme plutôt que le programme à l'individu (Tessier et Clément, 1992). Malheureusement, les usagers, à cause de leur maladie mentale sont le plus souvent considérés comme incapables de faire l'évaluation des services utilisés. C'est ainsi que l'on justifie la raison d'être des

programmes de réadaptation du fait qu'ils sont conçus dans le meilleur intérêt du client (Chamberlin et Rogers, 1990).

Bien que les différentes approches présentées ont toutes comme objectif la réadaptation psychosociale et visent la responsabilisation du traitement et l'apprentissage d'habiletés, il est à préciser que certaines approches tiennent davantage compte des besoins tels le sentiment d'appartenance, le sentiment d'être utile et la confiance en soi. Justement, ce sont des besoins que les usagers trouvent souvent négligés dans les services. Aussi, selon Brousseau et St-Amand (1997), les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale sont d'avis que les intervenants (non professionnels) sont ceux qui *<<procurent l'aide la plus humaine, la plus appréciée, la mieux évaluée>>*. Ainsi, les approches communautaires en réadaptation sont déprofessionnalisées et ont une perspective plus humaniste. On peut donc croire que ces ressources sauraient mieux répondre aux attentes des usagers en matière de réadaptation.

En distinguant trois différents modèles d'intervention en réadaptation psychosociale, soient le *Case Management*, le *PACT* et les *Club House*, on s'aperçoit que leur interprétation des besoins de la clientèle et les services qu'ils offrent sont différents.

2.4 MODÈLES EXPLICATIFS DES BESOINS

2.4.1 PERCEPTIONS DES BESOINS

Lorsqu'on parle de réadaptation psychosociale on vise habituellement que les usagers améliorent leur qualité de vie en mettant à leur disposition des services conçus à partir de leurs besoins. Le succès de la démarche, selon nous, dépendra grandement de *qui* fait l'évaluation des besoins et de la qualité de vie de la personne. Justement, *<<habituellement dirigées par des personnes avec statut professionnel, les études recensées sur ce sujet (évaluation des services offerts aux personnes ayant un vécu psychiatrique) démontrent un taux de satisfaction très élevé de la part de la clientèle>>* (Perreault et al., 1993 cités dans Brousseau et St-Amand, 1997, page 21). Au contraire, lorsqu'on donne la parole aux usagers et que les critères d'évaluation sont établis à partir de ces personnes, *<<l'insatisfaction, l'injustice, le contrôle, ressortent vivement>>* (Brousseau et St-Amand, 1997, page 21).

Dans l'ouvrage de Brousseau et St-Amand (1997), différentes études réalisées par des usagers nous montrent leur véritable opinion des services en santé mentale. Entre autres, une étude démontre l'appréciation qu'ont les usagers des professionnels :

<<Le manque d'écoute, de respect, de confiance revient régulièrement dans les commentaires; ces personnes désirent simplement une oreille, une disponibilité qu'elles semblent trouver davantage du côté de l'entraide et des réseaux informels que de la psychiatrie institutionnelle>> (St-Amand et Vuong, 1994, page 24).

L'importance accordée aux réseaux informels et à l'entraide semble rejoindre les approches de *Fountain House* et de *Thresholds*.

Le Comité de la santé mentale au Québec (1985), pour sa part, présente quelques recherches effectuées sur les besoins des clients en santé mentale. Une étude menée en 1984 par l'Association canadienne pour la santé mentale auprès d'ex-psychiatrisés, nous dit que ces derniers <<veulent être respectés dans leur choix d'activités alternatives, veulent pouvoir exprimer leur point de vue sur les services et désirent que les groupes d'entraide soient disponibles>> (page 46). Un besoin qui ressort souvent des différentes études présentées est celui de combler les temps libres (Comité de santé mentale au Québec, 1985).

Selon Wasylenki *et al.* (1981), les besoins de réadaptation se répartissent parmi quatre sphères distinctes de la vie des usagers : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel. Les services doivent donc être distribués équitablement entre ces domaines pour favoriser la réadaptation. Selon ces auteurs, les besoins les moins souvent comblés par les services professionnels se situent dans la catégorie social/récréationnel alors que la plupart des services se situent dans le domaine médical/thérapeutique.

Une étude menée par le Comité de Santé mentale au Québec en 1984 identifie quatre principaux besoins à combler chez les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale : les besoins de base, le besoin d'appartenance, les besoins de sécurité et d'information et le besoin de donner un sens à leur vie.

Pour Sartorius (1995), dans le but de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale, il faudrait réaliser cinq changements dans les programmes actuels de réadaptation psychosociale. Premièrement, le but de la réadaptation devrait être une amélioration générale de la qualité de vie de la personne, selon les critères de cette dernière et non uniquement l'apprentissage d'habiletés. Ensuite, la réadaptation devrait être non pas *pour* les personnes mais plutôt *avec* elles. Troisièmement, les intervenants doivent être tolérants et respecter le choix de vie différent de ces personnes, même s'il ne cadre pas dans les normes sociales. Puis, l'intervention doit tenir compte du fait que les problèmes ou difficultés causés par la maladie sont changeants et qu'il est essentiel de s'adapter aux nouveaux besoins. Enfin, en ayant comme objectif d'améliorer la qualité de vie de l'individu, il ne sera plus nécessaire de distinguer les services ayant pour but la réadaptation et ceux centrés sur la personne.

En somme, il semble y avoir discordance entre l'identification des besoins des personnes ayant un problème de santé mentale sévère et persistant selon qu'elle est faite par ces personnes-mêmes ou par un professionnel. On sait aussi maintenant que lorsque l'évaluation des services en santé mentale est réalisée par les usagers, ils sont plus fortement critiqués. La principale critique étant le non respect des besoins de la personne. En ayant comme hypothèses que les approches présentées ne répondent pas aux mêmes besoins et que certaines approches réussissent mieux à répondre aux besoins identifiés par les usagers, nous posons cette question de recherche : Quels sont les besoins de réadaptation psychosociale identifiés par les personnes aux prises avec des troubles sévères et persistants de santé mentale ?

2.4.2 THÉORIE DE MASLOW

Au fil des époques plusieurs auteurs se sont attardés à ce qui pouvait motiver le comportement humain. Les premières théories suggéraient simplement que l'être humain recherchait le plaisir et évitait la douleur. Plus tard, Darwin intègre dans sa théorie de sélection naturelle l'importance de l'environnement comme motivateur. Les ethologistes sont d'avis que le besoin est lié à une source d'énergie qui amène des tensions que seuls certains comportements peuvent faire disparaître. Pavlov, quant à lui, croit que nos comportements sont dûs à un conditionnement antérieur. Freud, dans sa théorie psychanalytique reprend le concept de tension qu'il associe à la libido qui est une source de motivation inconsciente. Les approches humanistes sont fondées sur la prémisse que chaque individu a une tendance naturelle à grandir et mûrir. Aussi, les tenants de ce courant de pensée croient que chaque personne est unique (Franken, 1994).

Présentons les principaux éléments de la théorie de Maslow. Maslow (1970) a conceptualisé sa théorie des besoins au moyen d'un système hiérarchique dynamique des besoins. On retrouve dans sa pyramide cinq types de besoins partagés en niveaux inférieurs et supérieurs. D'abord, nous retrouvons dans les besoins inférieurs, en ordre croissant : les besoins physiologiques, de sécurité, d'amour et d'appartenance et enfin d'estime personnelle et des autres. Ces besoins inférieurs sont aussi appelés besoins de déficience. Les besoins supérieurs, ou besoins de croissance, sont les besoins liés à la réalisation de soi.

Voici quelques exemples de chaque type de besoin.

- physiologique : faim, soif, sexe, respiration, etc.
- sécurité : stabilité, dépendance, protection, absence de peur et d'anxiété, structure, ordre, etc.
- amour et appartenance : donner et recevoir de l'amour
- estime : personnelle : force réussite, compétence, indépendance; des autres : statut, prestige, reconnaissance, attention, appréciation, etc.
- actualisation : être en mesure d'utiliser son plein potentiel.

Selon Maslow, les comportements sont régis par les besoins non satisfaits. La motivation prend, pour les besoins de déficience, sa source d'une tension que l'organisme doit réduire en comblant le besoin. Les besoins de croissance, pour leur part, lorsqu'ils sont comblés, peuvent induire une tension qui motivera l'individu à se surpasser pour se réaliser dans tout son potentiel.

La dynamique d'interaction entre les différents types de besoins se base sur la force décroissante des besoins dans la hiérarchie. En théorie, les besoins au bas de la pyramide doivent être comblés avant que ceux du niveau suivant le soient. Ainsi, il faudra satisfaire les besoins physiologiques avant ceux liés à la sécurité. Et ces deux derniers devront être comblés avant de passer au besoins d'amour et d'appartenance.

Lorsque nous appliquons cette théorie à la vie quotidienne des individus des sociétés occidentales nous voyons plusieurs niveaux de besoins se combler simultanément. En effet, l'individu moyen des sociétés modernes a plus de facilité à satisfaire ses besoins étant donné la richesse de son environnement.

Plus les besoins sont élevés dans la hiérarchie, moins ils ont d'influence sur le comportement et plus ils sont psychologiques et individuels.

Les approches en réadaptation psychosociale partagent avec les humanistes cette conception de l'individu. C'est ainsi que l'on retrouve, parmi d'autres, les valeurs suivantes en réadaptation psychosociale en santé mentale :

INDIVIDUALISATION : Une croyance dans l'importance de se centrer sur le respect des aspects uniques d'une personne et sur le développement des spécificités comme moyen de distinguer entre les personnes.

GLOBALITÉ : Une croyance dans l'importance de l'inclusion des facteurs en relation avec autant d'aspects de la personne et de son environnement que nécessaire; une vue holistique.

POTENTIEL DE CROISSANCE : Une croyance dans l'importance de se centrer sur la capacité inhérente de toute personne à croître étant donné l'opportunité et les ressources; un focus sur les possibilités de changement et une attitude d'espérance.

IMPLICATION DU CLIENT/CHOIX : Une croyance dans l'importance de se centrer sur la participation du client pour choisir ses critères ou objectifs afin d'avoir du succès et de la satisfaction; pour choisir les méthodes utilisées dans le processus de réhabilitation; et pour la conduite du processus de réhabilitation (Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston, 1993).

Par conséquent, la théorie humaniste des besoins de Maslow apparaît appropriée pour faire l'analyse des besoins identifiés par les personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche. Toutefois, au niveau de l'instrumentation, la grille directrice des questions d'entrevue ne s'inspire pas directement de cette théorie. Nous avons plutôt choisi d'utiliser la classification des besoins de Wasylenki *et al.* (1981) dans le souci d'isoler les besoins liés à la réadaptation psychosociale. La catégorisation des besoins identifiés suivra conséquemment le modèle de Wasylenki *et al.* Toutefois, la comparaison des trois approches de réadaptation psychosociale et l'étude des besoins identifiés par les participants nous ont amené à la conclusion qu'il était pertinent d'utiliser la théorie de Maslow pour mettre en évidence certains besoins et leurs liens avec les différentes approches.

En effet, la théorie de Maslow a l'avantage d'accorder un ordre d'importance aux besoins à combler. Elle pourra nous éclairer sur les raisons qui expliquent la prédominance de certains besoins et la rareté d'autres. Enfin, la formulation des besoins de Maslow est davantage psychologique que celle utilisée par Wasylenki *et al.* Ce dernier utilise plutôt des biens ou des activités pour décrire les besoins. Cette perspective nous amènera à évaluer les approches en terme de services offerts. Nous croyons que la théorie de Maslow pourrait apporter une dimension d'analyse supplémentaire en s'attardant davantage à la philosophie et aux valeurs préconisées par les approches en réadaptation psychosociale.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 STRATÉGIE ET DEVIS DE RECHERCHE

3.1.1 CHOIX DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE ET DU DEVIS

Dans le but de connaître les besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants quant à leur réadaptation psychosociale, nous utilisons une stratégie de recherche descriptive. Cette stratégie est la plus appropriée pour cette recherche puisque nous voulons recueillir auprès de la population-cible la description qu'elle donne de ses propres besoins de réadaptation. De plus, puisque dans la littérature en santé mentale les besoins de cette clientèle sont habituellement identifiés par l'ensemble des professionnels, il est pertinent de réaliser une recherche descriptive des besoins identifiés par la clientèle-même. C'est après avoir acquis ces nouvelles connaissances que l'on pourra réaliser des recherches comparatives pour connaître les approches les plus efficaces pour répondre aux besoins identifiés, mettre sur pied de nouvelles approches en réadaptation psychosociale ou faire des recherches scientifiques sur les effets des médicaments sur la nature des besoins des clients, etc. Compte tenu de l'expérience très limitée de la chercheuse, du budget restreint et de l'échéancier qui ne peut s'étendre sur plus de six mois, nous croyons que cette stratégie est la mieux adaptée au contexte.

3.1.2 BIAIS TOUCHANT LA VALIDITÉ INTERNE ET EXTERNE DU DEVIS

Le principal biais à considérer concerne la capacité des personnes ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant d'identifier leurs besoins de façon fiable. Les études de Corrigan *et al.* (1996), qui portent sur ce sujet, nous disent que deux principaux facteurs influenceront la fiabilité des réponses. D'abord, la fiabilité varie selon le type d'évaluation. En effet, d'après des études de test-retest, l'évaluation individualisée (questions ouvertes, non structurées) a une moins grande fiabilité que l'évaluation standardisée (questions fermées ayant une formulation très structurée) auprès de cette clientèle. L'autre facteur qui semble influencer la validité est le type de trouble mental dont est affecté la personne. Plusieurs auteurs (Corrigan *et al.* 1996, Slade, 1996) sont d'avis que le manque de fiabilité dans les évaluations individualisées serait dû à un dérangement du processus de pensée. Toutefois, d'après Corrigan *et al.* (1996), ce trouble concerne seulement les psychoses. Les autres symptômes psychiatriques ne semblent pas avoir d'effet sur la fiabilité. Nous considérons toutefois essentiel de poser des questions ouvertes dans le but d'identifier des besoins auxquels peu d'attention aurait été accordée dans les études antérieures.

D'autres biais peuvent nuire à la validité interne de notre recherche. Entre autres, les définitions personnelles qu'ont les sujets des concepts de besoin et de réadaptation dépendent de facteurs tels la culture, l'âge ou le type d'incapacité.

En ce qui a trait à la validité externe, le biais le plus important à considérer est celui du <<désir de plaire à l'évaluateur>>. Justement, bon nombre

d'études réalisées auprès de la clientèle étudiée nous préviennent de cette limite (St-Amand et Vuong, 1994; Elbeck et Fecteau, 1990; Kalman, 1983). Rappelons que les personnes ayant une maladie mentale sévère et persistante vivent souvent des pressions pour être conformes aux normes sociales et pour répondre aux attentes des personnes qui les prennent en charge. Nous devons donc accorder une attention particulière à cet effet, lors de l'administration du questionnaire et de l'analyse des données.

Un autre biais non négligeable est celui occasionné par le caractère non représentatif des sujets sur lesquels porte l'étude. En effet, comme nous le verrons un peu plus loin, la participation des personnes à notre entrevue est volontaire. Par conséquent, nous devons tenir compte que les membres de notre échantillon possèdent certaines particularités liées au fait qu'ils se portent volontaires pour notre étude. Par exemple, on pourrait croire que ces derniers possèdent des aptitudes sociales et interpersonnelles plus développées.

3.2 IDENTIFICATION DES SUJETS À L'ÉTUDE

3.2.1 DÉFINITION DES SUJETS QUI CONSTITUENT LA POPULATION CIBLE

La population cible étudiée est constituée de personnes adultes, résidentes des Basses-Laurentides ayant un diagnostic psychiatrique de maladie mentale considérée comme sévère et persistante. Plus spécifiquement, nous considérons une maladie sévère lorsque les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, sociales courantes ou les relations avec les autres. Aussi, le trouble de santé mentale identifié doit s'être prolongé de

façon continue ou récurrente (avec rémission partielle ou complète) au-delà d'une période d'un an. Toutefois, leur état doit être suffisamment stable pour pouvoir bénéficier d'un programme de réadaptation et pour être apte à participer à une entrevue semi-dirigée. Comme nous venons de le voir, l'état de psychose peut influencer la capacité de répondre de façon fiable aux questions posées en entrevue.

Construire un échantillon de personnes ayant des troubles de santé mentale sévères et persistants comporte des enjeux importants. Notamment, l'aspect de confidentialité des dossiers psychiatriques nous limite considérablement. Aussi, obtenir la coopération de ressources en santé mentale pour nous permettre d'entrer en contact avec leurs clients peut être ardu. C'est pourquoi notre recherche s'inscrit dans un projet plus grand, celui de transformation et de développement des ressources en santé mentale des Basses-Laurentides.

En effet, depuis les dernières années, le Comité régional de santé mentale des Laurentides s'est penché sur la question de la capacité des ressources de la région de subvenir aux besoins de leur clientèle. Le constat est clair, il y a une insuffisance de ressources au niveau de la réadaptation en santé mentale (Centre du Florès, 1998).

Un des organismes bien engagé dans ce projet de transformation des ressources en santé mentale de cette région est le Centre du Florès. Cet organisme de réadaptation en santé mentale joue un rôle central dans la concertation des organismes des Basses-Laurentides. Selon le coordonnateur du Centre du Florès, il est pertinent qu'une étude sur la perception des usagers de leurs besoins de réadaptation psycho-sociale s'insère dans leur évaluation

plus large du type de services à implanter en réadaptation dans les Basses-Laurentides. C'est avec le parrainage et le support du Centre du Florès qu'il nous sera possible d'obtenir la coopération des organismes des Basses-Laurentides qui desservent notre population-cible pour la constitution de notre échantillon.

Dans un autre ordre d'idées, nous considérons que le moment où les besoins sont évalués est fort important et aura un impact sur les réponses obtenues. En effet, nous croyons que le fait d'enquêter sur les besoins de réadaptation psychosociale au moment où le client est hospitalisé peut avoir comme effet que le client sera influencé par la satisfaction des services qu'il reçoit dans l'établissement. Par ailleurs, si l'entrevue est réalisée une fois que le client reçoit des services de réadaptation psychosociale dans la communauté, les résultats refléteront davantage la capacité de ces services à répondre aux besoins du client. Aussi le client risque d'accorder moins d'importance aux besoins satisfaits.

Voici un portrait sommaire des caractéristiques des participants à notre projet de recherche. Nous avons rencontré vingt personnes en entrevue. Chacune de ces personnes correspondait aux critères de sélection préétablis. Douze hommes et huit femmes ont été interviewés. L'âge moyen et médian est de trente-neuf ans. Huit des personnes rencontrées résident à St-Eustache, sept autres sont de St-Jérôme et cinq habitent Ste-Thérèse. La plupart logent seuls en appartement. Quatre personnes habitent en famille d'accueil. Les trois autres habitent chacun avec une autre personne. Le quart des participants disent vivre une relation amoureuse avec une personne de sexe opposé. Un seul est marié. Six personnes ont des enfants. En ce qui concerne leur

maladie mentale, huit personnes ont le diagnostic de schizophrène ou schizo-affectif, six souffrent d'une dépression majeure, cinq sont traitées pour une psychose maniaco-dépressive, une personne est atteinte de paranoïa. Les participants ont été hospitalisés, en moyenne, à quatre reprises.

tableau 1

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • diagnostic de maladie mentale sévère et persistante 	<ul style="list-style-type: none"> • déficience intellectuelle ou maladie organique
<ul style="list-style-type: none"> • âgés d'au moins 18 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • multi-problématique (trouble de santé mentale + toxicomanie ou maladie physique ou criminalité ou etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • l'état de la maladie doit être suffisamment stable pour pouvoir bénéficier d'un programme de réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> • être hospitalisé au moment de l'entrevue
<ul style="list-style-type: none"> • être résident du territoire des Basses-Laurentides 	<ul style="list-style-type: none"> • être client d'une ressource de réadaptation psychosociale

3.2.2 CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

Pour les fins de cette recherche, nous avons sélectionné l'échantillon par une méthode non probabiliste. Le choix des personnes interviewées était intentionnel et déterminé par les critères de sélection que nous venons de formuler. C'est par l'intermédiaire de différents intervenants en santé mentale de la région des Basses-Laurentides que nous avons puisé notre échantillon de personnes à interviewer. Un communiqué (annexe II) a préalablement été

envoyé dans des ressources en santé mentale de cette région pour leur faire part des intentions de notre recherche. De plus, nous les avons renseignés du profil-type de client que nous souhaitons pour les fins de notre recherche en fonction de nos critères d'inclusion et d'exclusion. Les intervenants qui connaissaient des clients qui pouvaient participer à notre recherche ont communiqué avec eux pour leur demander la permission que nous les contactions. S'ils manifestaient de l'intérêt et désiraient participer à notre recherche, nous établissions un premier contact en vue de déterminer les personnes qui seraient rencontrées en entrevue.

Nous avons prévu que le sujet de notre recherche intéresserait plusieurs intervenants dans le domaine de la santé mentale de la région des Basses-Laurentides puisqu'il existe peu de ressources de réadaptation dans ce secteur. Aussi, d'après un rapport publié par le Centre du Florès (1998), bon nombre d'organismes ont constaté le manque de services de réadaptation dans leur communauté. Savoir que notre recherche pourrait apporter une information utile pour la création de nouveaux services de réadaptation, adaptés aux besoins de la clientèle, pourrait être une source de motivation importante qui favoriserait leur participation. Quant aux clients, le fait de s'attarder à leur opinion et à leur description personnelle de leurs besoins dans le but de connaître leur perception est peu menaçant et leur remet une part de pouvoir sur leur situation. Ceci pouvait les encourager à participer à une entrevue dans le cadre de notre recherche.

La taille de l'échantillon est de vingt personnes. Puisque le but de notre recherche est d'obtenir une meilleure connaissance des besoins de la clientèle en santé mentale à l'égard de leur réadaptation psychosociale nous

considérons que le nombre de personnes interviewées pourrait être modifié de façon à atteindre une saturation de l'information. Enfin, parce que notre recherche est de type descriptive et qu'elle ne comprend aucune variable indépendante, nous sommes d'avis que la technique utilisée pour constituer notre échantillon nuira peu au processus de généralisation.

3.3 OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS ET VARIABLES

Voici les définitions opérationnelles des variables utilisées dans notre recherche.

- **TROUBLE DE SANTÉ MENTALE:** Nous considérons comme un trouble de santé mentale tous ceux répertoriés, à partir de critères diagnostics, dans le DSM-IV.

- **SÉVÈRE ET PERSISTANT:**
 - sévère : Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, sociales courantes ou les relations avec les autres.

 - persistant : Le trouble de santé mentale identifié se poursuit de façon continue ou récurrente au-delà d'une période d'un an.

- **BESOIN :** Ce qui est considéré nécessaire par la personne qui vit une insatisfaction pour combler un manque. Selon cette définition, nous considérons seulement les besoins qui peuvent être satisfaits. Ainsi, une insatisfaction du type <<J'aimerais qu'il fasse beau plus souvent>> ne serait pas considérée comme un besoin pour les fins de notre recherche.

- PERCEPTION DU CLIENT: La perception du client sur ses besoins peut être obtenue par des questions ouvertes et neutres. Certains mots-clés utilisés dans la formulation des questions indiquent que nous recherchons la perception du client : selon vous, à votre avis, en ce qui vous concerne, comment percevez-vous..., que désirez-vous..., etc. De façon à minimiser la contamination des réponses obtenues par notre perception, des questions de clarification et de compréhension seront posées tout au long de l'entrevue.

CATÉGORISATION DES BESOINS DE RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE:

Les besoins considérés dans cette étude doivent être en lien avec la réadaptation psychosociale de la clientèle. Pour ce faire, nous utiliserons les catégories de besoins de réadaptation psychosociale suggérées par Wasylenki *et al.* (1981) : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel. Indicateurs pour chacune des catégorie :

MÉDICAL/THÉRAPEUTIQUE

- suivi thérapeutique
- symptômes psychotiques
- détresse psychologique
- santé physique
- info. sur traitement et maladie
- alcool/drogues

HABITATION

- habiletés domestiques
- sécurité envers soi-même
- logement
- téléphone
- sources de revenu
- soins personnels
- soins apportés aux enfants
- nourriture
- gestion de l'argent

TRAVAIL/ÉTUDES

- éducation de base
- études
- emploi
- recherche d'emploi

SOCIAL/RÉCRÉATIONNEL

- sécurité envers les autres
- relations intimes
- activités sociales
- compagnie des autres
- expression sexuelle

3.4 DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT DE RECHERCHE

3.4.1 MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES

Chacun des sujets a été rencontré individuellement pour une entrevue semi-dirigée en face à face. Les rencontres se sont faites à l'endroit convenu entre l'intervieweur et le participant. Parce que nous avons un budget très limité, les entrevues ont été réalisées par la chercheuse seulement. Nous avons procédé par une collecte de données orale. Nous croyons que cette méthode nous aura permis d'obtenir une plus grande quantité d'information sur les besoins des personnes que si nous avions procédé par écrit. Dans le but de récolter l'information portant sur notre sujet de recherche, l'entrevue était dirigée par quelques questions pré-déterminées. L'entrevue a été enregistrée,

avec le consentement de la personne interviewée, et des notes étaient prises tout au long de l'entrevue.

Les caractéristiques des individus (voir annexe I) ont été recueillies à la fin de l'entrevue. Ces informations pouvaient permettre, d'une part, d'évaluer la présence de biais que nous n'aurions pu prévoir et d'autre part, elles ont pu servir au moment de l'analyse des résultats pour expliquer certains phénomènes observés.

3.4.2 DESCRIPTION DE L'ENTREVUE

L'entrevue semi-dirigée auprès d'un échantillon de personnes est le moyen qui a été utilisé pour notre collecte d'information sur les besoins de réadaptation psychosociale de la population-cible. Dans le but d'obtenir l'information désirée, nous avons procédé en quatre étapes : contact préparatoire, accueil, entrevue et clôture (Lavoie-Zajc, 1997).

À mesure que des sujets nous étaient référés pour faire partie de notre échantillon, nous les contactons pour convenir du moment et du lieu de l'entrevue. Lors de ce contact préparatoire les buts de notre recherche leur étaient présentés et le déroulement de l'entrevue expliqué. Cette étape importante avait comme objectifs de développer un lien de confiance avec la personne et de lui donner l'information nécessaire pour se préparer à l'entrevue et d'obtenir sa participation avec un consentement éclairé.

Au moment de la rencontre pour l'entrevue, nous accordions quelques minutes à l'accueil de la personne interviewée. C'était le moment d'un échange informel pour rendre la personne plus à l'aise. Nous lui rappelions, ensuite, nos objectifs et le déroulement de l'entrevue. C'est à ce moment qu'était demandée l'autorisation d'enregistrer l'entrevue.

L'entrevue débute par quelques questions ouvertes et générales sur le thème principal de notre recherche (voir annexe IV). Ces questions ont comme objectif d'amener la personne à décrire sa perception de sa situation de vie, à énoncer les insatisfactions qu'elle connaît et ce qu'elle considère nécessaire pour combler ces manques. Ces questions nous ont permis de plus, de connaître la compréhension de l'interviewé du concept de besoin. Il était donc possible, à ce moment, de clarifier la notion de besoin.

Ensuite, nous procédions en posant quatre questions ouvertes portant sur les sous-thèmes reliés à la réadaptation psychosociale. Plus précisément, nous avons demandé au sujet d'identifier ses besoins dans les domaines suivants : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel. À la suite de ces questions, nous nous sommes informés auprès de la personne pour connaître l'existence de d'autres domaines qui doivent être considérés quant à sa réadaptation psychosociale et où il y aurait des besoins à combler. Les questions présentées en annexe V le sont à titre d'exemples. Elles ont été adaptées à la situation de vie de chaque participant, telle qu'il la décrivait dans la première partie de l'entrevue.

Ensuite, il s'agissait de s'informer sur l'importance accordée aux besoins identifiés. Pour ce faire, nous demandions à l'interviewé d'identifier les

besoins qu'il considère les plus importants. Enfin, à titre exploratoire, nous avons tenté de connaître quel type d'aide il aimerait recevoir pour combler ses besoins les plus importants.

Tout au long de l'entrevue, nous avons eu recours à des questions de clarification et de compréhension. Ces questions nous amenaient à mieux saisir la perception du sujet et l'encourageaient à nous fournir le plus d'information possible sur ses besoins de réadaptation.

Finalement, l'entrevue se terminait en remerciant la personne de nous avoir aidé à mieux connaître sa perspective de ses besoins. Nous l'informions aussi, des étapes subséquentes de notre recherche pour qu'il sache à quoi servira l'information qu'il nous aura fourni. Un montant de 20.00 \$ est donné au participant comme dédommagement.

3.4.3 QUALITÉ DE L'INSTRUMENT DE RECHERCHE

Les questions d'entrevue ont été conçues à partir, d'une part, du concept de besoin et d'autre part, des catégories de besoins en réadaptation psychosociale. De plus, nos questions sont posées de façon à obtenir des réponses selon la perception de la personne interviewée. Par conséquent, nous supposons que les réponses suscitées traduisent la réalité quant à la perception des personnes de leurs besoins de réadaptation. Un biais possible et pratiquement incontrôlable à cet égard serait que le sujet se soit approprié le discours d'une autre personne et n'ait pas répondu selon sa perception personnelle.

Un pré-test nous a permis d'évaluer la validité des questions. Nous avons vérifié la cohérence de l'interprétation des questions par les personnes et la constance du type de réponse obtenues par les trois premières personnes de l'échantillon à être rencontrées en entrevue.

Un autre critère de validation que nous avons utilisé est celui de saturation. En effet, à partir du moment où nous ne réussissions plus à obtenir de données nouvelles à l'aide des entrevues, nous en avons déduit que nous avions obtenu l'information nécessaire pour répondre à notre question de recherche de manière valide.

3.5 ANALYSE DES DONNÉES

3.5.1 ÉTAPES PRÉALABLES À L'ANALYSE DES DONNÉES

Dans le but de pouvoir analyser les données recueillies et de décrire les besoins de la population-cible nous avons dû structurer le matériel obtenu par les entrevues. Parce que nous avons eu recours à l'entrevue comme mode de collecte de données, la majorité de l'information est audio. Il a donc s'agit, dans un premier temps, de transcrire l'information obtenue. Des dossiers ont été créés pour chaque entrevue. Chaque dossier comprend une feuille des caractéristiques du sujet, une transcription de l'entrevue et les notes prises par écrit lors de l'entrevue.

Ensuite, une relecture de la transcription et des notes saisies en entrevue apportant des impressions ou des commentaires sur le non-verbal nous a amené à annoter certaines données pour leur apporter plus de valeur. L'étape

suiivante consistait à réduire les données. Puisque les entrevues sont de type semi-dirigées, l'information cumulée était vaguement ordonnée. Premièrement, nous avons épuré les transcriptions de toute l'information superficielle et aucunement liée au thème de notre recherche. Une nouvelle lecture des données nous a amené à identifier les phrases-clés, c'est-à-dire celles qui contiennent une forte concentration d'information sur les besoins des personnes. Ces phrases étaient identifiées à l'aide d'un surligneur fluorescent. Ainsi, les données qui nous intéressent étaient rapidement repérées lors de l'analyse tout en nous permettant d'en apprécier le contexte.

3.5.2 ANALYSE DES DONNÉES

Nous avons procédé à une première analyse sommaire des données pour mettre en évidence les similitudes et les différences entre les données obtenues des entrevues. Cela nous a permis de réduire l'information pour former de petites unités comparables (Deslauriers, 1991). Par la suite, nous avons dégagé des catégories exhaustives qui nous ont permis de trier les unités d'information. Les éléments à trier sont essentiellement des besoins identifiés par les participants. Les catégories sont étiquetées d'une caractéristique commune qu'ont ces besoins.

D'après les fondements théoriques de notre recherche et l'opérationnalisation de nos concepts, les catégories ont été divisées selon les domaines de besoins en réadaptation psychosociale. Ainsi, les catégories sont les suivantes : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel. Toutefois, nous avons prévu que l'étude de l'information tirée des entrevues pourrait révéler d'autres catégories plus pertinentes. En effet, puisque notre

recherche accorde une importance capitale à la perception des usagers, il était essentiel d'être fidèle à cette dernière. Notre catégorisation a donc tenté d'être le reflet de la perception de leur situation. Nous avons donc eu recours à une grille d'analyse mixte, à la fois inductive et déductive. D'ailleurs, c'est au cours de l'analyse des données que nous avons vu la pertinence d'utiliser la théorie de Maslow pour mettre en évidence certains besoins décrits par les participants.

L'analyse des données a été réalisée à partir du modèle itératif tout en s'inspirant du contexte théorique qui entoure la question de recherche. Nous avons choisi cette approche d'analyse parce que nous croyons qu'elle laisse davantage place à une perspective nouvelle, celle des usagers. En effet, rappelons que généralement, les approches en réadaptation psychosociale tiennent uniquement compte de la perspective des professionnels. Cependant, le cadre théorique choisi a permis, par comparaison, de mettre en lumière les particularités de la perspective des clients à l'égard de leurs besoins de réadaptation.

L'analyse qualitative des données nous a donc amené à décrire les besoins des usagers selon leur perspective. Nous avons mis en évidence les nuances et les similitudes dans la perception des usagers de chacun de leurs besoins communs. Des liens entre la situation de vie des personnes et les besoins identifiés pouvaient, de plus, nous permettre d'expliquer la présence de certaines insatisfactions.

Nous nous sommes attardés, aussi, sur les interactions possibles entre les différentes catégories de besoins. Ainsi, un déséquilibre entre les catégories

pourrait nous renseigner sur un domaine de la vie des personnes ayant des troubles de santé mentale qui procure peu de satisfaction. Enfin, notre question exploratoire aurait pu apporter des éléments pour mieux comprendre comment les personnes interviewées entendent la possibilité de satisfaire les besoins énoncés. Mais trop peu d'information a été recueillie suite à cette question pour en tirer des conclusions valables.

Ensuite, nous avons procédé à une analyse transversale des données. Pour ce faire, la totalité des unités d'information, représentant chacune un besoin, ont été classées parmi les différentes catégories, sous forme de tableau. Ce tableau tient compte de la fréquence à laquelle les besoins sont identifiés parmi les sujets. Par exemple, le besoin de combler les temps libres est mentionné par dix-sept personnes, nous l'avons donc indiqué à côté du besoin, dans la colonne correspondant à la catégorie appropriée. L'indicateur de fréquence nous a permis de reconnaître les besoins les moins souvent satisfaits. À partir de ces résultats, nous avons été en mesure de hiérarchiser les besoins pour chacune des catégories.

3.6 PERTINENCE DE LA RECHERCHE

Nous nous attendions à découvrir la perspective des personnes ayant des troubles sévères et persistants à l'égard de leurs besoins. Les entrevues nous ont apporté les informations nécessaires pour décrire les besoins de réadaptation psychosociale des personnes rencontrées. À partir de ces données, nous sommes en mesure d'identifier les besoins communs aux membres de l'échantillon pour en arriver à dresser un portrait approximatif des besoins à satisfaire en réadaptation psychosociale pour la population-cible.

Nous croyions, de plus, être en mesure de hiérarchiser les besoins des personnes interviewées par ordre d'importance qu'ils y accordent.

Comme nous le suggèrent plusieurs études dans l'ouvrage de Brousseau et St-Amand (1997), l'insatisfaction, l'injustice et le contrôle devaient ressortir de l'évaluation des besoins selon la perspective des usagers. D'autres recherches présentées par le Comité de la Santé mentale au Québec (1985) nous laissent supposer que les personnes interviewées mentionneraient le besoin d'être respectés dans leur choix de vie, que des groupes d'entraide soient disponibles et que des activités leurs permettent de combler leurs temps libres.

De façon plus générale nous prévoyions que les besoins identifiés par les clients se situent à quatre différents niveaux : les besoins de base, les besoins d'appartenance, les besoins de sécurité et d'information et les besoins d'un sens à la vie (Comité de la santé mentale au Québec, 1985).

En ce qui a trait aux trois modèles de réadaptation psychosociale présentés dans le cadre théorique de notre recherche, nous nous attendions à ce que les besoins identifiés par ces modèles divergent dans leur interprétation des besoins de la clientèle et dans les services qu'ils conçoivent pour y répondre.

Le but de notre recherche étant de décrire les besoins d'une population cible nous devons nous attarder à la capacité de notre recherche de généraliser les résultats obtenus dans notre échantillon. Nous sommes d'avis que l'effet de saturation de l'information est un bon indicateur que les données récoltées tendront à se répéter dans la population cible. Par conséquent, l'information

redondante d'une entrevue à l'autre pourrait être généralisée à la population cible.

La généralisation de nos résultats devrait toutefois se faire avec précaution. En effet, nous avons reconnu quelques limites qui pourraient influencer le processus de généralisation. Premièrement, puisque nous accordons une grande importance à la perspective personnelle des individus rencontrés, bon nombre de besoins identifiés seront particuliers à ces gens. Toutefois, l'analyse transversale des données met en évidence les besoins communs aux membres de l'échantillon. Nous croyons que les besoins les plus populaires, c'est-à-dire identifiés par la majorité des gens interviewés, seront plus généralisables.

Deuxièmement, parce que nous avons eu recours à un échantillon de volontaires, nous pouvons supposer que ces derniers possèdent des compétences sociales plus développées et un intérêt pour notre question de recherche. Cette caractéristique nous laisse croire que notre échantillon n'est pas totalement représentatif de la population cible.

Ensuite, puisqu'ils peuvent être très intimes ou relever de sphères de la vie privée, certains besoins peuvent ne pas avoir été divulgués par plusieurs sujets. Dans ce cas, ces besoins peuvent être sous-représentés dans notre recherche.

Des limites au niveau de la fiabilité peuvent, de plus, limiter la généralisation des résultats. Rappelons que selon les études de Corrigan *et al.* (1996), les personnes ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant ont de la

difficulté à identifier leurs besoins de façon fiable lorsqu'on leur pose des questions peu structurées. Comme nous posons uniquement des questions ouvertes en entrevue, nous pouvons croire que les données récoltées ont une fiabilité limitée, ce qui a un effet non négligeable sur la possibilité de généralisation des résultats.

Enfin, comme peu de recherches se sont attardées à la perspective des clients à l'égard de leurs besoins, la nôtre a un caractère exploratoire non négligeable qui met au second plan la nécessité de pouvoir généraliser les résultats auprès de la population cible.

Bien que les résultats de notre recherche doivent être traités avec précaution, nous sommes d'avis que la description des besoins selon la perspective des clients aura son utilité dans le domaine de la réadaptation en santé mentale. Cela sera plus particulièrement utile aux personnes responsables du développement de nouvelles ressources de réadaptation en santé mentale pour la région des Basses-Laurentides. Sachant que les services de réadaptation se basent généralement sur les besoins de la clientèle, notre recherche permettra aux intéressés de créer des services qui tiendront compte des besoins tels qu'ils sont identifiés par la clientèle.

Le fait de connaître la perspective de la clientèle à l'égard de leurs besoins pourrait aussi amener des évaluateurs à tenir compte de ce point de vue pour évaluer les ressources existantes. Cette information pourrait aussi servir aux intervenants qui y verrait de nouvelles pistes d'intervention.

Dans un autre ordre d'idées, la littérature a bien démontré que le plus souvent les professionnels tiennent peu compte de l'opinion des clients en santé mentale au sujet de leurs besoins. Notre recherche, parce qu'elle accorde une grande importance à la perspective du client pourrait sensibiliser les professionnels à la pertinence de faire participer davantage les clients dans l'évaluation de leurs besoins.

3.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Comme nous venons de l'exposer dans la partie concernant la pertinence de la recherche, la réalisation de notre recherche comporte plusieurs avantages. Rappelons notamment qu'elle valorise le point de vue des clients dans l'identification de leurs besoins, elle apporte une nouvelle perspective dans l'évaluation des services dispensés et elle fournit des données importantes à considérer lors de la création de nouvelles ressources de réadaptation en santé mentale.

La réalisation de notre recherche entraîne cependant certains risques. D'abord, l'entrevue pouvait amener un stress chez les participants. En effet, le sujet de recherche porte sur un aspect très personnel de la vie des gens. De plus, l'attention accordée aux besoins de chacun pouvait avoir comme effet d'amener les participants à se centrer sur leurs insatisfactions ou leurs manques. Nous ne pouvons négliger le fait que les personnes rencontrées ont des troubles sérieux de santé mentale. Le sujet de recherche pouvait donc perturber quelques personnes fragiles. Toutefois, comme les sujets sont référés par des professionnels en santé mentale qui les suivent, nous croyions que ces intervenants pouvaient apporter le support nécessaire à leur client si

cette situation se produisait. Un autre facteur qui atténuait ce risque est le temps alloué à la clôture de l'entrevue. Nous prévoyions en effet consacrer jusqu'à une demie heure pour clore l'entrevue et répondre aux questions de l'individu. Enfin, comme nous le verrons un peu plus loin, les membres de l'échantillon étaient bien informés des risques possibles.

Chaque entrevue, pour avoir lieu, nécessitait le consentement libre et éclairé des participants. Un formulaire de consentement est prévu à cet effet (annexe III). À trois reprises au cours du processus de sélection et d'entrevue, les clients recevaient l'information nécessaire pour une prise de décision éclairée. L'information était une première fois présentée par l'intervenant à son client, une deuxième fois lors du contact téléphonique avec la chercheuse et finalement, au moment de signer le formulaire de consentement au tout début de l'entrevue. Le participant était libre de changer d'avis et se retirer de notre recherche à n'importe quel moment.

En ce qui concerne la confidentialité, nous avons pris les dispositions suivantes. Seule la chercheuse connaît le nom des personnes interviewées. Et, dès l'entrevue terminée, tout le matériel recueilli lors de l'entrevue était codé d'un numéro de référence.

3.8 DIFFUSION DES RÉSULTATS

Puisque notre recherche est réalisée dans le cadre des exigences pour l'obtention d'un diplôme de deuxième cycle en service social, la première publication des résultats prend la forme de notre mémoire.

Le rapport de recherche sera ensuite remis à tous les organismes qui auront participé à la réalisation de notre recherche en nous permettant de contacter leurs clients pour les rencontrer en entrevue. Le Centre du Florès en recevra aussi une copie pour les fins de leur étude sur la création de nouvelles ressources en réadaptation en santé mentale. Une copie sera de plus destinée au comité régional en santé mentale des Laurentides.

4. PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'entrevue semi-dirigée auprès de personnes ayant un trouble de santé mentale est généralement déconseillée. Dans le cas de la présente recherche, il semble que cette formule ait été avantageuse pour la collecte d'information. En effet, l'entrevue semi dirigée nous a permis, d'une part, d'amener les usagers à parler de leurs besoins dans quatre sphères de vie liées à la réadaptation psychosociale et d'autre part, elle a laissé suffisamment de latitude pour permettre aux participants de faire connaître d'autres besoins qui auraient pu être laissés pour compte.

Dans ce chapitre il est d'abord question de décrire les besoins identifiés en entrevue par les participants. La présentation des besoins suivra l'ordre adopté en entrevue pour ce qui est des quatre dimensions de vie en réadaptation psychosociale : habitation, travail et études, social et récréationnel, médical et thérapeutique. Une cinquième catégorie s'est imposée alors que certains besoins mentionnés par plusieurs, ne s'inséraient pas dans les catégories prédéfinies. Par moments, nous avons eu recours aux citations des personnes interviewées pour exposer les nuances ou démontrer l'importance accordée aux besoins exprimés. Certaines particularités sont aussi mises en évidence en faisant le lien entre des besoins et les caractéristiques des participants (sexe, diagnostic, région, etc.)

Ensuite, à partir des besoins les plus fréquents, nous présentons comment les approches de *Case Management*, *PACT* et des Clubs sociaux répondent aux besoins identifiés.

Les besoins regroupés dans la catégorie additionnelle nous ont amené à se questionner sur la nature de ces besoins. L'approche humaniste de Maslow nous a permis de situer ces besoins à partir de sa théorie sur la motivation. Il s'agit dans cette section du chapitre de faire d'abord des liens entre les besoins décrits par les participants et la hiérarchie des besoins de Maslow. Et ensuite, il s'agira de dégager les similitudes entre les modèles de réadaptation psychosociale et les besoins définis par Maslow.

4.1 DESCRIPTION DES BESOINS IDENTIFIÉS

Les entrevues réalisées avec vingt participants nous ont permis d'identifier trente-sept besoins exprimés par au moins trois des participants. La moitié ou plus des participants partagent quinze besoins énoncés. Les résultats de l'étude sont présentés selon les quatre catégories de besoins et une catégorie additionnelle "autres besoins".

4.1.1 BESOINS LIÉS À L'HABITATION

Le maintien de la personne dans la communauté sous-entend qu'elle a un endroit où loger. Certains services d'hébergement de moyen ou long terme sont offerts à la population de personnes ayant des troubles de santé mentale qui veulent développer ou maintenir des compétences personnelles et sociales. Ces ressources résidentielles peuvent être intermédiaire (R.I.) ou de type familial (R.T.F.). Ce dernier type de ressource est utilisé par quatre des personnes ayant participé à la présente recherche. Trois des personnes rencontrées habitent avec un colocataire ou un membre de la famille. Pour ce qui est des autres, ils habitent seuls. Il n'y a que deux personnes qui sont

propriétaires de leur habitation. Le loyer moyen payé par les locataires est d'environ 350 \$ par mois. La plupart de ces derniers habitent un logement de trois pièces et demie, dans bien des cas situé au sous-sol.

La qualité de leur habitation est étroitement liée à leur situation financière de pauvreté. En effet, c'est le loyer moins élevé qui en incite plusieurs à demeurer dans un appartement situé au sous-sol. Cependant, ces personnes trouvent leur appartement déprimant parce qu'il reçoit peu de lumière naturelle. Ce qui amène une personne à me dire en me parlant de l'endroit où elle habite <<*le prix est correct, le logement est pas correct*>> (entrevue no. 10). Cela décrit bien la réalité de la plupart des personnes qui habitent seules un appartement.

Pour la plupart des personnes rencontrées, le besoin énoncé est celui d'avoir accès à des logements publics situés dans des HLM. Certains ont fait des démarches pour se prévaloir d'un tel logement, mais les personnes seules et d'âge moyen ne sont pas priorisées et la liste d'attente est très longue.

Certains ont mentionné un besoin au niveau de l'entretien ménager. Par moments, ils ne sentent pas l'énergie ou la motivation d'entretenir de façon régulière leur habitation. La saleté s'accumule à la longue et l'ampleur du nettoyage à faire s'accroît. C'est ce qui en décourage plusieurs de mettre de l'ordre et de faire le ménage. La plupart de ces personnes aimerait recevoir une aide ponctuelle de quelqu'un qui les aiderait à nettoyer leur appartement et à y mettre de l'ordre.

En ce qui concerne le budget, certains disent avoir des difficultés à gérer leur argent. Toutefois, ces personnes reçoivent toutes de l'aide, d'une ressource communautaire, pour combler leur besoin d'assistance pour faire leur budget.

Quelques-uns ont exprimé le besoin d'habiter une ressource d'hébergement de type familial d'une part pour éviter la solitude et d'autre part pour avoir un accès à une aide pour certaines tâches domestiques (budget, ménage, etc.). Quoiqu'il en soit, la majorité préfère habiter seule en appartement.

À ce sujet, une méta-analyse réalisée au Vermont supporte cette réalité. Ainsi, d'après 23 études comparables prises en compte, il apparaît que :

<<Les personnes sondées préfèrent vivre dans leur propre appartement ou dans leur maison et non pas dans des ressources d'hébergement. Si on leur donnait le choix, elles préféreraient habiter seules. Elles désirent avoir plus d'argent pour vivre dans le logement de leur choix et être soutenu par des intervenants ou des aidants naturels, disponibles et facilement accessibles.>> (Tanzman, 1990, dans Défi de la reconfiguration, gouvernement du Québec, 1997, page 47).

Pour ceux qui n'habitent pas seuls (colocation ou famille d'accueil), la principale raison qui les décourage d'habiter seul, en appartement, est la crainte qu'une rechute et une hospitalisation trop longue les empêcherait de rencontrer leurs obligations liées à leur habitation. Pour la plupart d'entre eux, un accès aisé à un centre de crise les encouragerait à habiter seul. Nous traiterons de ce point plus en profondeur dans la section portant sur les aspects médical et thérapeutique.

Le principal besoin qu'ont en commun ceux qui habitent une ressource de type familial est celui de manquer d'intimité. En effet, dans ces ressources, la plupart des aires sont communes. Seule leur chambre à coucher leur permet un peu d'intimité.

Nous ne pouvons négliger le fait que plusieurs des personnes rencontrées ont un animal domestique ou s'ils habitent en foyer d'accueil, prévoient se procurer un animal lorsqu'ils auront un appartement. Parce que ces animaux leur apportent affection et compagnie, ils ne sont pas prêts à s'en départir. Ils doivent donc en tenir compte lorsqu'ils sont à la recherche d'un logement. Aussi, pour ces gens, leur compagnon animal représente des dépenses additionnelles dans leur budget déjà restreint.

Une autre dépense importante dans le budget de presque toutes les personnes interviewées est celle des cigarettes. Cela représente une part non négligeable de leur budget.

Dans cette catégorie, nous n'avons pas seulement exploré les dépenses qui entrent dans le budget mais aussi les sources de revenus. La majorité des personnes rencontrées disent manquer d'argent. Ceux qui n'ont pas mentionné ce besoin ont des sources de revenu supérieures à la moyenne. Ainsi, une personne reçoit une assurance-salaire, une autre a un emploi à temps plein, deux d'entre elles sont employées régulièrement dans l'entreprise familiale, recevant un salaire non déclaré. Enfin, une dernière mentionne être très disciplinée et arrive sans trop se priver. Il est à noter que la totalité des personnes ayant reçu le diagnostic de psychose maniaco-dépressive disent manquer d'argent. La plupart d'entre elles font des dépenses exagérées

lorsqu'elles sont en phase manie de leur maladie, ce qui a pour effet de les endetter. Cette caractéristique associée au trouble bipolaire est supportée largement par la littérature. Il est à noter que ceux qui ont eu l'occasion d'avoir une carrière avant de ressentir les premiers effets de leur maladie mentale semblent avoir un plus grand besoin d'argent. Pour ces derniers, le besoin de plus d'argent est aussi très lié au statut social.

La plupart du temps, le manque d'argent les amène à faire des concessions au niveau des activités de loisir et des vêtements. Certains ont mentionné devoir se priver au niveau alimentaire en ne mangeant pas à leur faim. Or on sait qu'une bonne alimentation est nécessaire lorsqu'on prend des médicaments. Aussi, certains médicaments ont pour effet secondaire d'augmenter l'appétit. Toutefois, il est à souligner qu'aucune des personnes interviewées n'a dit faire de concession au niveau de leur traitement pharmacologique qui leur coûte pour la plupart un peu plus de 16.00 \$ par mois. Certains ont même affirmé l'importance pour eux de prendre leurs médicaments. Ce fait s'inscrit en opposition à une étude menée par des chercheurs de l'université McGill (Tamblyn *et al.*, 1999) qui suggérait que les personnes bénéficiaires de la sécurité du revenu, depuis la mise en place du dernier programme d'assurance médicament du gouvernement, ont réduit de façon marquée leur consommation de médicaments prescrits. Les chercheurs soulevaient une inquiétude à l'égard de l'adhérence au traitement pharmacologique des personnes aux prises avec une maladie mentale.

Bien que la plupart choisissent leur appartement à proximité des services (hôpital, clinique médicale, CLSC, épicerie, banque, etc.), la moitié d'entre eux ont des besoins liés au transport. S'ils ont une voiture, ils font beaucoup de

sacrifices pour la garder puisque cela représente pour eux une grande autonomie. Nous avons aussi noté que ces derniers ont une vie sociale beaucoup plus active et sont nettement moins isolés que ceux ayant seulement recours au transport en commun.

Les principaux besoins liés au transport concernent le tarif à payer et les trajets. En effets, les déplacements en transport en commun sont souvent longs et coûteux. Nous devons tenir compte du fait qu'ils ont, pour la plupart, plusieurs rendez-vous chez différents professionnels tous les mois. Plusieurs disent s'empêcher de faire des sorties sociales pour ces deux raisons. Cela ne fait qu'accroître leur isolement. Plusieurs de ceux qui n'ont pas de voiture en veulent une. Outre les raisons mentionnées ci-haut, quelques-uns n'utilisent pas les transports en communs parce que cela leur apporte une anxiété trop grande; ils se privent donc de sorties. Ce commentaire d'un participant illustre bien les contraintes liées au transport : *<<J'aimerais ça faire des cours de peinture pour sortir, avoir un loisir. Mais y s'en donne à St-Jérôme pi ça coûte cinq piastres et quelque chose voyager.>>* (entrevue no. 18)

4.1.2 BESOINS LIÉS AU TRAVAIL ET AUX ÉTUDES

La majorité des programmes de réhabilitation psychosociale en santé mentale accordent une place importante au travail. Pour Chamberlin et Rogers (1990), activistes et ex-patients psychiatriques, l'intégration au marché de l'emploi rencontre plusieurs besoins exprimés par les personnes ayant des troubles sévères et persistants de santé mentale :

<<Work is vital to people's sense of self-worth, not to mention their ability to be independent. Although adequate public

benefits should be available for people who need them, it is damaging to a person's self-esteem to have to depend upon them [...] A lot of people are scared : finding a job and risking losing it and not being able to get back on social security [...] Work should be a key element in all rehab programs. Work need not be the traditional 9 to 5 job [...] but people need to do something [...] Jobs Also provide social supports - a network of people you can socialize with.>> (page 1242)

Parmi les personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche, une seule a un emploi à temps plein. Deux autres travaillent occasionnellement pour l'entreprise familiale. Enfin, quelques-uns travaillent bénévolement dans une ressource communautaire en santé mentale. La grande majorité des interviewés disent vouloir retourner sur le marché du travail. Alors que quelques personnes veulent travailler dans un avenir proche et sont présentement à la recherche d'emploi, la plupart ne se sentent pas prêts à s'intégrer au monde du travail.

Au besoin de travailler sont directement liés d'autres besoins qui pourraient être comblés par l'activité du travail. Premièrement, comme nous venons de le voir dans la partie précédente, les personnes rencontrées sont pauvres. Pour elles, un emploi salarié représente une source de revenu importante qui leur permettrait de sortir de leur situation financière précaire. Selon la plupart d'entre eux, un emploi arriverait aussi à combler leurs temps libres. Comme nous le verrons dans la prochaine section, au sujet des besoins de type social/récréationnel, le manque d'activités pour se désennuyer est le besoin le plus souvent mentionné. À ce sujet, un participant dit en parlant du travail : <<Oui, tsé, quand tu t'occupes la tête à quelque chose, les journées sont bein moins longues. Ça c'est mon problème majeur ça. J'ai rien à faire de mes journées.>> (entrevue no. 17) Ensuite, par le biais d'un emploi s'ouvre un

réseau social non négligeable. Le besoin de socialiser étant un besoin aussi énoncé fréquemment, plusieurs croient qu'un emploi les amènerait à connaître de nouvelles personnes et à se faire des amis.

Les participants accordent aussi une place importante au sentiment de valorisation que peut procurer un emploi. Ce dernier besoin n'est pas toujours directement lié au travail. En effet, certains disent : <<*C'est valorisant de travailler, surtout si tu fais quelque chose que t'aime*>> (entrevue no. 6) alors que d'autres affirment : <<*J'aimerais mieux travailler. C'est ben plus valorisant que d'être sur l'aide sociale, tsé, c'est beaucoup plus valorisant tsé.*>> (entrevue no. 2) Cette dernière remarque se rattache davantage à l'image sociale du travail. Dans le même sens plusieurs accordent au travail un moyen de devenir "normal" ou du moins de le paraître. Par exemple, une des personnes rencontrées m'explique comment, pour sa famille, elle serait mieux vue si elle travaillait puisque <<*si je travaille, ça veut dire que je va mieux*>> (entrevue no.5). Dans le même ordre d'idées, le travail peut aussi répondre, selon plusieurs, à un besoin d'appartenance. D'abord, en travaillant, on développe un sentiment d'appartenance à l'équipe dans laquelle on travaille, ou département dans lequel on se trouve ou à la compagnie qui nous embauche. Mais dans un sens plus large, un emploi, pour plusieurs, permet de développer un sentiment d'appartenance à la société et de briser le sentiment d'exclusion.

Alors que le travail semble être un moyen fort efficace pour répondre à plusieurs des besoins énoncés, la plupart des personnes rencontrées se disent incapables de participer au monde du travail. La raison la plus souvent évoquée pour le non retour au travail est le manque d'énergie. Selon eux, ce

manque d'énergie serait attribuable à la fois aux symptômes de la maladie mentale et au traitement par médicaments. De plus, les troubles du sommeil, mentionnés par plusieurs, les empêcherait d'avoir un horaire de travail régulier. En effet, sans une bonne nuit de sommeil, il peut être très ardu de se lever le matin et d'être productif toute la journée. Aussi, en après-midi, plusieurs se sentent trop fatigués et doivent faire une sieste. Quelques-uns ont aussi mentionné qu'ils ont de la difficulté à se concentrer, ce qui peut nuire considérablement à leur performance au travail. Conscients de leurs limites, ils ne croient pas avoir leur place sur le marché régulier du travail. À ce sujet, un participant nous dit : *<<J pense pas que y'ait un employeur qui soit prêt à accepter du monde comme moi là, mettons qui sait même pas si un matin là, oui je va rentrer, ou que l'autre non je rentrerai pas. Pas parce que je veux pas mais parce que je suis pas capable.>>* (entrevue no. 6)

Cette réalité en amène plusieurs à parler de la nécessité d'avoir accès à un travail adapté à leurs limites. Principalement, il s'agirait d'un travail où l'horaire serait très flexible et où ils ne seraient pas pénalisés pour absentéisme. Un niveau de stress réduit est aussi essentiel pour plusieurs. Enfin, précisons qu'un travail adapté doit tout de même être stimulant et agréable. Quelques-uns ont partagé leur expérience de travail dans des centres de travail adapté où leurs tâches étaient comparables à celles qu'effectuent des machines. Ce type de travail, en plus d'être ennuyant, est fort peu valorisant.

Quelques-uns ont partagé le besoin qu'ils puissent parler ouvertement de leur maladie à leur employeur, sans être jugés. Ce besoin, souvent exprimé dans le cadre des discussions au sujet du travail, touche davantage aux besoins de

conscientisation de la population que nous traiterons dans la dernière section portant sur la description des besoins.

En ce qui a trait au type d'emploi préféré, près de la moitié des individus interviewés aimeraient travailler en relation d'aide, en santé mentale parce qu'ils se sentent habiletés à le faire. Ils trouvent aussi ce type de travail très valorisant du fait de pouvoir aider d'autres personnes dans une situation semblable à la leur. Ils sont d'avis que leur expérience et leur vécu leur permettent d'apporter un support que des intervenants "traditionnels" ne peuvent procurer. Ils ne croient pas que leur propre maladie mentale les gêneraient dans leur intervention.

Enfin, la plupart des individus interviewés bénéficient de la sécurité du revenu sous le barème de soutien financier. Pour eux, un retour au travail signifie non seulement la perte de la sécurité que leur procure cette source de revenu de dernier recours mais en plus, ils perdent l'éligibilité au barème de soutien financier parce qu'ils deviennent alors aptes à travailler. S'ils perdent leur emploi, les procédures bureaucratiques à entreprendre pour retrouver leur statut de soutien financier sont complexes. C'est ce qui en décourage plusieurs comme en témoigne ce commentaire :

<<... et puis se trouvent après trois mois de travail pour... bein y se voyent enlevé leur barème de situation financière pi c'est à recommencer si y font des rechutes pi t'as pas de... y préfèrent peut-être être sur le bien-être social que de se chercher un emploi pi de recommencer toutes ces démarches qui sont longues. Si y pouvaient conserver leur barème de soutien financier, même s'ils ont réussi à se trouver un travail pour une période indéfinie, là y'en aurait peut-être un peu plus qui reprendraient le marché du travail.>> (entrevue no.1)

Nous considérons aussi dans la catégorie travail, les besoins liés aux études. Alors qu'une seule personne envisageait retourner aux études, la plupart des gens rencontrés désirent suivre des cours. Plusieurs évoquent à ce sujet le besoin d'être stimulés intellectuellement. Comme le dit si bien un participant : <<pour pas que mon cerveau s'encrasse>> (entrevue no. 1). Comme c'est le cas pour le travail, les cours procureraient selon plusieurs, l'occasion de combler les temps libres, un moyen de se socialiser et une valorisation personnelle.

Le type de cours privilégié varie beaucoup d'un individu à l'autre. Certains préfèrent des cours d'informatique, d'autres des cours de menuiserie ou de peinture ou encore de défense de droits. Notons toutefois que la plupart s'intéressent à des cours en relation d'aide, ce qui est en lien avec le désir de plusieurs de travailler dans ce domaine.

Il semblerait qu'il soit préférable que les cours soient offerts dans un organisme communautaire puisque, comme certains le mentionnent, ils ne seraient pas à l'aise de suivre un cours à l'école. Ces derniers craignent principalement ne pas pouvoir suivre le rythme d'apprentissage des autres étudiants. En lien avec leurs limites financières, ils sont tous d'avis que les cours devraient être offerts à faible coût (environ 10.00 \$). À coût trop élevé, par exemple, aux frais prévus par le système scolaire traditionnel, cela représenterait une trop grande part de leur budget. De plus, étant donné la précarité de leur santé mentale, ils préfèrent déboursier peu d'argent pour leurs cours, vivant dans la crainte d'une rechute qui les ferait abandonner leurs cours.

4.1.3 BESOINS DE TYPE SOCIAL/RÉCRÉATIONNEL

D'après l'information recueillie en entrevue, le besoin le plus fréquent se situe au niveau de faire davantage d'activités. Ce besoin est motivé par la satisfaction d'autres besoins. En effet, pour la moitié des personnes interrogées, elles veulent faire plus d'activités pour combler leurs temps libres et pour se donner l'occasion de se faire de nouveaux amis. Pour six des personnes rencontrées, les activités organisées leur permettent de briser de fait leur isolement.

Il semblerait toutefois, d'après les réponses obtenues, que le manque d'énergie et de motivation les empêchent d'initier eux-mêmes des activités pour combler leurs temps libres.

Cinq des six personnes qui ont des enfants aimeraient améliorer leur relation avec eux. Ces parents considèrent que leur maladie mentale est la cause des relations difficiles avec leurs enfants. Pour au moins quatre de ces personnes les contacts avec leurs enfants sont limités de façon légale. Aucun des parents ne vit présentement avec ses enfants d'âge mineur. Notons que certaines personnes n'ayant pas d'enfants ont partagé leur crainte de transmettre leur maladie mentale à leurs enfants. C'est pour cette raison qu'ils préfèrent ne pas avoir d'enfants.

Le quart des personnes rencontrées disent avoir une relation intime. Au moins deux de ces personnes ont un(e) partenaire ayant une maladie mentale. Cinq autres personnes rencontrées mentionnent avoir besoin d'une relation intime

avec une personne de sexe opposé. De ces personnes qui ont parlé de leurs relations intimes, la plupart disent rechercher une personne qui n'a pas de maladie mentale. Selon eux, les principales raisons qui expliquent la difficulté d'établir une relation intime sont d'une part, la crainte du partenaire de la maladie mentale et, d'autre part, la crainte pour la personne ayant une maladie mentale de faire une rechute.

Bien que le manque de motivation est exprimé par la majorité pour expliquer le peu d'activités, on ne peut négliger le fait que leur faible revenu ne leur permet pas de financer leurs divertissements. D'ailleurs, la plupart des personnes croient que si elles avaient plus d'argent, elles feraient plus d'activités divertissantes.

Le type d'activités recherchées varie beaucoup d'une personne à l'autre selon leurs goûts et intérêts. Chez les hommes, les activités sportives sont recherchées par cinq d'entre eux. Les activités à l'extérieur, comme des excursions dans le bois par exemple, sont mentionnées par plusieurs. Alors que bon nombre d'entre eux fréquentent les organismes communautaires afin de pouvoir participer aux activités qui y sont organisées, certains sont d'avis qu'il y manque des activités stimulantes ou divertissantes et que trop souvent les participants ne font que boire du café et fumer des cigarettes.

Douze des personnes rencontrées disent avoir besoin de socialiser. Pour eux, il s'agit de se faire des amis, de rencontrer des gens et être en compagnie d'autres personnes. Les organismes communautaires sont le moyen privilégié de socialiser par ces gens. Quelques-uns ont mentionné l'importance qu'ils accordent au fait de côtoyer des personnes ayant un degré de maladie

équivalent ou moindre que le leur. À ce sujet, près du tiers ont exprimé le besoin de différencier les maladies (déficience intellectuelle, schizophrénie, dépression, psychose maniaco-dépressive) dans les organismes destinés à la population ayant des troubles de santé mentale.

4.1.4 BESOINS DE TYPE MÉDICAL/THÉRAPEUTIQUE

Au niveau du traitement, le besoin le plus fréquent (13) est le contrôle des effets secondaires des médicaments. Ceux-ci varient selon le type de médicament. Toutefois, le manque d'énergie et le sentiment d'apathie sont des effets secondaires ressentis par la majorité des personnes qui critiquent d'ailleurs ces effets secondaires. La tendance à engraisser, comme effet secondaire, se retrouve uniquement chez les femmes rencontrées. Bien que le sentiment d'apathie et la tendance à engraisser aient été mentionnés par les participants comme étant des effets secondaires des médicaments, nous devons traiter ces résultats avec précaution. En effet, ces deux manifestations sont aussi considérées comme étant des symptômes de plusieurs maladies mentales (American Psychiatric Association, 1996). Pour ce qui est des autres effets secondaires, on mentionne à quelques reprises les tremblements et l'assèchement de la bouche.

Alors que toutes les sept personnes ayant un diagnostic de schizophrénie suivent un traitement par médicaments, quatre d'entre elles craignent subir une rechute. Les autres ne craignent presque jamais les rechutes.

Bien que la presque totalité des personnes rencontrées consultent régulièrement deux ou trois professionnels pour leur santé mentale

(psychiatre, psychologue, travailleur social, infirmière psychiatrique, médecin de famille), douze des personnes rencontrées souhaiteraient plus de support thérapeutique chez d'autres intervenants. Précisons qu'aucune des personnes ayant un diagnostic de psychose maniaco-dépressive réclame plus de support, alors que tout ceux qui ont un diagnostic de dépression aimeraient recevoir davantage de support thérapeutique. En ce qui concerne les personnes schizophrènes, il s'agit de plus de la moitié. Notons que les personnes souffrant de psychose maniaco-dépressive ne disent pas ne pas vouloir d'aide thérapeutique mais que l'aide qu'elles reçoivent présentement est suffisante. Il ne semble pas y avoir de différence significative entre le profil d'aide reçu par les professionnels selon le diagnostic de l'individu.

En fait de support thérapeutique, les participants recherchent avant tout un professionnel à qui parler. Certains ressentent le besoin de parler de leur passé alors que la plupart mentionnent avoir besoin d'une thérapie, où ils pourraient parler et être guidés par un thérapeute.

Alors que les personnes ayant le diagnostic de psychose maniaco-dépressive semblent satisfaites de la quantité de support thérapeutique reçu, plus de la moitié d'entre elles (3/5) recherchent d'autres personnes avec le même diagnostic avec qui elles pourraient échanger au sujet de leur maladie mentale. Parce que selon elles <<*un autre pmd te comprend mieux qu'un thérapeute*>> (entrevue no. 9). Quelques personnes schizophrènes recherchent aussi ce type d'entraide. D'ailleurs, sept des personnes rencontrées aimeraient pouvoir participer à un groupe d'entraide. Pour ce qui est des personnes ayant un diagnostic de dépression, alors qu'elles recherchent davantage de support thérapeutique, aucune d'entre elles n'a signifié le désir de participer à un

groupe d'entraide. Plus encore, plusieurs personnes dépressives trouvent déplaisant, voire nuisible, de parler de ce qu'elles vivent à d'autres personnes qui ont des troubles de santé mentale.

Un peu plus de la moitié des personnes interviewées disent recevoir trop peu d'information sur leur maladie et les médicaments qu'ils consomment et leurs effets secondaires.

La moitié d'entre eux sont d'avis que la durée des rencontres avec leur psychiatre est trop courte. Cette critique s'applique tant aux rencontres lors d'hospitalisations que celles qui ont lieu en clinique externe. D'après ces gens, les discussions avec le psychiatre porteraient presque uniquement sur la médication.

Une bonne partie des personnes rencontrées (8/20) disent avoir besoin d'accepter leur maladie. En effet pour plusieurs cela leur permettrait, d'après elles, de pouvoir progresser dans leur vie en tenant compte de leurs limites.

En ce qui concerne les services dispensés par des organismes communautaires, près du tiers mentionnent le besoin de cibler davantage les différentes clientèles en santé mentale pour les services en groupe. Ce besoin est présent dans les différents sous-groupes selon le diagnostic. Autrement dit, il devrait y avoir des services pour les personnes atteintes de schizophrénie, pour dépressifs, pour les personnes aux prises avec une psychose maniaco-dépressive et pour celles avec une déficience intellectuelle.

Toujours dans le milieu communautaire, quelques-uns sont d'avis que les intervenants ne sont pas suffisamment disponibles et consacrent peu de temps aux participants. Notons toutefois que ce besoin est partagé par cinq participants qui fréquentent la même ressource et serait, par conséquent, le reflet d'un manque de services à cet endroit.

Le quart des personnes rencontrées ont manifesté le besoin d'une plus grande accessibilité aux centres de crise. Pour eux, les démarches pour y avoir accès sont trop compliquées. Elles apprécient les centres de crise parce qu'elles y voient un moyen d'éviter les hospitalisations. Elles y trouvent les intervenants plus chaleureux qu'à l'hôpital. Certains aimeraient y avoir accès pour avoir un "brake" afin de prévenir une crise.

Le quart ont mentionné le besoin que les différents systèmes avec lesquels ils interagissent soient simplifiés (sécurité du revenu, santé et services sociaux, etc.) Le fait qu'ils ressentent peu d'énergie fait en sorte qu'ils ont souvent l'impression de se battre contre le système afin de recevoir les services dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit.

Quelques-uns auraient préféré des hospitalisations plus longues trouvant qu'on leur donnait leur congé avant même d'être complètement rétablis. Selon eux, la précarité de leur état de santé mentale lorsqu'ils quittent l'hôpital favoriserait les rechutes.

Certains (trois) sont d'avis qu'ils ont besoin de mieux connaître les ressources disponibles en santé mentale dans leur région.

Trois personnes ont aussi avoué avoir cessé leur traitement pharmacologique de manière brusque. Elles disent ne pas connaître les méthodes de sevrage à utiliser et ne pas savoir qu'il faut un sevrage.

Finalement, trois personnes ont mentionné le besoin d'être pris au sérieux par les professionnels en santé mentale. Il leur est arrivé que des professionnels ont dit ne pas croire ce qu'elles disaient ou ne pas accorder d'importance à leurs requêtes.

4.1.5 AUTRES BESOINS

Quatorze des sujets expriment le besoin de conscientiser la société au sujet de la maladie mentale. La majorité d'entre eux sont d'avis que le plus important serait de conscientiser les employeurs. En effet, la plupart accordent une grande importance au fait de pouvoir parler ouvertement de leur maladie à leur employeur. Selon les individus rencontrés, une autre population cible à conscientiser serait les familles. Une des sources de support les plus importantes pour l'individu ayant une maladie mentale est sa famille. Lorsque celle-ci est mal informée ou entretient des préjugés sur la maladie de leur proche, elle peut devenir nuisible. Par exemple, certains dénoncent le fait que des membres de leur famille les encouragent à cesser leur traitement pharmacologique.

Treize des personnes rencontrées partagent le besoin de ne pas être jugé parce qu'elles ont une maladie mentale. Elles croient que la plupart des gens entretiennent des préjugés à l'égard de leur maladie, ce qui nuit dans leurs relations interpersonnelles. Ce sentiment d'être jugé se fait surtout sentir par

des membres de la famille, des amis, et au travail chez les collègues et leur employeur. À ce sujet, un participant nous dit : *<<J'veux pas parler de ça avec eux autres (amis). J'ai, tu sais tu pourquoi, parce que j'ai trop peur de me faire étiqueter. C'est tabou la maladie mentale hein. Pi moi, ben, j'ai encore peur de me faire étiqueter.>>* (entrevue no. 8)

Un autre besoin mentionné par plus de la moitié des interviewés est celui d'un besoin d'appartenance (12/20). Il est lié directement à la maladie et à ses symptômes où la personne affectée a des comportements anormaux et des sentiments qu'elle ne croit pas pouvoir partager avec des gens "normaux" parce qu'ils sont déviants. Si nous mettons l'expression de ce besoin en lien avec le type de diagnostic il est intéressant de noter que chez les personnes ayant un diagnostic de dépression majeure, une seule manifeste ce besoin d'appartenance. Chez ceux qui sont schizophrènes, il s'agit des deux tiers alors que les personnes ayant le diagnostic de psychose maniaco-dépressive expriment tous ce besoin. On pourrait expliquer cette tendance du fait que les maladies ayant des symptômes plus dérangeants socialement font vivre un sentiment d'exclusion plus grand. En ce qui concerne les maniaco-dépressifs, à cause de l'alternance plus significative entre les périodes de rémission et de décompensation, ils ne se sentent pas tout à fait à l'aise avec les gens "normaux" et ont un faible sentiment d'appartenance au groupe de personnes ayant un trouble de santé mentale. Précisons toutefois que les schizophrènes s'identifient davantage comme vivant une maladie mentale.

Un autre élément à considérer dans leur sentiment d'appartenance est le fait qu'ils sont, dans la quasi totalité des cas, exclus du marché de l'emploi et

vivent une grande pauvreté. Ils se retrouvent donc dans plusieurs groupes d'exclus.

Sept des personnes rencontrées ont manifesté le besoin de se sentir utiles. Le plus souvent ce besoin s'exprime par le désir d'aider les autres aux prises avec une maladie mentale. À cet égard plusieurs d'entre eux ont suivi ou veulent suivre des cours en relation d'aide.

4.2 LA RÉPONSE DES APPROCHES AUX BESOINS IDENTIFIÉS

Près d'une quarantaine de besoins ont été présentés dans les pages précédentes. Nous avons vu comment ces besoins sont interdépendants tout en se rapportant à des sphères de vie identifiées en réadaptation psychosociale. Aussi, il a été question d'ouvrir une nouvelle catégorie de classification afin de tenir compte des besoins qui n'avaient pas été prévus par Wasylenki *et al.* Maintenant que nous avons dressé un portrait des besoins exprimés par la population visée, il s'agit de voir comment les modèles du *Case Management*, du Suivi intensif dans la communauté et des *Club House* arrivent à répondre à ces besoins de réadaptation psychosociale. Ainsi, pour chaque catégorie de besoin, nous verrons les moyens prévus par les différents modèles pour rencontrer les besoins de la clientèle identifiée.

4.2.1 BESOINS LIÉS À L'HABITATION

La majorité des personnes rencontrées sont prestataires de la sécurité du revenu. Ils ont par conséquent trop peu de moyens financiers pour se payer une habitation satisfaisante pour eux. Quoi qu'il en soit, ils préfèrent

généralement habiter seuls. Pour la plupart, le budget doit aussi tenir compte de dépenses régulières comme les médicaments ou les cigarettes. Un certain nombre d'entre eux ont aussi un animal de compagnie qui occasionne des dépenses supplémentaires. Leurs ressources financières limitées encouragent aussi leur isolement étant donné les frais liés au transport. Plusieurs ont mentionné le besoin d'aide en ce qui concerne l'entretien ménager. La disponibilité d'un centre de crise apparaît pour plusieurs comme un bon moyen de soutenir l'autonomie des personnes vivant seules en appartement.

Pour les praticiens qui préconisent une approche par PSI, il s'agit, pour satisfaire les besoins liés à l'hébergement, de trouver un lieu d'hébergement qui répond au degré d'autonomie du client. Ce dernier pourra être placé en foyer de groupe, en appartement supervisé, pavillon ou famille d'accueil. Au lieu d'amener les services au client, le plus souvent, ils ont tendance à le déplacer dans un autre milieu de vie auquel il devra s'adapter.

En ce qui concerne leur situation de pauvreté, l'intervenant, selon ce modèle référera et accompagnera possiblement le client aux organismes susceptibles d'améliorer ses conditions matérielles et financières (banques alimentaires ou vestimentaires, assistance sociale, cuisines collectives, etc.).

Pour les tenants du modèle *PACT*, il s'agit avant tout de maintenir le client dans son milieu de vie. Contrairement à l'approche précédente, où le travailleur social a avant tout un rôle de courtier assurant l'accessibilité aux ressources appropriées, cette approche préconise la résolution de problèmes in-vivo, dans le quotidien. C'est alors l'équipe de professionnels qui a la responsabilité d'assurer les services d'aide et de support.

L'approche *PACT*, dans ce sens, permet au client de conserver son intimité en habitant seul, selon son désir. Dans la sphère du logement, les intervenants aident principalement les clients à se trouver des chambres ou des appartements dans la communauté plutôt que d'utiliser des résidences spécialisées. Le soutien de l'équipe pour accompagner le client dans ses tâches quotidiennes et domestiques (budget, entretien ménager, etc.) apporte non seulement une aide mais favorise le développement d'habilités qui encouragent une plus grande autonomie.

En ce qui concerne le transport, nous avons vu que certains clients évitent le transport en commun parce que cela représente pour eux une trop grande source d'anxiété. L'intervention milieu du *PACT* répondra à ce besoin en accompagnant le client dans son itinéraire de transport en commun dans le but de réduire progressivement son anxiété dans cette activité. Pour pallier aux difficultés qu'amène un réseau de transport où les déplacements sont longs et les transferts fréquents, les intervenants pourraient aider le client à organiser ses déplacements de façon à ce qu'ils soient plus rentables en temps et coût.

Attirons l'attention sur le fait que les nombreux rendez-vous avec les professionnels de la santé mentale génèrent plusieurs déplacements pour les clients. L'équipe *PACT* a l'avantage de rassembler plusieurs professionnels qui se déplacent directement dans la communauté et font leurs visites au domicile du client. Par conséquent les visites extérieures sont de beaucoup réduites.

Certains ont mentionné que l'accès aisé à un Centre d'intervention de crise les encourageraient à habiter seuls en appartement. L'équipe *PACT* offre un

service 24/7 (24 heures par jour/7 jours par semaine) où des intervenants sont toujours disponibles pour se déplacer en situation de crise. Aussi, leur grande disponibilité leur permet d'agir en amont des crises de façon préventive.

Le fait que l'équipe *PACT* offre un service 24/7 dans le milieu de vie des personnes peut aussi diminuer le besoin de celles-ci de vivre à proximité des hôpitaux ou des services professionnels. Le choix de leur résidence pourrait alors répondre à d'autres besoins tels qu'être près de leur famille et de leurs proches, d'un parc ou d'un lieu d'activités sociales.

Pour ce qui est des approches communautaires de type <<*Club House*>>, elles contiennent habituellement un volet d'hébergement, le plus souvent du type logement supervisé. Des appartements sont alors rendus disponibles à un coût raisonnable. Les organismes tels que Thresholds avec son programme complémentaire Bridge pourront répondre aux besoins de support et d'aide au budget et aux activités domestiques tel que mentionné par certaines personnes interviewées.

Pour ce qui est des autres besoins liés à l'habitation et au budget, le modèle de réadaptation du *Club House* décrit peu les interventions prévues par son programme de services. Puisque les services sont habituellement offerts à partir du Club, on suppose que les membres habitent de façon autonome leur logement sans y recevoir de service. En ce qui a trait au budget, on peut imaginer qu'une aide est apportée à ceux qui en présente le besoin ou les personnes sont référées à un organisme qui saurait y répondre.

4.2.2 BESOINS LIÉS AU TRAVAIL ET AUX ÉTUDES

Les entrevues nous ont permis de constater que la majorité des personnes rencontrées désirent travailler un jour bien que la plupart ne se sent pas encore prêtes. Au besoin de travailler s'ajoutent directement les besoins d'un sentiment d'appartenance, d'utilité et de valorisation sociales. Pour plusieurs le travail est aussi un moyen de répondre à leur besoin de socialiser. Enfin, un travail bien rémunéré pourrait leur permettre de sortir de la pauvreté. Au travail, ils souhaitent avoir un horaire et des tâches adaptés à leurs limites. Ils ressentent le besoin de ne pas être jugés pour leur maladie mentale. Pour plusieurs, prendre des cours est aussi un moyen de répondre aux attentes énoncées ci-haut. Les principaux éléments qui les préoccupent, en lien avec un travail ou des études concernent l'horaire et le coût de ces activités.

Le Plan de services individualisé tient compte du besoin de travailler ou de suivre des cours. Le travailleur social facilitera l'accessibilité à son client à un centre de travail adapté ou à une ressource de formation professionnelle. La principale critique des usagers à l'égard de ces ressources est que le travail auxquels ils sont initiés ne les intéresse pas véritablement. Le choix des types de travail disponibles est aussi très limité en quantité et en genre.

Le modèle *PACT*, quant à lui, privilégie une toute autre approche pour l'intégration au travail. C'est l'individu qui choisira l'endroit où il aimerait travailler. L'équipe prendra contact avec l'employeur pour le conscientiser et l'informer quant aux capacités de la personne à accomplir le travail visé. Un horaire adapté pourrait être négocié. Un membre de l'équipe recevra la formation au travail avec le client. Lors des premières semaines de travail,

l'intervenant accompagne le client pour renforcer ses apprentissages. Lorsque le client a atteint son autonomie dans le travail, le support est assuré de façon ponctuelle (au besoin). Un contact peut être maintenu avec l'employeur si nécessaire. Ce type d'intégration peut aussi être offert pour suivre des cours.

Cette approche a l'avantage de respecter davantage les intérêts et les goûts du client et d'offrir un support plus individualisé. Elle implique toutefois l'adaptation d'un individu au marché de l'emploi et au système d'éducation destinés à une population n'ayant pas d'handicap. Pour ce qui est des cours, ils demeurent souvent peu abordables pour les personnes qui dépendent de la sécurité du revenu.

Les approches de type *Club House* se préoccupent elles aussi de l'intégration au travail de leurs membres. Des tâches assurant le fonctionnement du Club sont distribuées parmi les membres intéressés. Tout comme l'approche *PACT*, les intervenants enseignent les tâches aux membres en les accomplissant avec eux. Le fait que le travail est réalisé au sein du Club offre l'avantage de ne pas avoir à subir les préjugés d'un employeur et d'un environnement peu tolérant face aux limites de l'individu atteint de maladie mentale. Toutefois, il en résulte que le Club devient une sorte de ghetto ou de mini-société qui reste en marge de la société réelle. Aussi, cette attitude ne favorise pas la conscientisation de la société à la maladie mentale. Il est à noter que le volet travail du programme inclut aussi des stages dans différents commerces de la communauté avec lesquels le *Club House* a établi des liens. Ces stages sont généralement financés par le Club. Les milieux de stage y trouvent certainement un avantage pécuniaire.

Pour ce qui est des cours, le Club offre à ses membres des cours selon les intérêts de la majorité et des activités ayant pour objectifs, par exemple, le développement d'habiletés sociales ou l'éducation au sujet de la médication. Ces cours sont gratuits ou abordables pour les membres du Club.

4.2.3 BESOINS DE TYPE SOCIAL/RÉCRÉATIONNEL

Rappelons-le, le besoin le plus souvent mentionné par les répondants comme étant le plus important est celui de combler les temps libres par des activités divertissantes et stimulantes. Les relations intimes avec une personne de sexe opposé sont recherchées par plusieurs. Pour ceux qui ont des enfants d'âge mineur, le besoin de les voir plus souvent est aussi énoncé. Pour certains, les relations avec leur famille sont difficiles et ils ressentent le besoin de les améliorer. Plusieurs répondants trouvent peu aisé d'initier les contacts avec d'autres et se faire des nouveaux amis alors qu'ils voudraient se socialiser davantage.

Comme c'est le cas pour la majorité des besoins des clients, les intervenants qui utilisent le PSI réfèrent la clientèle aux ressources qui offrent des activités sociales. Selon les dires des personnes rencontrées, il semble que trop peu d'activités sont organisées dans la communauté par les organismes en santé mentale. La principale critique est que les activités sont peu stimulantes et divertissantes. Il peut être difficile aussi de retrouver dans ce réseau d'activités celles qui répondent aux intérêts de chacun. De même, la référence aux organismes existants n'est parfois pas suffisante. Les clients ont parfois de la difficulté à faire le premier pas, à initier le premier contact.

L'approche *PACT* arrive à pallier cette limite puisque un membre de l'équipe d'intervention se rendra disponible pour accompagner l'utilisateur à sa première rencontre (ou davantage si nécessaire) pour faciliter son contact avec un groupe social. Cette intervention ne se limitera pas aux activités organisées par le réseau en santé mentale car elle partira des intérêts du client pour des activités et l'accompagnera dans ses démarches pour y participer.

Les relations avec la famille sont aussi ciblées par l'intervention de l'équipe. Support et éducation sont offerts à la famille et aux proches de l'individu qui en fait la demande.

Le modèle *Club House* offre à ses membres plusieurs activités organisées par ces derniers. Ces activités sont organisées selon les intérêts de la majorité des membres. Il peut être plus aisé pour les membres d'y participer puisqu'ils connaissent les autres participants.

La question des relations intimes est traitée séparément puisqu'elle ne fait pas partie des objectifs ou considérations théoriques d'aucune des approches présentées. Toutefois nous pouvons croire que le modèle du *Club House* pourrait favoriser le développement de liens intimes parmi ses membres étant donné la participation plus fréquente des adhérents au Club et le contexte plus familial de la ressource.

4.2.4 BESOINS DE TYPE MÉDICAL/THÉRAPEUTIQUE

Les besoins associés à la dimension médicale et thérapeutique sont nombreux et diversifiés. Au niveau des médicaments les personnes rencontrées ont

mentionné des besoins liés au contrôle des effets secondaires et à l'information donnée à ce sujet ainsi que sur le sevrage. Plusieurs veulent plus de professionnels pour les aider, plus de thérapie pour parler de leur vécu, et certains mentionnent le besoin d'un réseau d'entraide. Ils ressentent le besoin d'accepter leur maladie mentale et leurs limites pour leur permettre d'avancer. Les consultations avec le psychiatre sont, d'après la majorité, trop courtes.

En ce qui concerne les hospitalisations, ils sont d'avis que leur état de santé mentale est très précaire au moment de leur sortie de l'hôpital et trouvent ardu le retour à la vie quotidienne. D'après leurs commentaires, une meilleure accessibilité au centre de crise (plus de places, séjour plus long et ne pas avoir à dépendre de références) les aiderait à prévenir les rechutes.

En ce qui a trait aux ressources communautaires, certains ont mentionné que des ressources devraient être destinées aux personnes ayant le même diagnostic. Pour eux, les besoins et intérêts diffèrent selon la maladie. Effectivement, le recensement des besoins dans notre étude révèle certaines distinctions selon le diagnostic.

Enfin, près de la moitié des personnes interviewées ont le sentiment de se battre pour recevoir les services auxquels elles ont droit. Elles accusent principalement la lourdeur bureaucratique d'être responsable de cette situation. Elles souhaitent surtout que les démarches soient simplifiées.

Au niveau médical et thérapeutique, la totalité des personnes rencontrées sont suivies par un psychiatre. Bon nombre d'entre elles reçoivent de plus le support d'un travailleur social et d'intervenants du milieu communautaire.

D'après le modèle du Plan de services individualisé, il s'agit pour le travailleur social de concerter les ressources selon les besoins du client. En ce qui a trait aux besoins liés à la fréquence ou durée des rencontres avec les professionnels peu de changements peuvent être apportés sinon un changement de professionnel. Pour les besoins rattachés à la médication, c'est avant tout le psychiatre qui en a la responsabilité. Le PSI permettra toutefois de référer les clients vers les ressources offrant le type de support qu'ils recherchent (entraide, thérapie, etc.). Cependant nous ne pouvons négliger le fait que plusieurs ont noté un manque de ressources ce qui a pour conséquence des listes d'attente longues et une réduction de la fréquence des rencontres. Le PSI dans ce sens dépend largement de la disponibilité des services.

Le PSI s'adapte aux besoins changeants du client. Ainsi, lorsque ce dernier est hospitalisé, vit une situation de crise ou quitte l'hôpital suite à une hospitalisation il est dirigé vers les services appropriés. Encore une fois, cela dépend de la disponibilité de ces ressources. Bien que le coordonnateur de services accompagne le client dans ses démarches et le réfère pour lui assurer l'accès aux ressources, ce dernier peut avoir le sentiment de se battre contre le système lorsque les services ne sont pas disponibles pour répondre à ses besoins rapidement.

Le fait que le psychiatre fasse partie de l'équipe *PACT* avec les autres professionnels et qu'il intervienne dans le milieu de vie de la personne a l'avantage qu'il est plus au courant des besoins de cette dernière. Aussi, le faible ratio professionnel/client fait aussi en sorte que le psychiatre est plus disponible pour accorder du temps à chaque client. Cependant, l'approche

PACT est avant tout orientée vers la résolution de problèmes et accorde moins d'importance à l'aspect thérapeutique de l'intervention. Ainsi << dans le contexte d'une relation d'aide à long terme, les membres de l'équipe cherchent à éduquer le client au sujet de sa maladie et parfois à lui apprendre à gérer ses symptômes lui-même.>> (Test, 1998 p.125).

Comme nous l'avons vu plus tôt, la disponibilité 24/7 de l'équipe assure l'intervention en situation de crise. Puisque cette approche favorise le maintien dans le milieu de vie des personnes, la sortie d'une période d'hospitalisation mobilisera l'équipe de manière à ce que le client reçoive le support nécessaire pour retrouver l'autonomie qu'il avait avant d'être hospitalisé. En effet, l'approche *PACT* offre l'avantage de s'adapter rapidement aux besoins changeants du client. Par moments l'encadrement sera plus étroit et le support quotidien alors qu'à d'autres moments l'intervention sera surtout ponctuelle.

La responsabilité de l'intervention revient à l'équipe multidisciplinaire et le client n'a pas à faire de nombreuses démarches pour avoir accès aux services professionnels. Les références à des ressources extérieures sont rares et c'est l'équipe qui répond aux besoins du client. En conséquence, le délai d'intervention est rapide et le sentiment d'avoir à "se battre" pour obtenir des services est réduit. À ce sujet, si un service n'existe pas dans la communauté, s'il est peu accessible ou répond mal au besoin du client, c'est l'équipe qui répondra au besoin avec un service "sur mesure".

Les Clubs House recourent habituellement à la visite d'un psychiatre pour informer les membres sur les aspects médicaux de la maladie mentale. Bien

que le modèle du *Club House* accorde une importance à la dimension biomédicale de la problématique, leurs services sont surtout orientés vers le social. On réfère habituellement les membres aux ressources extérieures en santé mentale pour les services de type médical/thérapeutique. Des intervenants, pas nécessairement des professionnels, sont disponibles sur place pour offrir support, conseil et assistance. L'entraide est très valorisée et encouragée entre les membres, ce qui répond à un besoin soulevé par ceux-ci. Rappelons ici que ce modèle a pris naissance au sein d'un groupe d'ex-psychiatisés qui se procuraient entraide. Le Club offre aussi de l'information sur les médicaments, la maladie mentale et la gestion des effets secondaires dans le but que les membres respectent leur traitement pharmacologique (Dincin, 1995).

Bien que certains aient parlé d'un besoin de diviser les ressources selon le diagnostic, les Clubs rassemblent généralement ceux qui sont aux prises avec un trouble sévère et persistant de la maladie mentale sans égard à leur diagnostic précis.

Les intervenants du Club accompagnent les membres dans leurs démarches pour obtenir les services dont ils ont besoin dans la communauté. Comme c'est le cas avec le PSI, cela dépend naturellement de la disponibilité des services.

4.2.5 AUTRES BESOINS

La réadaptation psychosociale dans la littérature est le plus souvent traitée selon les quatre dimensions que nous avons utilisées dans notre recherche.

Nos entrevues nous ont amené à créer une cinquième dimension de besoins souvent négligés dans les études consultées. Plus de la moitié des personnes interviewées ont, par exemple, mentionné les besoins de ne pas être jugé, que leur entourage soit conscientisé au sujet de la maladie mentale et/ou le besoin d'avoir un sentiment d'appartenance. Plusieurs ont aussi partagé le besoin de se sentir utiles.

L'orientation du plan de service individualisé dépend de l'évaluation des besoins du client faite par le travailleur social. Rappelons que les usagers dénonçaient le fait qu'on tenait peu compte de leur point de vue dans cette approche (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Il est vrai que ces besoins, moins concrets et plus personnels, peuvent être difficiles à évaluer. Conséquemment, peu de services ciblent directement la satisfaction de ces besoins. Selon la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM), les proches seraient peu consultés, peu impliqués dans les PSI (Comité de la santé mentale du Québec, 1997). Cette mise à l'écart de la famille et des amis ne permet pas de satisfaire le besoin de conscientiser l'entourage sur la maladie mentale.

L'approche *PACT* intègre davantage la satisfaction de ces besoins. L'équipe intervient au niveau des relations avec la famille dans une perspective de soutien et d'information (Test, 1998). De plus, ce modèle intervient dans le milieu de vie de la personne en respectant son sentiment d'appartenance à sa communauté, son quartier, son logement. En n'ayant pas recours à des services spécialisés en santé mentale et en favorisant l'intégration de l'individu dans la société, il est possible à la fois de sensibiliser celle-ci tout en démystifiant la maladie mentale. À ce sujet, Stein et Test (1982) nous disent :

<<Their only need that the rest of us do not specifically require is support directed at the community in which they live. The community must be helped to learn how to accept their presence and accept them as members...>> (p.59)

<<Rather than attempting to mount a mass education program we decided to educate and support community members every time there was a problem between a patient and a community member>> (p.64)

Le processus de conscientisation se faisant à petite échelle, dans l'entourage de l'individu, il lui arrivera tout de même d'avoir le sentiment d'être jugé par ceux qui ne sont pas sensibilisés à la problématique de santé mentale.

Pour le modèle du *Club House*, ces besoins mentionnés par les personnes interviewées sont d'une importance capitale. D'ailleurs, la philosophie de cette approche se base sur ces besoins. À ce sujet, un des fondateurs de cette approche, Beard, nous dit : *<<It's important, we believe, for people who have a history of mental illness to be needed by the community, not just theoretically but practically>> (Beard dans Glasscote, 1971).*

Le *Club House* tente de redonner un sentiment d'appartenance et d'être utile à ses membres en formant une mini communauté. La philosophie de cette approche suppose que ces sentiments apporteront aux membres la force et la conviction d'avoir une place dans la société et l'assurance nécessaire pour l'occuper.

Dans ce sens, les membres développent un sentiment d'appartenance au Club. Cependant, le fait de satisfaire ces besoins presque uniquement au Club, peut

avoir comme effet de renforcer leur sentiment d'exclusion du reste de la société.

Pour le *Club House*, les proches des membres ont une place cruciale dans la réadaptation de ces derniers. Dincin (1995), premier directeur de *Thresholds*, croit que la famille est le réseau de support le plus solide. Elle a cependant souvent souffert des effets de la maladie. C'est pourquoi leur programme inclus un volet pour la famille et les proches qui procure soutien, information et conscientisation.

4.3 BESOINS IDENTIFIÉS EN LIEN AVEC LA THÉORIE DE MASLOW

4.3.1 RÉSULTATS ET BESOINS DE MASLOW

Nous avons choisi d'utiliser les catégories proposées par Wasylenki *et al.* pour analyser les besoins identifiés par les usagers. Nous nous sommes rendu compte en compilant les données et en faisant les comparaisons avec les trois approches psychosociales que les dimensions humanistes de croissance personnelle, d'estime de soi et d'amour, et d'appartenance rassemblent plusieurs besoins énoncés par les participants. Aussi, nous avons remarqué que ces dimensions étaient représentées à différents degrés dans les approches étudiées. Cependant, la classification de Wasylenki *et al.* ne nous permet pas d'apprécier les dimensions plus psychologiques. C'est pour cette raison que nous avons jugé pertinent d'intégrer la théorie des besoins de Maslow dans notre discussion des résultats.

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les écrits de Maslow stipulent que les êtres humains sont motivés à satisfaire cinq types de besoins (physiologiques, sécurité, amour, estime de soi et des autres, et croissance personnelle) organisés de manière hiérarchique où les besoins de chaque niveau doivent être comblés avant de satisfaire ceux du niveau suivant. D'après Arkes et Garske (1977), dans notre culture, l'adulte a généralement satisfait la plupart de ses besoins de sécurité. Ce qui présuppose que les besoins physiologiques du premier niveau sont aussi comblés. Ils est par conséquent motivé par les besoins des niveaux supérieurs qui sont davantage psychologiques (Arkes et Garske, 1977).

Les maladies mentales sévères et persistantes telles la schizophrénie ou la maniaco-dépression ont des effets importants sur ces besoins de base que les gens en santé prennent pour acquis. Pensons seulement aux symptômes de la maladie qui affectent au niveau physiologique l'appétit, le sommeil, les fonctions sensorielles et ceux qui, au niveau de la sécurité, amènent la personne à se sentir menacée, en danger, anxieuse ou angoissée. La maladie a alors comme conséquence de centrer la motivation de l'individu sur la satisfaction de ces besoins. Toute l'attention accordée à ces besoins de base rend difficile pour la personne atteinte de maladie mentale, en période active de la maladie, la satisfaction des besoins supérieurs d'amour, d'estime de soi et de croissance.

Bien entendu, lorsque les symptômes sont traités, l'individu peut poursuivre son ascension dans la hiérarchie de ses besoins. Cependant nous devons attirer l'attention sur les faits suivants. D'abord, selon la théorie de Maslow, pour satisfaire les besoins d'un niveau, les besoins des niveaux inférieurs

doivent être comblés. Ensuite, plus les niveaux sont élevés, plus ils sont complexes (psychologiques) et difficiles à satisfaire. Enfin, une large proportion des personnes ayant une maladie mentale sévère et persistante font une rechute à l'occasion de laquelle les symptômes actifs réapparaissent. En conséquence, lorsqu'une personne fait une rechute, elle se retrouve en état d'urgence où elle n'est motivée qu'à satisfaire ses besoins les plus primaires. Les besoins supérieurs d'où elle tirait sa source de motivation avant la crise sont abandonnés jusqu'au moment où elle sera stabilisée à nouveau. À ce sujet, Maslow nous dit que : <<*The threat of chaos [...] can be expected [...] to produce a regression from any higher needs to the more prepotent safety needs.*>> (1970, page 43).

Alors que les symptômes de la maladie sont étroitement liés aux deux premiers niveaux (physiologiques et de sécurité), les niveaux supérieurs sont aussi grandement affectés par la maladie. En effet, les rechutes, puisqu'elles ont pour effet de centrer la personne sur ses besoins primaires, l'empêchent par moment de satisfaire les besoins plus élevés. À ce sujet Arkes et Garske (1977) nous disent que lorsque les besoins d'amour et d'appartenance sont lésés, il peut en résulter chez la personne un sentiment de rejet, de solitude et d'exclusion, ce qui a des effets psychologiques importants. Les besoins d'estime, quant à eux, lorsqu'ils ne sont pas comblés amènent un sentiment d'infériorité, d'impuissance. En somme, ces besoins supérieurs, en plus d'être difficiles à satisfaire et d'être négligés par les personnes dont la santé mentale n'est pas stable, entraînent, lorsqu'ils ne sont pas comblés adéquatement, des troubles psychologiques importants.

Par conséquent, dans la réadaptation psychosociale de l'individu, il est impératif d'intervenir au niveau des besoins supérieurs aussi bien que pour ceux attaqués directement par les symptômes de la maladie. C'est ce que certaines approches défendent. Comme nous venons de le voir, les besoins physiologiques et de sécurité sont ceux qui sont les plus affectés par les symptômes de la maladie. De surcroît, la situation de pauvreté, de manière plus indirecte que les symptômes de la maladie, rend encore plus difficile la satisfaction de ces besoins.

Les trois approches présentées préconisent le traitement par médicament pour contrôler les symptômes. Pour la personne atteinte de maladie mentale, les médicaments jouent donc un rôle important dans la régulation de ses besoins de base. Pour les tenants des approches utilisées dans cette recherche, le contrôle des symptômes de la maladie est à la base du programme de réadaptation psychosociale. Aussi, les trois approches étudiées, comme nous l'avons présenté précédemment, apportent le support nécessaire pour combler ces premiers besoins par les services appropriés. Ainsi, avant de s'attarder aux besoins de socialiser ou de travailler on s'assurera par exemple que la personne aura mangé et possède un logement convenable.

Selon les critères de sélection de la présente étude, l'état des participants devait être stable. Par conséquent la présence de symptômes de leur maladie est donc contrôlée et diminuée. On peut donc estimer que les besoins de base sont relativement satisfaits. En effet, si l'on étudie les besoins énoncés par les participants selon les catégories hiérarchiques de Maslow on se rend compte que ce sont les besoins des niveaux supérieurs qui ont tendance à être le plus souvent identifiés. Notons toutefois que ce dernier exercice est limité. En

effet, puisque la structure de l'entrevue et la compilation des besoins se sont inspirés des catégories de Wasylenki *et al.*, il est logiquement impossible de classer tous les besoins identifiés selon les catégories de Maslow. Ainsi, certains besoins dont tient compte Wasylenki *et al.* seront ignorés par Maslow et vice-versa.

Certains besoins les plus souvent énoncés par les participants s'identifient très bien à la théorie de Maslow. Par exemple, les deux besoins les plus fréquemment mentionnés sont des besoins de croissance : le besoin d'activités et le besoin de travailler. Le besoin de sensibiliser la société à la maladie mentale et celui de ne pas être jugé sont définitivement liés au besoin d'estime des autres. Les besoins d'amour et d'appartenance se définissent par les participants entre autres par des besoins d'un sentiment d'appartenance, de socialiser et d'affection. Sans avoir procédé à une catégorisation systématique des besoins identifiés dans notre recherche selon la hiérarchie de Maslow, nous voyons tout de même que les besoins d'amour, d'estime et de croissance ont leur importance dans la vie de ceux qui vivent avec une maladie mentale.

4.3.2 MODÈLES DE RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ET LES BESOINS DE MASLOW

Voyons maintenant de quelle manière les modèles de *Case Management*, *PACT* et *Club House* tiennent compte de ces besoins supérieurs dans l'élaboration de leur programme.

La structure du modèle de *Case Management* ne semble pas particulièrement axée sur les besoins d'amour, d'estime ou de croissance. En effet, le but

premier de cette approche est d'assurer la continuité des soins entre les différents dispensateurs de services en facilitant leur accessibilité. Puisque ce n'est pas le case manager qui répond lui-même aux besoins du client on imagine facilement qu'il est peu probable que la relation aidant-aidé se développe selon les principes humanistes. En effet, l'intervention du case manager est davantage technique.

Pour ce qui est des dispensateurs de services, rares sont ceux qui offriront des services ayant pour but de répondre à des besoins comme l'amour, l'estime ou la croissance. On offrira plutôt des services par le biais desquels il sera peut-être possible de répondre indirectement à ces besoins. Par exemple, lorsque le besoin identifié est celui de travailler, les moyens utilisés pour le satisfaire ne permettront pas nécessairement une croissance personnelle ou le développement d'un sentiment d'appartenance.

Sachant que le Case Manager n'assure pas un suivi de sa clientèle à une fréquence quotidienne ou hebdomadaire, il peut être malaisé pour lui d'évaluer les besoins en constante évolution de ses clients. Cela est d'autant plus vrai que les besoins supérieurs sont plus difficiles à évaluer en raison de leur nature très subjective.

En ce qui concerne l'approche *PACT*, le contact fréquent de l'équipe avec sa clientèle permet d'être plus à l'écoute de leurs besoins. Aussi, le suivi à long terme des clients favorise la satisfaction de besoins tels l'estime de soi et des autres ou encore la croissance personnelle.

Deux éléments particuliers au programme *PACT* semblent rejoindre les besoins de haut niveau identifiés par Maslow. D'abord le volet conscientisation du programme permet de répondre à plusieurs besoins liés à l'estime de soi et des autres. En effet, le fait de sensibiliser à la problématique de santé mentale les citoyens dans l'environnement du client peut améliorer l'image de la personne ayant une maladie mentale et diminuer la stigmatisation. Les participants à notre recherche mentionnent justement en grand nombre les besoins de sensibiliser la société à la maladie mentale et celui de ne pas être jugé.

L'autre élément relevé du programme *PACT* concerne le besoin d'appartenance des personnes. Les services spécialisés, destinés uniquement aux personnes ayant une maladie mentale ne font que renforcer l'identité de malade. L'équipe *PACT* favorise plutôt la participation de la personne aux prises avec des troubles de santé mentale à des activités destinées au grand public. C'est ainsi qu'il est possible de développer un sentiment d'appartenance à des milieux non identifiés à la maladie. Par exemple, la personne fera partie d'une équipe sportive, participera à une fête de quartier ou écrira dans le journal de sa paroisse. Indirectement, découvrir une appartenance à des milieux "normaux" peut de plus renforcer l'estime de soi de ceux qui se sentent dévalorisés par leur maladie.

En ce qui concerne les besoins de croissance mentionnés par les participants à cette recherche, le programme *PACT* prévoit dans son programme des activités de réinsertion au travail. Les tenants de ce modèle préconisent la recherche d'un emploi qui saura répondre tant au potentiel du client qu'à ses goûts personnels et à ses intérêts. On ne se limite donc pas dans cette approche aux ateliers protégés qui offrent peu de variété quant aux milieux de travail. La

satisfaction des besoins de croissance par le travail ou d'autres activités valorisantes paraît supportée par le programme *PACT*.

Des trois approches présentées, c'est certainement celle des *Club House* qui présente le plus de moyens pour répondre aux besoins d'amour, d'estime et de croissance personnelle. C'est sans doute parce que ce modèle de réadaptation psychosocial est fondé sur les valeurs humanistes. On remarque rapidement dans la littérature décrivant le programme du *Club House* que les services offerts sont destinés à répondre à ces besoins.

Premièrement, dans les Clubs House le statut de membre favorise un sentiment d'appartenance au Club. De plus, les membres participent à toutes les décisions qui concernent le Club. Toutefois, nous avons noté plus tôt la limite que constitue le fait de favoriser l'appartenance au club en formant une sorte de mini-société ou un ghetto.

Tessier et Clément ont ceci à dire au sujet de l'estime de soi des membres des clubs psychosociaux :

<<À mesure que le membre prend conscience de son potentiel et de ses réalisations, sa confiance augmente et il s'engage davantage, ce qui développe son sens des responsabilités et finalement son estime de soi. L'engagement dans le club est valorisant à plusieurs égards, et le sens de la contribution positive qu'il procure aux participants est considéré comme un élément essentiel de son succès.>>

Nous partageons l'avis de ces auteures et croyons que les différents volets du programme offrent la possibilité de développer les compétences des membres de manière naturelle en travaillant côte-à-côte avec les intervenants.

On retrouve aussi dans le programme des Clubs psychosociaux des activités orientées vers un retour sur le marché du travail. Ces activités peuvent satisfaire les besoins de croissance personnelle des membres dans la mesure où elles rejoignent les intérêts et goûts de ces derniers. Contrairement au modèle *PACT*, les *Club House* se limitent à des milieux de stage prédéterminés dans la communauté offrant par conséquent un moins grand choix d'emplois.

La forte dimension sociale du Club, par ses activités de loisirs ou son café rencontre permet aux membres de développer des relations interpersonnelles avec les autres personnes qui fréquentent le Club. Sachant que l'isolement est un problème majeur des personnes souffrant de maladie mentale et que leurs habiletés sociales sont habituellement peu développées, le Club leur offre un endroit où elles se sentent en confiance d'établir de nouveaux liens sociaux. Cet aspect du programme est en lien avec la satisfaction des besoins d'amour et d'acceptation.

En somme, les catégories de Wasylenki *et al.* étaient insuffisantes pour mettre en valeur les besoins identifiés par les personnes rencontrées en entrevue. La théorie de Maslow nous a permis d'approfondir notre compréhension de l'importance accordée par les usagers aux besoins de croissance, d'estime et d'amour, et d'appartenance. Nous savons que les programmes étudiés répondent aisément aux besoins de base. En ce qui concerne les besoins plus élevés dans la hiérarchie de Maslow, les programmes de *Case Management*,

PACT et de *Club House* n'y répondent pas de la même manière, ni avec la même intensité. Les Clubs House ont un programme, basé sur les valeurs humaniste, qui semble plus orienté vers la satisfaction de ces besoins.

5. CONCLUSION

La réflexion qui nous a amené à se questionner sur les besoins de réadaptation psychosociale selon la perception de la population ayant des troubles sévères et persistants de santé mentale s'articule autour du fait que les politiques s'engagent vers un nouveau mouvement de désinstitutionnalisation et de non hospitalisation alors que les dernières tentatives se sont soldées par de grandes difficultés à intégrer les personnes psychiatriquées dans la société. On parlera tantôt d'un manque de coordination des services, tantôt d'un manque de financement ou d'une société mal préparée à inclure une population jusque-là recluse pour expliquer le problème.

Certains chercheurs se sont attardés à l'opinion des usagers pour enquêter sur leur satisfaction des services dispensés par différents organismes. Peu se sont questionnés sur l'opinion des usagers de leurs besoins, et aucun ne semble les avoir interrogés sur leur perception de leurs besoins de réadaptation psychosociale. C'est précisément la question qui nous intéresse dans le but d'avoir une meilleure connaissance des besoins de réadaptation psychosociale selon la perspective des usagers. Ces connaissances, nous croyons, pourraient nous aider à définir le type de services à mettre en place pour supporter les objectifs gouvernementaux de réduire les hospitalisations tout en favorisant l'autonomie des personnes dans la communauté.

Nous nous sommes basés sur différentes approches de réadaptation psychosociale pour baliser notre recherche. Le modèle du *Case Management* est préconisé pour pallier au manque de continuité dans le système de services en santé mentale. L'intervenant qui l'utilise a comme principale fonction la

coordination des services pour répondre aux besoins de l'utilisateur. Les services destinés à ce dernier sont dispensés par différents organismes de la communauté. Le modèle *PACT*, d'origine américaine est tridimensionnel : traitement, réadaptation et soutien. Le suivi intensif se fait dans le milieu de vie de la personne. C'est une équipe multidisciplinaire, habituellement rattachée à un hôpital, qui assume la responsabilité des interventions. Les services sont dispensés par l'équipe en ayant recours, de façon ponctuelle, aux ressources extérieures. Le troisième modèle étudié est celui des *Club House* comme *Fountain House* ou *Thresholds*. De type communautaire, ce modèle adhère à une philosophie humaniste. Les intervenants qui y travaillent ne sont pas nécessairement des professionnels. Selon cette approche, l'organisme devient une sorte de mini-communauté où les membres développent un sentiment d'appartenance et d'être utile.

De manière à obtenir une description des besoins liés à la réadaptation psychosociale, nous avons dirigé nos entrevues selon les quatre sphères de besoins identifiées par Wasylenki et al. (1981) : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel. Les données recueillies en entrevue ont été classifiées selon ces catégories. Nous nous sommes aussi inspirés de la théorie de la motivation de Maslow pour répertorier une cinquième catégorie de besoins. Les trois approches étudiées nous ont permis de voir quels moyens elles se donnent pour répondre aux besoins identifiés par les participants.

Les données recueillies nous ont permis de dresser une liste de besoins selon les quatre catégories prédéterminées. Les besoins qu'on y retrouve ressemblent généralement à ceux que l'on identifie dans les recherches qui

s'intéressent à la question de réadaptation psychosociale. Par exemple les études s'entendent pour dire que les personnes aux prises avec un trouble sévère et persistant de santé mentale ont besoin de briser leur isolement, de travailler, d'avoir des activités pour occuper leurs temps libres, de recevoir de l'information sur leur maladie, etc.

Le fait de s'être attardé à la perception des usagers de leurs besoins psychosociaux et d'avoir procédé par entrevues semi-dirigées pour les connaître nous a permis de dégager une description et une compréhension des besoins plus dynamiques. Bien qu'à un premier niveau nous ayons identifié le besoin de travailler comme un des besoins les plus importants chez les personnes rencontrées nous avons pu reconnaître que ce besoin est motivé par d'autres besoins. Par exemple, au besoin de travailler sont liés les besoins : de socialiser, d'avoir un sentiment d'appartenance, d'avoir plus d'argent, d'occuper ses temps libres, d'actualisation, d'estime personnelle, etc. Mais la satisfaction du besoin de travailler, en ayant un emploi, ne comblera pas *de facto* tous les besoins qui s'y rattachent.

À ce sujet, certaines personnes interviewées font la critique des ateliers de travail protégé où le travail offert est parfois comparable à celui d'une machine. Aussi, en lien avec le besoin de travailler, près de la moitié des personnes rencontrées aimeraient être employées comme intervenant en santé mentale. Ce dernier type d'emploi répondrait davantage à des besoins tels le sentiment d'être utile ou d'appartenance et est plus valorisant que le premier. Les commentaires reçus des personnes au sujet de leurs besoins nous ont permis d'apporter ce type de nuance.

Cette préoccupation pour le point de vue des participants nous a toutefois rendu la tâche de catégorisation des besoins ardue. Les interprétations que chacun apportait à ses propres besoins et les nuances dont nous avons voulu tenir compte nous ont amené à voir que le cadre de classification que nous avons choisi était trop rigide. C'est d'ailleurs ce qui nous a poussé à créer une cinquième catégorie de besoins. Il n'en reste pas moins que les catégories ne nous permettaient pas d'apprécier à leur juste valeur les interactions entre les besoins et la motivation qui vise à les satisfaire.

Ce constat nous fait voir l'importance de tenir compte de l'interdépendance entre les besoins des personnes. Pourtant la majeure partie des services en santé mentale sont divisés pour répondre à des besoins précis. La spécialisation des services a eu pour effet de compartimenter les besoins, un peu comme nous avons été tentés de le faire dans cette recherche. À ce sujet, il semble que les approches étudiées dans le cadre de la présente recherche aient, à différents degrés, une préoccupation pour la continuité entre les services. Les moyens qu'ils utilisent pour ce faire et les résultats qui en découlent semblent cependant variables d'un modèle à l'autre.

Ensuite, les catégories choisies n'arrivaient pas à inclure tous les besoins répertoriés. Nous en avons donc créé une cinquième. Les besoins que l'on retrouve dans cette catégorie additionnelle sont des besoins liés à l'intégration sociale des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Celui nommé le plus souvent est celui de conscientiser la société au sujet de la maladie mentale. Le suivant concerne le besoin de ne pas être jugé. Le besoin d'appartenance est partagé par un peu plus de la moitié des participants. Et d'autres ont aussi mentionné celui de se sentir utile. Selon la théorie de

Maslow, ces besoins se réfèrent aux besoins supérieurs d'appartenance et d'estime des autres. Selon la logique de l'auteur, ces derniers seraient à satisfaire pour qu'un individu puisse se réaliser dans tout son potentiel.

Ces besoins regroupés dans une catégorie additionnelle nous donnent l'image que la réadaptation psychosociale ne doit pas passer seulement par la personne ayant une maladie mentale mais doit aussi tenir compte de la communauté dans laquelle elle se trouve. Le fait que ces besoins soient ressortis en entrevue avec autant d'importance pourrait refléter le manque d'ouverture dans la société pour intégrer les personnes affectées par des troubles sévères et persistants de santé mentale. On peut aussi en déduire que la population générale pourrait bénéficier d'efforts de conscientisation pour faciliter le retour dans la communauté de personnes ayant un vécu psychiatrique.

Nous ne pouvons sous-estimer l'importance des interactions de la personne et de son environnement et des effets qu'elles auront sur sa réadaptation et son intégration sociale. Le soutien et l'information à la famille et à l'entourage est un moyen à privilégier dans cette optique.

Nous avons choisi de créer une cinquième dimension de besoins de réadaptation psychosociale parce que nous croyons aussi que les besoins liés à l'intégration sociale de l'individu doivent tout autant faire partie de sa réadaptation que ceux liés au traitement ou à l'habitation. Si l'on décourage les hospitalisations des personnes ayant une maladie mentale, il est essentiel qu'ils se sentent acceptés dans la société avec leur maladie. Un programme comme celui de *PACT* intègre des besoins tels la conscientisation ou le

sentiment d'appartenance avec les autres. Le modèle des *Club House* valorise aussi le sentiment d'appartenance et d'être utile dans son programme de services. Ces besoins, exprimés par la majorité des participants dénotent définitivement un manque à combler.

La description des besoins met aussi en évidence la prépondérance des besoins de type médical/thérapeutique. En effet, plus de la moitié des besoins énoncés lors des entrevues concernent cette dimension. Notre recherche nous pousse à nous questionner sur cette réalité. Est-ce un manque à combler dans les services de cet ordre? Ou est-ce le fait que la maladie prend une très grande place dans la vie des personnes touchées par un trouble psychiatrique sévère et persistant?

Nous ne devons négliger le fait que les besoins exprimés sont ceux qu'ils connaissent. Justement chez ceux qui ont connu la maladie plus tard dans leur vie, on dénote plus d'insatisfactions. Ainsi, pour celui qui n'a jamais travaillé, le besoin de le faire est beaucoup moins important que pour celui qui a connu l'expérience d'une carrière. Il était par conséquent impossible de présenter de manière exhaustive les besoins de la population visée par la recherche. De surcroît, comme nous le démontre la théorie de Maslow, un besoin satisfait en amène un autre.

Dans le même ordre d'idées, les besoins énoncés sont généralement ceux qui ne sont pas comblés. Et à l'inverse, ceux qui n'ont pas été mentionnés devraient être ceux qui sont satisfaits. C'est ce qui nous amène à considérer les limites de généralisation des résultats. Les personnes rencontrées étaient stables au moment de l'entrevue. Cela était nécessaire pour pouvoir mener

l'entrevue semi-dirigée et obtenir des réponses qui rencontraient les exigences de fiabilité et de validité. Ces mêmes personnes rencontrées dans une période active de leur maladie auraient probablement présenté d'autres besoins. Par conséquent, les besoins énoncés concernent seulement les personnes stables. Quoi qu'il en soit, nous devons rappeler le caractère exploratoire de cette recherche qui visait avant tout de mieux connaître la perspective des usagers de leurs besoins de réadaptation psychosociale.

Les résultats de la recherche nous ont aussi rappelé la nécessité de considérer le fait que les besoins sont changeants chez une même personne. Lorsqu'on parle de besoins de réadaptation psychosociale, il est essentiel d'aussi tenir compte de la nature changeante des besoins avec l'évolution de la maladie mentale. Cela est certainement un des besoins les plus importants dont il faut tenir compte dans l'organisation des services destinés à cette clientèle. Pour s'adapter à cette réalité, les programmes doivent être souples. Après avoir comparé les trois modèles considérés dans notre recherche, nous avançons que les modèles qui intègrent plusieurs besoins et des volets de services qui interagissent entre eux semblent avoir plus de facilité à le faire.

Dans l'élaboration des programmes de services il est aussi impératif de tenir compte de l'interdépendance des besoins. Lorsque les services sont très spécialisés certains besoins peuvent être négligés. Il semblerait que les modèles qui intègrent plusieurs besoins différents comme celui de *PACT* ou des *Club House* présentent une plus grande continuité dans la satisfaction de ces besoins. Aussi, il apparaît dans ces modèles la flexibilité qui leur permet l'adaptation aux besoins changeants de la clientèle. Pour ce qui est du modèle de *Case Management*, destiné à faire le pivot entre les différents dispensateurs

de services, il dépend essentiellement de la capacité des ressources extérieures de répondre aux besoins spécifiques de ses clients.

Tableau I
Caractéristiques des participants

NO.	ÂGE	SEXE	NOMBRE D'HOSPIT	SITUATION D'HABITATION	PREMIER CONTACT AVEC PSYCHIATRIE	DIAGNOSTIC	LIEU DE RÉSIDENCE
1	48	H	2	avec conjoint	0-5 ans	dép. majeure	St-Eustache
2	41	F	15	seul	11-15 ans	schizo	St-Eustache
3	30	H	3	rtf	0-5 ans	schizo	St-Jérôme
4	33	H	3	avec colocataire	6-10 ans	schizo	St-Eustache
5	27	H	8	seul	6-10 ans	schizo	St-Jérôme
6	23	F	3	avec famille	6-10 ans	dépression	St-Eustache
7	31	H	3	seul	6-10 ans	schizo paranoïde	St-Jérôme
8	51	F	5	seul	0-5 ans	pmd	St-Jérôme
9	56	F	3	seul	21 + ans	pmd	St-Eustache
10	47	H	1	seul	16-20 ans	dép. majeure	St-Eustache
11	31	H	2	seul	6-10 ans	dep. psychotique	St-Jérôme
12	27	H	0	seul	0-5 ans	dep. majeure	St-Jérôme
13	44	F	5	seul	16-20 ans	pmd	Ste-Thérèse
14	29	F	1	seul	0-5 ans	dep. majeure	Ste-Thérèse
15	48	H	4	seul	6-10 ans	pmd	St-Eustache
16	40	H	5	seul	11-15 ans	schizo	St-Eustache
17	49	H	7	rtf	21 + ans	pmd	Ste-Thérèse
18	37	F	3	rtf	6-10 ans	schizo	Ste-Thérèse
19	50	F	4	rtf	16-20 ans	schizo	Ste-Thérèse
20	38	H	3	seul	0-5 ans	schizo	St-Jérôme

rtf : ressource de type familial

Tableau II
Catégorisation des besoins identifiés par les participants

HABITATION	TRAVAIL/ÉTUDES	SOCIAL/RÉCRÉATIONNEL	MÉDICAL/THÉRAPEUTIQUE	AUTRES
manque d'argent (14) transport (10) animaux (6) aide budget, tâches (5) hébergement (3)	retour au travail (15) prendre des cours (12) travail adapté (8)	manque d'activités (17) socialiser (12) affection/enfants (11) sport (4) café rencontre (4)	énergie/motivation(14) effets secondaires (13) support thérapie (12) information sur la maladie, médicaments(11) connaître limites (6) crainte des rechutes (5) intervenants + disponibles(5) centre de crise (5) simplifier système (5) sommeil (5) hospitalisation + longue (3) connaître ressources (3) sevrage (3) être pris au sérieux (3)	sensibiliser société (14) ne pas être jugé (13) sentiment d'appartenance (12) sentiment d'utilité (7) spiritualité (3)

Tableau III
 Besoins de réadaptation selon la perception des répondants de la région des Basses-Laurentides
 ayant un trouble de santé mentale sévère et persitant

no d'intrevue	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
sexe	H	F	H	H	H	F	H	F	F	H	H	H	F	F	H	H	H	F	F	H	
diagnostic	dep.m	schizo	dél. psy	schizo	schizo	dep	parano	prmd	prmd	dep	dep psy	dep m	prmd	dep m	prmd	schizo	pmd	schizo	schizo	schizo	
ville	E	E	J	E	J	E	J	J	E	E	J	J	T	T	E	E	T	T	T	J	
besoins	fréquence																				
manque d'activités	17	•	•		•	•		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
retour au travail	15	•	•	•			•	•	•		•		•	•	•	•	•			•	•
plus d'énergie/motivation	14		•	•		•	•	•	•		•		•	•	•				•	•	•
sensibilisation société	14	•	•		•		•	•	•		•		•	•	•				•	•	•
manque d'argent	14		•					•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
effets secondaires	13		•	•	•		•	•	•		•	•	•	•	•				•	•	•
ne pas être jugé	13			•	•		•	•	•		•	•	•			•	•			•	•
plus de support thérapeutique	12	•	•	•	•		•	•	•		•	•		•		•	•	•		•	•
sentiment d'appartenance	12			•	•		•	•	•		•	•			•	•	•				•
socialiser	12		•	•		•		•			•	•			•	•	•			•	•
prendre des cours	12	•	•		•		•			•	•	•		•		•	•			•	•
affection/enfants	11		•	•	•	•			•	•				•	•				•	•	•
info. maladie et med.	11			•	•	•			•	•		•			•					•	•
transport	10		•			•			•			•			•					•	•
psychiatre trop court	10	•	•	•		•			•					•	•		•	•		•	•
accepter maladie	8			•					•		•			•	•				•	•	•
besoin de se battre	8		•	•			•		•	•				•	•					•	•
travail adapté	8	•				•	•			•		•				•	•				•
groupe d'entraide	7		•	•		•			•	•					•	•					•
désir d'aider les autres	7		•	•		•								•	•	•			•		•
ne pas mélanger maladies	6		•			•			•			•		•		•					•
animaux	6		•	•					•		•				•						•
connaître limites	6				•		•						•		•			•		•	•
crainte des rechutes	5				•	•		•							•						•
intervenants + disponibles	5	•	•		•				•							•					•
centres de crise	5				•		•		•	•					•						•
aide budget, tâches	5				•		•				•			•	•						•
simplifier système	5					•					•		•	•							•
sommeil	5								•	•		•	•								•
café rencontre	4				•			•	•				•			•					•
sport	4						•			•		•									•
hospitalisations + longues	3	•				•			•												•
hébergement	3	•								•											•
connaissance des ressources	3	•	•				•									•					•
pas de sevrage	3		•				•											•			•
spiritualité	3				•							•							•		•
être pris au sérieux	3				•	•						•									•

Tableau IV
 Besoins de réadaptation psychosociale selon la perception des répondants de la région des Basses-Laurentides
 ayant un trouble de santé mentale sévère et persitant regroupés d'après le sexe

no d'entrevue	1	11	10	12	15	17	3	4	5	16	20	7	13	9	8	18	19	14	2	6	
sexe	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	F	F	F	F	F	F	F	F	F
diagnostic	dep.m	dep.psy	dep	dep.m	pmd	pmd	del.psy	schizo	schizo	schizo	schizo	parano	pmd	pmd	pmd	schizo	schizo	dep.m	schizo	dep	
ville	E	J	E	J	E	T	J	E	J	E	J	J	T	J	J	T	T	T	E	E	
besoins	fréquence																				
manque d'activités	17	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
retour au travail	15	•		•	•	•	•			•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•
plus d'énergie/motivation	14			•	•	•	•		•		•	•	•		•	•	•	•	•	•	•
sensibilisation société	14	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•			•	•	•	•	•	•	•
manque d'argent	14		•	•	•	•	•			•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•
effets secondaires	13		•		•		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
ne pas être jugé	13				•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
plus de support thérapeutique	12	•	•	•			•	•		•	•	•	•			•		•	•	•	•
sentiment d'appartenance	12				•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•					
socialiser	12		•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•			•		•	•
prendre des cours	12	•	•					•		•	•	•	•		•		•	•	•	•	•
affection/enfants	11			•		•		•	•	•	•	•			•		•	•	•	•	•
info. maladie et med.	11		•		•	•		•	•	•	•	•		•	•	•					•
transport	10				•	•			•	•	•				•	•	•	•	•	•	•
psychiatre trop court	10	•			•	•		•		•	•	•				•	•	•	•	•	•
accepter maladie	8			•		•		•		•	•			•		•	•				•
besoin de se battre	8			•	•			•		•	•				•					•	•
travail adapté	8	•		•	•		•			•	•	•								•	•
groupe d'entraide	7					•		•		•	•				•	•				•	•
désir d'aider les autres	7					•		•		•	•					•			•	•	•
ne pas mélanger maladies	6				•				•	•					•	•				•	•
animaux	6		•			•		•						•	•					•	•
connaître limites	6							•		•	•	•				•					•
crainte des rechutes	5							•	•	•							•				•
intervenants + disponibles	5	•						•		•					•					•	•
centres de crise	5							•							•	•				•	•
aide budget, tâches	5		•						•					•						•	•
simplifier système	5			•	•						•			•							•
sommeil	5			•	•					•				•							•
café rencontre	4							•						•	•	•					•
sport	4			•	•							•	•								•
hospitalisations + longues	3	•													•						•
hébergement	3	•		•						•										•	•
connaissance des ressources	3	•																		•	•
pas de sevrage	3					•							•							•	•
spiritualité	3				•			•									•				•
être pris au sérieux	3				•			•	•												•

Tableau V
 Besoins de réadaptation psychosociale selon la perception des répondants de la région des Basses-Laurentides
 ayant un trouble de santé mentale sévère et persitant regroupés d'après le diagnostic

no d'entrevue		1	6	10	12	14	11	8	9	13	15	17	3	4	16	5	18	19	20	2	7
sexe		H	F	H	H	F	H	F	F	F	H	H	H	H	H	H	F	F	H	F	H
diagnostic		dep.m	dep	dep	dep.m	dep.m	dep psy	pmd	pmd	pmd	pmd	pmd	del. psy	schizo	parano						
vile		E	E	E	J	T	J	J	E	T	E	T	J	E	E	J	T	T	J	E	J
besoins	fréquence																				
manque d'activités	17	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•		•	•	•	•
retour au travail	15	•	•	•	•	•		•		•	•	•	•		•			•	•	•	•
plus d'énergie/motivation	14		•	•	•	•				•	•	•						•	•	•	•
sensibilisation société	14	•	•		•	•		•	•		•	•		•	•	•	•		•	•	•
manque d'argent	14			•	•	•	•	•	•	•	•	•			•		•	•	•	•	•
effets secondaires	13				•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•
ne pas être jugé	13		•		•	•		•	•	•		•		•	•	•	•		•	•	•
plus de support thérapeutique	12	•	•	•	•	•	•			•	•	•		•	•	•	•			•	•
sentiment d'appartenance	12				•	•		•		•	•	•		•	•	•			•	•	•
socialiser	12			•	•		•			•	•	•		•	•	•		•		•	•
prendre des cours	12	•	•			•	•			•	•			•	•	•			•	•	•
affection/enfants	11			•		•				•	•			•	•	•	•		•	•	•
info. maladie et med.	11		•		•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•
transport	10				•	•				•	•	•			•	•	•	•	•	•	•
psychiatre trop court	10	•	•			•		•			•	•		•	•	•	•		•	•	•
accepter maladie	8			•				•		•	•				•	•	•		•	•	•
besoin de se battre	8		•	•	•				•					•	•	•			•	•	•
travail adapté	8	•	•	•	•							•			•				•	•	•
groupe d'entraide	7							•	•		•		•		•	•				•	•
désir d'aider les autres	7					•					•		•		•	•	•			•	•
ne pas mélanger maladies	6				•			•		•					•	•	•			•	•
animaux	6						•			•	•		•			•	•			•	•
connaître limites	6									•					•	•	•		•	•	•
crainte des rechutes	5		•											•	•	•		•		•	•
Intervenants + disponibles	5	•							•					•	•			•			•
centres de crise	5		•			•		•	•					•							•
aide budget, tâches	5					•	•										•				•
simplifier système	5		•	•	•					•	•								•		•
sommeil	5			•	•					•	•				•						•
café rencontre	4							•	•	•					•						•
sport	4			•	•									•					•		•
hospitalisations + longues	3	•	•					•											•		•
hébergement	3	•		•											•						•
connaissance des ressources	3	•	•																		•
pas de sevrage	3											•								•	•
spiritualité	3				•									•			•				•
être pris au sérieux	3				•									•		•					•

Tableau VI
 Besoins de réadaptation psychosociale selon la perception des répondants de la région des Basses-Laurentides
 ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant regroupés d'après la ville de résidence

no d'entrevue	1	2	4	6	10	15	16	3	5	7	8	9	11	12	20	13	14	17	18	19
sexe	H	F	H	F	H	H	H	H	H	H	F	F	H	H	H	F	F	H	F	F
diagnostic	dep.m	schizo	schizo	dep	dep	pm	schizo	del. psy	schizo	parano	pm	pm	dep psy	dep m	schizo	pm	dep m	pm	schizo	schizo
ville	E	E	E	E	E	E	E	J	J	J	J	J	J	J	J	T	T	T	T	T
besoins	fréquence																			
manque d'activités	17	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
retour au travail	15	•	•		•	•	•	•		•	•			•	•	•	•	•		•
plus d'énergie/motivation	14		•	•	•	•	•	•		•	•	•		•	•		•		•	•
sensibilisation société	14	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•		•	•			•	•	•
manque d'argent	14		•		•	•	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
effets secondaires	13		•				•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
ne pas être jugé	13			•	•			•	•	•	•	•		•	•	•		•	•	•
plus de support thérapeutique	12	•	•	•	•	•	•	•		•			•	•			•		•	
sentiment d'appartenance	12			•		•	•	•	•	•	•	•		•	•	•		•		•
socialiser	12		•		•	•	•	•	•	•			•	•	•			•		•
prendre des cours	12	•	•	•	•		•			•		•	•	•	•	•	•		•	•
affection/enfants	11		•	•		•		•	•			•			•		•		•	•
info. maladie et med.	11			•	•		•	•	•		•	•	•	•	•	•				•
transport	10		•			•	•	•	•			•	•	•	•			•	•	•
psychiatre trop court	10	•	•		•	•	•	•	•		•			•	•		•		•	•
accepter maladie	8				•	•	•	•			•			•	•	•				•
besoin de se battre	8		•		•	•	•	•				•		•	•					
travail adapté	8	•			•	•	•	•		•				•	•			•		
groupe d'entraide	7		•			•	•	•	•		•	•								
désir d'aider les autres	7		•			•	•	•	•								•		•	
ne pas mélanger maladies	6		•				•	•	•		•			•						
animaux	6		•				•	•				•	•							
connaître limites	6			•			•			•					•	•				•
crainte des rechutes	5			•	•		•		•											•
intervenants + disponibles	5	•	•	•			•					•								
centres de crise	5			•	•						•	•						•		
aide budget, tâches	5								•	•			•			•	•			
simplifier système	5				•	•								•	•	•				
sommeil	5				•		•					•		•	•	•				
café rencontre	4			•							•	•				•				
sport	4				•					•				•	•					
hospitalisations + longues	3	•			•						•									
hébergement	3	•			•		•													
connaissance des ressources	3	•	•		•															
pas de sevrage	3		•							•								•		
spiritualité	3			•										•					•	
être pris au sérieux	3			•					•					•						

ANNEXE I

CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTS

Âge :	_____
Sexe :	_____
Lieu de résidence :	_____
Situation d'habitation :	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec partenaire <input type="checkbox"/> avec autre famille <input type="checkbox"/> avec autre
Premier contact avec des services psychiatriques (années) :	<input type="checkbox"/> 0 - 5 ans <input type="checkbox"/> 6 - 10 ans <input type="checkbox"/> 11 - 15 ans <input type="checkbox"/> 16 - 20 ans <input type="checkbox"/> 21 + ans
Nombre d'admissions aux services psychiatriques d'un hôpital :	_____
Diagnostic clinique :	<input type="checkbox"/> schizophrénie <input type="checkbox"/> psychose maniaco-dépressive <input type="checkbox"/> désordre de la personnalité <input type="checkbox"/> dépression non psychotique <input type="checkbox"/> autre

source : Phelan *et al.* (1995)

ANNEXE II

DOCUMENT DE PRÉSENTATION

PROJET DE RECHERCHE**Besoins de réadaptation psychosociale
perçus par la clientèle en santé mentale*****Problématique***

Alors que beaucoup d'attention est accordée aux services dans le milieu de vie et à la réadaptation sociale des personnes souffrant de troubles de santé mentale, dans un contexte de désinstitutionnalisation et de non-hospitalisation, nous en savons toujours peu sur la perspective des usagers au sujet de leurs besoins. À ce sujet, plusieurs études traitant de la satisfaction des clients en santé mentale à l'égard des services qu'ils utilisent font mention du fait qu'il y a un grand manque de respect de leurs besoins et que ces derniers sont généralement identifiés pour les clients et non par eux (Brousseau et St-Amand, 1997).

Buts et objectifs de la recherche

Les résultats attendus de cette recherche exploratoire permettront de décrire les besoins de la population-cible, selon sa perspective, pour les quatre dimensions de besoins de réadaptation psychosociale suivantes : médical/thérapeutique, habitation, travail/études et social/récréationnel (Wasylenki *et al.*, 1981). Cette étude, réalisée par une étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal, s'inscrit dans les projets de développement et de transformation des services en santé mentale destinés à la population des Basses-Laurentides. Une meilleure connaissance de la perception de la clientèle à l'égard de ses besoins pourra bénéficier, entre autres, à ceux qui conçoivent les programmes de réadaptation en santé mentale et aux évaluateurs des services dispensés par les organismes des Basses-Laurentides.

Déroulement de l'étude

Les données nécessaires à la recherche seront recueillies au moyen d'une entrevue semi-dirigée, individuelle, auprès d'un échantillon de vingt personnes. Les entrevues seront réalisées par la chercheuse et enregistrées. Les participants seront dédommagés pour le temps consacré à l'entrevue (un montant de 20.00\$ leur sera remis une fois l'entrevue complétée). La population-cible étudiée sera constituée d'adultes, résidents des Basses-Laurentides, ayant un diagnostic psychiatrique de maladie mentale considérée comme sévère et persistante. Plus spécifiquement, nous considérons une maladie sévère lorsque les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, sociales courantes ou les relations avec les autres. Aussi, le trouble de santé mentale identifié doit s'être prolongé de façon continue ou récurrente (avec rémission partielle ou complète) au delà d'une période d'un an.

Toutefois, leur état doit être suffisamment stable pour pouvoir bénéficier d'un programme de réadaptation et pour être apte à participer à une entrevue semi-dirigée. L'étude pourra être réalisée avec la collaboration des différents établissements et organismes communautaires en santé mentale du territoire. Nous prévoyons interviewer un ou deux clients de chaque organisation sollicitée. Claude Larivière, directeur de cette recherche, en assurera la supervision. Richard Yelle, coordonnateur des services de santé mentale au Centre du Florès, a aussi accepté de collaborer au projet.

Critères de sélection des membres de l'échantillon

Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
diagnostic de maladie mentale sévère et persistante	déficience intellectuelle ou maladie organique
âgé d'au moins 18 ans	multi-problématique (trouble de santé mentale + toxicomanie ou maladie physique ou criminalité ou etc.)
l'état de la maladie doit être suffisamment stable pour pouvoir bénéficier d'un programme de réadaptation	être hospitalisé au moment de l'entrevue
être résident du territoire des Basses-Laurentides	être client d'une ressource de réadaptation

Éthique et confidentialité

Puisque les personnes interviewées nous seront référées par des intervenants, un formulaire de consentement devra être signé par le client pour autoriser la chercheuse à entrer en contact avec lui et procéder à une entrevue à un moment convenu avec le participant. Ce formulaire contient toute l'information pertinente pour un consentement libre et éclairé. Tout participant à cette recherche sera libre de changer d'avis et se retirer de cette recherche à n'importe quel moment. En ce qui concerne la confidentialité, nous prendrons les dispositions suivantes : 1. Seule la chercheuse connaîtra le nom des personnes interviewées 2. Dès l'entrevue terminée, tout le matériel recueilli lors de l'entrevue sera codé d'un numéro de référence.

Participation

Nous vous invitons à communiquer nos intérêts de recherche aux intervenants de votre organisation. Nous souhaitons vivement obtenir votre collaboration en identifiant, auprès de votre clientèle, des personnes (hommes ou femmes) qui seraient susceptibles de participer à une entrevue dans le cadre de cette étude. Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour nous permettre d'entrer en contact avec les clients qui consentent à être interviewés, veuillez communiquer avec Marie-Andrée Veilleux au 495-2159 (boîte vocale). Pour obtenir des références sur ce projet de recherche veuillez contacter Claude Larivière au 343-7224 (boîte vocale).

ANNEXE III

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Objectif de la recherche : Obtenir la perception qu'ont des personnes vivant avec un problème de santé mentale de leurs besoins dans leur milieu de vie.

2. Type d'information recherchée : Identification et description de vos besoins dans différents domaines de votre vie quotidienne (habitation, travail ou école, loisirs et amis, thérapie). Occasion de donner votre perception de votre situation et des insatisfactions vécues.

3. Moyens utilisés : Entrevue d'une durée d'une heure. L'entrevue comprend une dizaine de questions. Ce n'est pas un test ni une évaluation. Il n'y a aucune mauvaise réponse. L'entrevue sera enregistrée. Toute l'information est confidentielle et seule la chercheuse connaîtra ce qui a été dit en entrevue. En ce qui vous concerne, vous être libre de parler de l'entrevue à quiconque. Nous allons rencontrer une vingtaine de personnes pour leurs demander les mêmes questions, en entrevue.

4. À quelles fins sera utilisée l'information : À partir de l'enregistrement de l'entrevue, nous décrirons le plus fidèlement possible les besoins que vous et les autres personnes rencontrées auront identifiés. Cette information nous permettra de mieux connaître votre définition de vos besoins. Dans le futur, cela pourra amener la création de services qui sauraient mieux répondre à vos besoins. Aussi cela nous permettra de pouvoir tenir compte de votre opinion et de votre perception de votre situation dans des projets futurs.

5. Risques : Cette entrevue vous demandera de parler de votre situation et de vos besoins. Ceci pourrait peut-être vous faire sentir mal à l'aise ou vous amener à réfléchir davantage sur vos besoins dans votre vie.

6. Dédommagement : Vous recevrez la somme de 20.00\$ suite à votre participation à l'entrevue.

7. Engagement : Vous pouvez abandonner à n'importe quel moment.

Je, _____ consens à participer à l'entrevue selon ces conditions.

Signature : _____

Numéro de téléphone : _____

ANNEXE IV

QUESTIONS D'ENTREVUE

Questions générales portant sur le thème central de la recherche :

- 1) J'aimerais que vous me parliez de votre situation de vie de tous les jours.
- 2) Quelles insatisfactions avez-vous dans votre vie de tous les jours?
- 3) Quelles améliorations voudriez-vous apporter dans votre vie?
- 4) Qu'est-ce qui serait nécessaire de changer dans votre vie pour qu'elle soit plus agréable pour vous?

Questions portant sur les sous-thèmes liés à la réadaptation psychosociale :

J'aimerais que vous me parliez des besoins que vous aimeriez combler dans certains domaines de votre vie.

- 1) j'aimerais connaître les besoins que vous avez par rapport à l'endroit que vous habitez.
- 2) comment voyez-vous vos besoins au travail (de travailler, à l'école, d'étudier...)
- 3) j'aimerais que vous me parliez des besoins que vous rencontrez en ce qui concerne ce qui est fait par rapport à votre santé mentale.
- 4) dans vos relations sociales et dans vos divertissements quels besoins percevez-vous?
- 5) y'a-t-il d'autres besoins que vous ressentez mais qui n'entraient pas dans les domaines que j'ai nommés? Quels sont-ils?

Question portant sur l'importance accordée aux besoins :

- 1) Quels sont les besoins que vous avez mentionnés jusqu'à présent et qui sont les plus importants pour vous?

Question exploratoire :

- 1) Quel type d'aide aimeriez-vous recevoir pour combler ces besoins les plus importants?

N.B. Les questions ci-haut présentées ne sont que des exemples. Elles seront adaptées au contexte de vie de la personne interviewée.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 384 pages.

ARKES, H. R. ET GARSKE, J. P. (1977). *Psychological Theories of Motivation*. Brooks/Cole Publishing Company. Californie.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. (1995). *Valeurs et principes de la réadaptation psychosociale*.

BEARD, J. H., RUDYARD, N. P., MALAMUD, T. J. (1982). *The Fountain House Model of Psychiatric Rehabilitation*.

BEAUD, J.-P. (1997). L'échantillonnage. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Dir. Gauthier, B. Presses de l'Université du Québec. pp. 185-215.

BROUSSEAU, J., ST-AMAND, N. (1997). On est condamnés par les pilules, les préjugés... Des usagères et usagers évaluent les services de santé mentale. *Revue Canadienne de politique sociale*. no. 39.

CENTRE DU FLORÈS (1998). *Les services en santé mentale au Centre du Florès. Un processus de transformaiton et de développement résolument engagé*. 28 pages.

CENTER FOR PSYCHIATRIC REHABILITATION, BOSTON (1993). *Présentation de l'approche de réhabilitation psychiatrique*. Atelier présenté par Rosanne Émard.

CHAMBERLIN, J., ROGERS, J. A. (1990). Planning a Community-Based Mental Health System : Perspective of Service Recipients. *American Psychologist*. Vol. 45, No. 11, 1241-1244.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1985). *La santé mentale : Rôles et place des ressources alternatives*. Bibliothèque nationale du Québec. 105 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*. par Nelson Potvin. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 159 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*. Document de consultation. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 51 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Ministère de la santé et des services sociaux. Bibliothèque nationale du Québec. 103 pages.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., *et al.* (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Presses de l'Université de Montréal.

CORRIGAN, P., BUICAN, B., MCCRACKEN, S. (1996), Can Severely Mentally Ill Adults Reliably Report Their Needs? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 184 : 523-529.

DESLAURIER, J.P. (1991). *Recherche qualitative, guide pratique*. McGraw-Hill Éditeurs.

DINCIN, J., BOWMAN, D. (1995). Roots, Fundamental Ideas, and Principles. A pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation : Lessons from Chicago's *Thresholds* Program. *New Directions for Mental Health Services*. no. 68. pp 3-10.

DINCIN, J. (1995). Core Programs in the *Thresholds* Approach. A pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation : Lessons from Chicago's *Thresholds* Program. *New Directions for Mental Health Services*. no. 68. pp 33-54.

ELBECK, M., FECTEAU, G. (1990). Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction With Psychiatric Care and Treatment. *Hospital and Community Psychiatry*. 41 : 998-1001.

FRANKEN, R. E. (1994). *Human Motivation*. Troisième édition. Brooks/Cole Publishing compagny. Californie.

GÉLINAS, D. (1996). *Travail social, suivi intensif dans le milieu et coordination des plans de services en psychiatrie*. 119 p.

GÉLINAS, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*. XXIII, 2, 17-47.

GLASSCOTE, R., COMMING, E., RUTMAN, I., GLASSMAN, S. (1971). Rehabilitating the Mentally Ill in the Community : A Study of Psychosocial Rehabilitation Centers. *American Psychiatric Association*. 213 p.

GOLDMAN, H.H., GATTOZI, A.A., TAUBE, C.A. (1981). Defining and Counting the Chronically Mentally Ill. *Hospital and Community Psychiatry*. 32 : 21-27.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (1989). *Politique de santé mentale, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.* 62 p.
- GUAY, L., RODRIGUEZ, L. (1996). La réappropriation du pouvoir : pour redonner à cette notion son caractère radical. *L'Entonnoir*, 13, 2-3, 28-36.
- HOROWITZ, R., FARRELL, D., FORMAN, J., DINCIN, J. (1995). The Rehabilitation Relationship. A pragmatic Approach to Psychiatric Rehabilitation : Lessons from Chicago's Thresholds Program. *New Directions for Mental Health Services.* no. 68. pp 21-32.
- KALMAN, T.P. (1983). An Overview of Patient Satisfaction With Psychiatric Treatment. *Hospital and Community Psychiatry.* 34 : 48-54.
- LAMOUREUX, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve : L'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale.* Éditions St-Martin. 231 p.
- LAVOIE-ZAJC, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données.* Dir. Gauthier, B. Presses de l'Université du Québec. pp. 263-285.
- MASLOW, A. H. (1970). *Motivation and Personality.* Deuxième édition. Harper & Row, Publishers. New York.
- MERCIER, C., WHITE, D. (1995). La politique de santé mentale et la communautarisation des services. *Santé mentale au Québec.* vol. XX, no. 1. pp. 17-30.
- MILLER, G. (1983). *Case Management : The Essential Service.* *Case Management in Mental Health Services.* The Haworth Press, New-York, p. 3-15.
- PHELAN, M., SLADE, M., THORNICROFT, *et al.* (1995). The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. *British Journal of Psychiatry.* 167 : 589-595.
- SARTORIUS, N. (1995). Rehabilitation and Quality of Life. *International Journal of Mental Health.* vol. 24, no. 1. pp. 7- 13.
- SLADE, M., PHELAN, M., THORNICROFT, G., PARKMAN, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of Assessments by Staff

and Patients of the Needs of the Severly Mentally Ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 31 : 109-113.

SLADE, M. (1996). Assessing the Needs of the Severly Mentally Ill: Cultural and Professional Differences. *International Journal of Social Psychiatry*. 42 : 1-9.

SLADE, M. (1994). Needs Assessment. Involvement of Staff and Users Will Help to Meet Needs. *British Journal of Psychiatry*. 165 : 293-296.

ST-AMAND, N., VUONG, D. (1994). Quand la langue fait une différence. Ce que des <<bénéficiaires>> pensent du système de santé mentale. *Sociologie et sociétés*. 26 : 179-196.

STEIN, L. I., TEST M. A. (1982). Community Treatment of the Young Adult Patient. *New Directions for Mental Health Services*. no. 14. pp. 57-67.

STEIN, L. I., DIAMOND, R. J. (1985). A program for Difficult-to-Treat Patients. *New Directions for Menal Health Services*. no. 26. pp. 29-39.

TAMBLYN, R., PERREAULT, R., MAYO, N., LAPRISE, R., LATIMER, E. (1999). *Evaluation of Impact of Québec Drug Insurance Plan*.

TESSIER, L., CLÉMENT, M. (1992). La réadaptation psychosociale et au-delà. *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années 90*. Gaëtan Morin Éditeur. pp. 7-25.

TESSIER, L., CLÉMENT, M. (1992). Les programmes à plusieurs composantes intégrées. *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années 90*. Gaëtan Morin Éditeur. pp. 29-70.

TESSIER, L., CLÉMENT, M. (1992). La coordination des plans de services. *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années 90*. Gaëtan Morin Éditeur. pp. 74-109.

TEST, M. A. (1979). Continuity of care in Community Treatment. *New Directions for Mental Health Services*. no. 2. pp. 15-23.

TEST, M. A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec*. XXIII, 2, 119-147.

WASYLENKI, D.A., GOERING, P., LANCEE, W., *et al.* (1981). Psychiatric Aftercare: Identified Needs Versus Referral Patterns. *The American Journal of Psychiatry*. 138 : 1228-1231.

WHITE, D., ROBERGE, M. C. (1995). Le communautaire dans le domaine de la santé mentale : continuité ou innovation? *Cahiers scientifiques*. 84, 80-95.

WHITERIDGE, T. F., DINCIN, J. (1985). The Bridge : An Assertive Outreach Program in an Urban Setting. *New Directions for Mental Health Services*. no. 26 Sans Fransisco. pp. 65-76.