

Les responsables de résidences d'accueil :

« Partenaires dans la transformation des services en santé mentale ? »

RAPPORT DE RECHERCHE



Myra Piat, Ph.D.
Nicole Ricard, Ph.D.
Alain Lesage, M.D. M.Phil.

Fonds de recherche en santé du Québec
Programme conjoint FRSQ-MSSS de subventions de recherche en santé mentale
Projet #990679



**“LES RESPONSABLES DE RÉSIDENCES D’ACCUEIL: PARTENAIRES DANS LA
TRANSFORMATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE?”**

Rapport de Recherche

**FONDS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC
PROGRAMME CONJOINT FRSQ-CQRS-MSSS DE SUBVENTIONS DE
RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE**
Projet subventionné #990679

Myra Piat, MSW, Ph.D.¹

Nicole Ricard, Ph.D.,²

Alain Lesage, M.D. M. Phil.³

Décembre 2002

ISBN 2-920080-84-9

Dépôt légal- 4^e trimestre 2002

¹ Centre de recherche Hôpital Douglas, Professeure adjointe, Faculté de Médecine, Département de psychiatrie, Université McGill

² Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H Lafontaine, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université du Montréal

³ Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H Lafontaine, Chercheur titulaire, Département de psychiatrie, Université de Montréal

RÉSUMÉ

Au Québec, les résidences d'accueil constituent une ressource résidentielle de première importance pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves. Cependant, les responsables de ces résidences d'accueil n'ont que peu été informées ou consultées relativement aux récentes transformations qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux, et ce, bien qu'elles représentent des partenaires essentielles dans la poursuite de ces transformations. Le constat de cette lacune nous a donc incités à élaborer ce projet d'étude qui vise globalement à décrire et à mieux comprendre l'impact de ces récentes transformations sur le travail des responsables des résidences d'accueil supervisées par les Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine. Plus précisément, cette étude comportait trois objectifs, soit: (1) de décrire l'impact des transformations du réseau de la santé et des services sociaux sur le travail des responsables de résidences; (2) de décrire les caractéristiques du partenariat entre les responsables de résidences et les différents acteurs du réseau; et (3) de tracer un portrait de la vie en résidence d'accueil, tel que décrit par les résidents et par les responsables de ces résidences.

Les deux premiers objectifs de cette étude ont été développés par l'intermédiaire d'une approche de type qualitatif, et le troisième par une approche de type quantitatif.

En ce qui concerne le volet qualitatif de cette étude, soixante entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès de 30 responsables de résidences d'accueil et auprès de 30 praticiennes qui travaillent avec celles-ci. L'analyse des informations recueillies lors de ces entrevues a été réalisée de façon inductive, c'est-à-dire que le processus de catégorisation des données s'est développé uniquement à partir du matériel recueilli et non pas en fonction d'un cadre conceptuel pré-défini. Cet exercice a permis de faire ressortir de l'ensemble des discours analysés trois thèmes principaux, soit: (1) les changements vécus par les responsables des résidences d'accueil suite aux transformations récentes du réseau; (2) les caractéristiques du partenariat entre les responsables et les différents acteurs du réseau; et (3) les améliorations à apporter au sein du réseau, selon les responsables et les praticiennes, en vue de corriger certains des problèmes exposés lors des entrevues.

Les résultats de l'analyse des données se rapportant au premier thème ont montré que les retombées du plan de transformation du réseau sont nombreuses et variées, mais davantage marquées par des appréciations négatives que positives. Les répondantes mettront particulièrement en évidence, du côté des retombées négatives, la «*lourdeur*» des nouvelles clientèles pour ce type d'hébergement; et du côté des retombées positives, les bienfaits de l'approche de réadaptation, principalement sur la qualité de vie des clients.

En ce qui a trait au second thème étudié, deux modèles de partenariat ont été décrits par l'ensemble des répondantes: le partenariat «*embryonnaire et fragile*» et le partenariat «*faux-semblant*». Le premier modèle a été évoqué par la moitié de l'échantillon; il renvoie essentiellement à la fragilité et à l'inconstance des relations de partenariat selon les équipes, les services ou les intervenants impliqués dans ces relations. L'autre moitié de l'échantillon a qualifié ce partenariat de «*faux-semblant*», en soulignant plus précisément le net décalage entre le discours théorique tenu par les intervenants sur la valeur d'un sain partenariat et leurs pratiques réelles qui apparaissent trop souvent en contradiction avec ce discours.

Le troisième thème devait permettre aux répondantes de proposer des améliorations ou des recommandations, afin de pallier certains des problèmes exposés lors des entrevues. Plusieurs recommandations ont été émises, mais les principales se rapportaient à la correction des nombreuses insuffisances sur le plan des ressources matérielles, humaines et éducatives que rencontrent trop fréquemment les responsables dans leurs activités journalières.

Quant au volet quantitatif de cette étude, il a été entrepris après la complétion des entrevues menées auprès des responsables des résidences d'accueil et des praticiennes. Cent responsables de résidences d'accueil et cent résidents choisis de façon aléatoire, parmi les 261 résidences

d'accueil gérées par les Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine ont été interrogés. Deux questionnaires standardisés ont été administrés aux répondants. Il s'agit du *Patient Attitude Questionnaire* (PAQ) et du *Hospital and Hostile Practices Profile Survey* (HHPPS).

Le PAQ (Thornicroft et al, 1993) évalue les attitudes ou les préférences des usagers en psychiatrie en ce qui concerne le milieu résidentiel supervisé où ils demeurent et le personnel qui y travaille. Le questionnaire explore, plus précisément, leurs opinions sur la vie quotidienne dans la maison, les activités, l'expérience de vivre dans un milieu résidentiel supervisé et l'aide fournie par le personnel. Les résultats montrent que la majorité des usagers a exprimé beaucoup de satisfaction face à ce milieu de vie. La qualité du climat, l'atmosphère agréable des résidences ainsi que le sentiment de liberté que ressentent les résidents au sein de ces résidences représentent des éléments dominants de cette satisfaction.

Le HHPPS (O'Driscoll, 1985) tente de mesurer le niveau d'autonomie accordé aux résidents par le milieu résidentiel. Ce questionnaire se compose de plusieurs items qui reflètent les diverses caractéristiques de l'environnement résidentiel. Ces items couvrent, entre autres, les dimensions relatives aux activités, aux effets personnels, aux repas, à la santé et à l'hygiène, aux règles d'accès, aux chambres et aux services. Les résultats montrent que les répondants semblent beaucoup apprécier le niveau de liberté et d'autonomie qui est autorisé dans les résidences d'accueil; il y a moins de règles qui régissent les résidences que les unités hospitalières, bien qu'elles soient plus nombreuses que celles que l'on retrouve dans les appartements supervisés ou dans son propre appartement. Ainsi, uniquement le tiers des usagers rapportent qu'ils ne souhaiteraient pas toujours vivre dans une résidence d'accueil, qu'il ne s'agit donc pas d'un milieu de vie définitif pour eux. Enfin, les réponses à ces deux questionnaires indiquent que la plupart des répondants apprécient largement le milieu de vie qui leur est proposé, et qu'ils le recommanderaient à une autre personne qui sort de l'hôpital.

Finalement, cette étude nous a permis de recueillir des informations nouvelles relativement à la vie et au travail des responsables de résidences d'accueil, selon le point de vue de ces responsables, des praticiennes qui les accompagnent et des clients qui vivent dans ces résidences. Cette étude nous offre également un aperçu des conséquences des récentes transformations du réseau de la santé et des services sociaux sur le travail de ces responsables, et de la nature du partenariat qui existe entre les responsables et les intervenants du réseau. De plus, plusieurs recommandations ont été proposées par les répondantes, en vue de corriger les principaux problèmes vécus par les responsables dans leurs activités quotidiennes auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves.

SUMMARY

In Québec foster homes (*résidences d'accueil*) are an important residential resource for persons with serious mental illness. Although foster home caregivers are important partners in providing services to this population, they have been marginalized and excluded from planning and decision making around services. Foster home caregivers were not informed nor consulted during the recent transformation of mental health services. However they continue to provide stable housing and support services for persons with severe mental illness. It is within this overall context that this study was launched. The overall objective of the study was to better understand the impact of the recent transformation upon foster home caregivers supervised by the Douglas and Louis-Hippolyte Lafontaine Hospitals. The specific objectives of the study were: (1) to explore its impact on foster home caregivers and their work with persons with serious mental illness; (2) to describe the characteristics of the partnership between foster home caregivers and other actors in the health and social service network and; (3) to provide a descriptive portrait of life in a foster home as viewed by foster home residents and their caregivers.

In order to meet the first two objectives of the study a qualitative approach was used. Quantitative methods were used for the third objective of the study.

In all sixty semi-structured interviews were conducted with 30 foster home caregivers and 30 professionals that work with them. Data analysis was inductive. Data was analysed in an on-going process and not in relation to a pre-determined conceptual framework. This resulted in three major themes emerging: (1) the changes experienced by foster home caregivers as a result of the transformation in mental health services; (2) the characteristics of the partnership (*partenariat*) between foster home caregivers and the various actors in the health and social service network and; 3) the recommended changes to the health and social service network from both the caregiver's and professional's perspective, with a view to improving certain problems identified during the interviews.

Findings emanating from the first theme reveal that the impact of the recent transformation in mental health services upon foster homes caregivers is both broad-based and diverse. However more negative than positive consequences were identified by both groups. On the negative side, respondents emphasized the impact of the "heavy" clientele now being placed into foster homes. On the positive side, the new focus on "rehabilitation" was identified as having a positive impact on the quality of life for those living in foster homes.

As for the second theme studied, two partnership models emerged: (1) an "embryonic and fragile partnership" and; (2) a "fake partnership". Fifty percent of respondents identified the first partnership model as being "fragile and inconsistent", depending on which team, service, or professional was involved. The remaining fifty percent of respondents depicted a "fake partnership", in which a large gap exists between the professional's theoretical discourse on the value of a healthy partnership, and their actual practice, which is often in contradiction with this discourse.

In order to address certain problems identified during the interviews, respondents were asked to propose specific improvements or recommendations. In the third theme of the study respondents made specific recommendations. The majority of these centred on improving the lack of material, human and educational resources to foster home caregivers.

After completion of the qualitative interviews with foster home caregivers and professionals, the quantitative part of the study was undertaken. In all one hundred foster home caregivers and residents were selected randomly among the 261 foster homes supervised by the Douglas and Louis-Hippolyte Lafontaine Hospitals. Two standardized questionnaires were administered: (1) the *Patient Attitude Questionnaire* (PAQ) and; (2) the *Hospital and Hostel Practices Profile Survey* (HHPPS).

The PAQ (Thorncroft et al, 1993) evaluates both the resident's attitudes and preferences in his/her residential milieu and their opinions about the staff that work with them. Specifically, this

questionnaire explores the resident's views on their daily life in the home, the activities provided, their experience of living in this supervised setting and the help provided by the staff. Findings reveal that the majority of residents are very satisfied with their foster home. Some of the key elements of this satisfaction include: the climate and atmosphere in the foster home as well as the sense of freedom residents have in the home.

The HHPPS (O'Driscoll, 1985) measures the level of autonomy allowed to persons in their residential milieu. This questionnaire is composed of numerous items that reflect the different characteristics of a residential environment. The following dimensions are included: activities, personal effects, meals, health and hygiene, access rules rooms and services. Findings reveal that respondents appreciate the amount of liberty and autonomy allowed in foster homes. Although there are fewer rules in foster homes than in hospital units, findings also demonstrate that there are more rules in foster homes than in supervised apartments or in one's own apartment. In addition findings reveal that a third of respondents do not wish to remain in foster homes indefinitely. Thus not all residents view their foster home as their long-term residence. However findings from these two questionnaires indicate that the majority of respondents appreciate their milieu and recommend it to other persons leaving hospital.

Finally, this study has enabled us to collect new information about the life and work carried out by foster home caregivers for persons with serious mental illness from two different perspectives, the foster home caregiver's and the professional's. In addition this study provides an important overview of the impact of the recent transformation in mental health services on the work of foster home caregivers, as well as the nature of the partnership between caregivers and the various actors in the health and social service network. In an effort to correct problems affecting caregivers in their daily work with persons with serious mental illness, numerous recommendations are put forth.

REMERCIEMENTS

Nous désirons adresser de sincères remerciements aux collaborateurs suivants car sans leur participation, cette recherche n'aurait pu être réalisée.

D'abord et avant tout, nous voulons exprimer notre gratitude à tous les responsables de résidences d'accueil et les intervenants de L'Hôpital Douglas, et L'Hôpital Louis Hippolyte Lafontaine qui ont collaboré à cette étude. Le temps que ces personnes nous ont offert, lors de leur participation à nos rencontres pour refléter la situation, fût grandement apprécié.

Nous voulons exprimer notre reconnaissance aux membres du comité aviseur pour leur soutien dans le cheminement de ce projet tout au long de ses différentes étapes. Ces partenaires administratifs et clinique sont les suivants : monsieur Stephen Wohl, (Hôpital Douglas), madame Sylvie Cadorette (Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine), monsieur Jean-Paul Mailloux (Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine), mesdames Sonia Côté et Edwidge Rouleau (La Régie régionale de Montréal-Centre), monsieur André Gratton (L'ARAPAQ), madame Rose Rheault (Hôpital Douglas), docteur David Bloom (Hôpital Douglas), madame Diane Ménard (Responsable, Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine), madame Annette Duhamel (Responsable, Hôpital Douglas).

Nous remercions sincèrement les assistantes à la recherche ainsi que les étudiantes impliquées au cours de cette étude : Sylvie Trottier, Ph.D., Judith Bujold, Ph. D., Marie-Andrée Quintal, Marcelle Fortin-Browne, Danielle Forté et Rachel Sauvé.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 LES OBJECTIFS POURSUIVIS.....	2
2 LES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES.....	2
2.1 APPROCHES DE CUEILLETTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES RETENUES.....	2
2.2 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON.....	3
3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DU VOLET QUALITATIF.....	5
3.1 LES CHANGEMENTS VÉCUS PAR LES RESPONSABLES RELATIVEMENT AUX TRANSFORMATIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	5
3.1.1 Les retombées du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux : la version des responsables.....	5
- <i>Les retombées positives</i>	6
- <i>Les retombées négatives</i>	8
3.1.2 Les retombées du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux : la version des praticiennes	10
- <i>Les retombées positives</i>	10
- <i>Les retombées négatives</i>	12
3.1.3 Synthèse et points dominants des discours de l'ensemble des répondantes relativement à l'impact du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux sur le travail des responsables de résidences d'accueil.....	16
3.2 LE PARTENARIAT ENTRE LES RESPONSABLES DES RÉSIDENCES D'ACCUEIL ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	17
3.2.1 Le partenariat entre les responsables et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux : la version des responsables.....	19
- <i>Un partenariat «embryonnaire et fragile»</i>	20
- <i>Un «faux-semblant» de partenariat</i>	23
3.2.2. Le partenariat entre les responsables et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux: la version des praticiennes.....	27
- <i>Un «faux-semblant» de partenariat</i>	27
- <i>Un partenariat «embryonnaire et fragile»</i>	32
- <i>Un partenariat «réel»</i>	36
3.2.3 Synthèse et points dominants des discours de l'ensemble des répondantes relativement à la nature du partenariat entre les responsables et le réseau de la santé et des services sociaux.....	37

3.3	LES AMÉLIORATIONS À APPORTER AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX SELON LES RÉPONDANTS.....	38
3.3.1	Améliorations ou recommandations suggérées aux gestionnaires du réseau de la santé et des affaires sociales.....	39
3.3.2	Améliorations ou recommandations suggérées aux intervenants du réseau.....	42
3.3.3	Améliorations ou recommandations suggérées pour l'amélioration des conditions de travail des responsables et de la qualité de vie des clients.....	43
	CONCLUSION DU VOLET QUALITATIF.....	46
4	PRÉSENTATION DU VOLET QUANTITATIF.....	48
	INTRODUCTION.....	48
4.1	MÉTHODOLOGIE.....	48
4.2	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	49
	- <i>The Hospital and Hostile Practices Profile Survey (HHPPS)</i>	50
	- <i>The Patient Attitude Questionnaire (PAQ)</i>	53
4.3	DISCUSSION.....	54
5	CONCLUSION.....	55
	RÉFÉRENCES.....	56
	ANNEXES.....	58
	Annexe A- <i>Guides d'entrevue des responsables et des praticiennes</i>	59
	Annexe B- <i>«Patient Attitude Questionnaire» (PAQ)</i>	67
	Annexe C- <i>«Hospital and Hostel Practices Profile Survey » (HHPPS)</i>	72

INTRODUCTION

Le projet de recherche «*Les responsables de résidences d'accueil: partenaires dans la transformation du réseau de la santé et des services sociaux*»⁴ visait globalement à décrire et à mieux comprendre l'impact de ces récentes transformations sur les responsables⁵ de résidences d'accueil et sur leur travail auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves qui vivent dans ces résidences. Le projet couvrait les secteurs desservis par les Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine. Rappelons que ces résidences d'accueil constituent une ressource résidentielle importante pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves, et que les Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine comptent 261 de ces résidences dans lesquelles vivent 1, 393 usagers.

Les responsables de ces résidences sont majoritairement des femmes, elles ne sont habituellement pas des professionnelles du domaine et ne possèdent généralement pas de formation formelle en santé mentale. Ces aidantes non-professionnelles sont les principales responsables du maintien dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Néanmoins, malgré leur implication directe au quotidien auprès de ces personnes, il semble que ces responsables sont mises en marge, voire exclues du processus de planification et de prise de décision entourant les services de santé mentale. Ainsi, elles n'ont pas été consultées relativement à la récente transformation des services de santé mentale. C'est en considérant ce contexte dans lequel les responsables de résidences d'accueil ont été écartées des lieux de discussion et de décision de ces services, tout en continuant d'offrir des services essentiels d'hébergement et de soutien pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, que cette étude fut entreprise.

Cette étude s'inscrit dans un contexte de collaboration entre les milieux de pratique et de recherche. Elle a été développée en association avec les divers partenaires responsables de la prestation des services d'hébergement destinés à la clientèle présentant des troubles mentaux graves. De plus, un comité aviseur composé de responsables, d'intervenants et de représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal Centre et de l'ARAPAQ (Association des résidences d'accueil pour les personnes adultes et personnes âgées au Québec) a collaboré à l'ensemble du processus de recherche. La collaboration entre deux institutions importantes, l'hôpital Douglas et l'hôpital Louis-H. Lafontaine, et l'implication de nombreux intervenants et responsables viennent enrichir la pertinence et la portée d'un tel projet.

Jusqu'à présent, aucune étude de ce genre n'avait été réalisée au Québec. Celle-ci, en plus de générer des informations essentielles sur l'impact des transformations des services de santé mentale du réseau sur les responsables des résidences d'accueil, devrait aussi aider à orienter et à améliorer les pratiques professionnelles des intervenants travaillant dans ces services.

À cette fin, seront d'abord exposés, au premier et second points de ce rapport de recherche, les objectifs poursuivis par celle-ci ainsi que les aspects méthodologiques retenus en vue de répondre à ces objectifs. Les troisième et quatrième points seront respectivement consacrés à la présentation des résultats des analyses des données recueillies aux différents questionnements d'ordre qualitatif et quantitatif développés dans cette étude.

⁴ Au cours des prochaines pages, nous nous limiterons, la plupart du temps, à l'expression *réseau* pour désigner le *réseau de la santé et des services sociaux*.

⁵ Dans ce texte, nous féminisons toutes les mentions relatives aux responsables, puisque la grande majorité des répondantes sont des femmes.

1 LES OBJECTIFS POURSUIVIS

Cette étude comportait les trois objectifs principaux suivants :

1. Décrire comment les responsables des résidences d'accueil travaillant auprès de personnes atteintes de troubles mentaux graves perçoivent les transformations du réseau de la santé et des services sociaux par rapport à leurs rôles et responsabilités, au type de clientèle dont elles prennent soin, aux demandes qui leur sont formulées, à leurs besoins et à leurs attentes;
2. Décrire les caractéristiques du partenariat entre les responsables de résidences d'accueil et les autres partenaires (ou acteurs) ⁶ du réseau de la santé et des services sociaux ;
3. Tracer un portrait de la vie en résidence d'accueil, tel que décrit par les résidents et par les responsables de ces résidences.

2 LES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

2.1 APPROCHE DE CUEILLETTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES RETENUES

Sur le plan méthodologique, cette étude a combiné les approches qualitative (en vue de répondre aux deux premiers objectifs) et quantitative (en vue de répondre au troisième objectif). Dans ce présent rapport, seront d'abord exposés et commentés les résultats du volet qualitatif, puis dans un second temps, quoique plus succinctement, les résultats des analyses quantitatives seront rapportés.

En ce qui concerne le volet qualitatif de cette étude, soixante entrevues semi-structurées ont été réalisées, entre novembre 1999 et mai 2000, auprès de 30 responsables de résidences d'accueil et auprès de 30 praticiennes⁷ qui travaillent avec celles-ci. La sélection des participants a été réalisé selon les principes de l'échantillonnage intentionnel (Patton, 1990:169).

Suite à un pré-test réalisé auprès de deux responsables et de deux praticiennes, deux guides d'entrevue ont été élaborés, soit un pour les responsables et un pour les praticiennes. Chacun de ces guides comportait quatre sections distinctes portant respectivement sur: (1) l'expérience des répondantes comme responsable ou praticienne; (2) les relations des responsables avec les différents acteurs du réseau; (3) la perception des responsables et des praticiennes quant au partenariat existant entre les responsables et les différents intervenants du réseau; et (4) la perception des responsables et des praticiennes relativement aux changements provoqués par

⁶ Dans ce texte, le terme «acteurs ou gens du réseau de la santé et des services sociaux» désigne les intervenants, les responsables et les gestionnaires. Quant au terme «intervenants», il désigne tous ceux qui travaillent, de près ou de loin, avec les responsables, à savoir: les psychiatres, les infirmières, les infirmières auxiliaires, les travailleurs sociaux, les praticiennes ressource et usager, les travailleurs communautaires, les éducateurs, les ergothérapeutes, ainsi que les intervenants des programmes de jour de l'hôpital et ceux qui oeuvrent dans les ressources communautaires.

⁷ Dans ce texte, nous utiliserons le terme «praticiennes», étant donné que cette profession est majoritairement exercée par des femmes dans le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, dans notre échantillon, trois répondantes sur quatre sont des femmes (73,4%).

le plan de transformation du réseau. Les mêmes questions ont été posées aux deux groupes de répondantes (voir l'annexe A).

L'analyse des données a été réalisée de façon inductive, c'est-à-dire que le processus de catégorisation des données s'est développé uniquement à partir du matériel recueilli lors des entrevues et non pas au regard d'un cadre conceptuel pré-défini. Ce processus d'analyse a permis de faire émerger, entre autres, trois thèmes (ou catégories) principaux, soit : (1) les changements vécus par les responsables des résidences d'accueil suite aux transformations du réseau, au cours des cinq dernières années; (2) les caractéristiques du partenariat entre les responsables et les différents acteurs du réseau; et (3) les améliorations à apporter au sein du réseau, selon les responsables et les praticiennes.

2.2 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Les responsables⁸

Dans le cadre de cette étude, plusieurs données démographiques et culturelles caractérisant les responsables qui ont participé à celle-ci ont été identifiées. Il s'agit de données se rapportant au sexe des répondantes, à leur âge, à leur pays d'origine, à leur langue maternelle, à leur niveau de scolarité, à leurs occupations antérieures, à leurs années d'expérience auprès de la clientèle psychiatrique, au nombre de résidents qu'elles accueillent dans leur résidence, et à l'aide qu'elles reçoivent dans leurs tâches quotidiennes.

Toutes les responsables interrogées sont accréditées par les centres hospitaliers Douglas et Louis-H. Lafontaine, en tant que *ressources de type familial (RTF)*. La presque totalité de ces responsables sont des femmes (29/30). Nous observons que l'âge moyen de la majorité de ces responsables (23/30) se situe entre 40 et 59 ans. Le reste de l'échantillon se répartit comme suit : cinq responsables (5/30) sont âgées entre 20 et 39 ans, et deux autres (2/30) ont plus de 60 ans.

Plus de la moitié des répondantes sont nées au Canada (17/29), le quart est issu des Caraïbes (8/29), et quelques-unes d'entre elles sont nées en Europe (2/30), aux États-Unis (1/29) ou en Afrique (1/29).

La langue maternelle pour plus du tiers de ces répondantes (12/28) est le français, l'anglais pour un autre tiers (12/28), et une autre langue (créole, italien ou arabe) pour les quatre autres répondantes (4/28). Cependant, pour la moitié d'entre elles (14/28), la langue parlée dans la résidence d'accueil est l'anglais; environ le quart utilise le français (6/28), et une proportion similaire (8/28) utilise les deux langues.

Quant à la scolarité des responsables, il apparaît que près de la moitié (14/29) a complété des études secondaires, huit (8/29) des études universitaires, cinq (5/29) des études collégiales, et deux répondantes (2/29) des études primaires.

⁸ Nous précisons qu'il y a quelques données manquantes ; de fait, il y a une ou deux responsables qui n'ont pas répondu à certaines questions portant sur leur pays d'origine (29/30), leur dernière année de scolarité complétée (29/30), leur langue maternelle (28/30).

En ce qui à trait aux occupations antérieures des responsables, nous constatons que la très grande majorité des responsables (28/30) travaillait à l'extérieur de leur domicile, avant d'ouvrir une résidence d'accueil; les autres (2/30) étaient aux études ou pratiquaient un travail autonome. Quant à leurs années d'expérience à titre de responsables de résidences d'accueil, nous remarquons que le tiers possède moins de cinq ans d'expérience (11/30) ou de cinq à dix ans d'expérience (10/30), alors qu'une proportion similaire a plus de dix ans d'expérience (9/30).

Près des trois quarts des répondantes sont propriétaires de leur résidence d'accueil (23/30). Par ailleurs, la moitié des répondantes (15/30) héberge de quatre à six clients, plus du tiers (11/30) accueillent de sept à neuf clients, et les quatre autres reçoivent deux ou trois clients.

Enfin, nous avons observé, que plus de la moitié des responsables (18/30) bénéficient de l'aide d'un membre de leur famille (non rémunéré); que 12 responsables (12/30) emploient une personne occasionnellement, alors que les 11 autres (11/30) le font sur une base régulière. L'analyse des données fait également ressortir qu'un certain nombre d'entre elles profitent de deux ressources d'aide (par exemple, un membre de la famille non rémunéré et un employé sur une base occasionnelle ou régulière).

Les praticiennes

Les informations que nous avons recueillies sur les praticiennes concernent leur sexe, leur âge, leur pays d'origine, leur langue maternelle, leur formation professionnelle, leurs années d'expérience auprès de responsables de résidences d'accueil, et le nombre de clients qu'elles supervisent.

Les 30 praticiennes sont employées par les centres hospitaliers Douglas et Louis-H. Lafontaine. Les trois quarts de ces répondantes (23/30) sont des femmes. Plus des deux tiers (21/30) sont âgées entre 40 et 59 ans, huit (8/30) d'entre elles ont entre 20 et 39 ans, et une seule répondante (1/30) a plus de 60 ans. Le pays d'origine de la majorité des répondantes (26/30) est le Canada; les autres (4/30) sont nées soit aux États-Unis, en Afrique ou dans les Caraïbes.

Quant à la langue maternelle des répondantes, les données montrent qu'elle est le français pour la moitié d'entre elles (15/30), et que la proportion d'anglophones est légèrement inférieure (12/30); les autres répondantes (4/30) parlent soit l'anglais et le français, soit le créole ou l'arabe.

À une exception près (29/30), les répondantes ont une formation de travailleuse sociale (la répondante exerçant une autre profession est infirmière). En outre, près des deux tiers (18/30) sont des praticiennes usager, alors que plus du tiers (12/30) d'entre elles sont des praticiennes ressource.

En ce qui à trait aux années d'expériences des praticiennes auprès des responsables des résidences d'accueil, les données montrent que près de la moitié (14/30) possèdent moins de cinq ans d'expérience, qu'une proportion similaire (13/30) en a plus de dix, et que les trois autres (3/30) ont entre cinq et dix ans d'expérience. Finalement, les trois quarts des praticiennes interrogées (23/30) supervisent plus de dix responsables, cinq praticiennes (5/30) entre cinq et dix responsables, et les deux autres (2/30) entre deux et quatre.

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DU VOLET QUALITATIF

Les résultats des analyses du discours des responsables des résidences d'accueil et des praticiennes relativement aux trois thèmes précédemment identifiés seront ici décrits et commentés. Le thème se rapportant **aux changements vécus par les responsables suite aux transformations du réseau** sera présenté à la lumière des retombées positives et négatives qui en sont découlées; le thème sur le **partenariat** sera développé à partir des modèles de partenariat qui sont ressortis de l'ensemble des propos recueillis, et enfin, le thème concernant les **améliorations proposées par les répondantes** sera examiné en fonction de différents services ou groupes d'intervenants visés par ces dernières.

3.1 LES CHANGEMENTS VÉCUS PAR LES RESPONSABLES RELATIVEMENT AUX TRANSFORMATIONS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux s'inscrivait dans le prolongement du processus de désinstitutionnalisation déjà amorcé depuis trente années. Il tendait essentiellement à rapprocher l'intervention du milieu de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves, à favoriser l'intégration sociale et le développement de l'autonomie de ces dernières et, de là, à améliorer leurs conditions personnelles et sociales d'existence. La concentration des ressources en milieu hospitalier devait donc faire place à une diversification des ressources et à l'accès à des services dans la communauté d'appartenance des usagers (MSSS, 1997). C'est ainsi que nombre de lits de soins psychiatriques de courte et de longue durée ont été fermés depuis les cinq dernières années (par exemple, 300 lits ont été fermés à l'hôpital Douglas de 1997 à 2002 et 282 lits, dans la même période, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine). Conséquemment, une large part des individus qui y étaient hospitalisés vivent maintenant dans des ressources résidentielles, dont les résidences d'accueil, au sein de la communauté. Il va sans dire que les responsables de ces résidences d'accueil ont été directement touchés par ces transformations, puisque celles-ci ont entraîné des changements autant sur le plan du type de clientèle que ces responsables accueillent, que sur le plan des nouveaux rôles et fonctions qui leur sont conférés. Ce sont de ces changements dont il sera question au point suivant.

3.1.1

LES RETOMBÉES DU PLAN DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ: LA VERSION DES RESPONSABLES

Le thème touchant aux changements vécus par les responsables, suite aux transformations du réseau, a été traité du point de vue des retombées positives ou négatives subséquentes à ces transformations. Les questions du guide d'entrevue interrogeant ces changements se rapportaient, pour les responsables et pour les praticiennes, aux quatre dimensions suivantes : (1) le travail des responsables en tant que tel; (2) l'appréciation des répondantes du soutien et des services qu'elles reçoivent de la part des intervenants du réseau; (3) l'appréciation des répondantes des relations entre les responsables et les autres acteurs du réseau et; (4) les changements d'ordre plus général.

En tout, 29 responsables (29/30) ont fait des commentaires sur ce thème. Au point suivant, seront exposées les retombées positives des transformations du réseau qui ont été décrites par les responsables.

Les retombées positives du plan de transformation selon les responsables

Les propos tenus par les responsables relativement aux retombées positives du plan de transformation du réseau renvoient principalement aux quatre constats suivants⁹

- ***Le sentiment de faire un travail plus valorisant;***
- ***Une meilleure qualité de vie pour les clients;***
- ***La familiarisation avec l'approche de réadaptation;***
- ***Le développement de la capacité d'affirmation face aux praticiennes.***

➤ **Le sentiment de faire un travail plus valorisant**

Près de la moitié de répondantes (13/29) ont le sentiment de faire un travail plus valorisant, et ce, en dépit de la lourdeur de leur charge de travail. Les unes se disent stimulées par les nouveaux défis liés à l'accueil de nouvelles clientèles, alors que d'autres expliquent à quel point elles se sentent gratifiées par les progrès de leurs clients.

Les responsables qui ont le goût de relever de nouveaux défis ont le sentiment d'être vraiment «*utiles*» et de faire un travail «*moins routinier*». Par exemple, l'une d'entre elles déclare qu'elle aime prendre des clients qui ont besoin de beaucoup d'encadrement, parce qu'elle a le sentiment de faire quelque chose d'«*utile*» en partageant ainsi «*son expérience de vie*» avec sa clientèle. Celles qui se sentent gratifiées par les progrès de leurs clients considèrent que leur investissement est récompensé par les résultats qu'elles obtiennent, tout en précisant que la satisfaction est tout aussi grande chez leurs clients.

➤ **Une meilleure qualité de vie pour les clients**

La même proportion des responsables (13/29) souligne que l'amélioration de la qualité de vie des clients est l'un des aspects positifs du plan de transformation. Certaines d'entre elles soutiennent que les personnes qui sont sorties du milieu hospitalier font l'expérience d'une existence «*plus normale*» qu'en institution. Plusieurs remarquent que les clients évoluent plus rapidement à l'extérieur des institutions; ils apprennent à faire l'entretien de leur chambre, à cuisiner, à faire la lessive, à faire des courses ou à s'orienter dans leur environnement (par exemple, prendre l'autobus). En constatant que ces clients n'ont pas «*la même vie qu'à l'hôpital*», une autre répondante affirme qu'ils ont, tout compte fait, une meilleure vie qu'avant.

⁹ Les constats sont placés par ordre d'importance, d'après le nombre de répondants qui les ont évoqués.

Par ailleurs, d'autres répondantes affirment que l'amélioration de la qualité de vie des clients est due, en grande partie, aux avantages de la nouvelle médication. Une première responsable observe que les clients sont maintenant moins angoissés et plus sûrs d'eux-mêmes; ils ont le goût de faire des activités. Une autre responsable constate, dans le même sens, que ces progrès contribuent à stabiliser l'état psychique des clients, tout en les rendant plus fonctionnels. Quelques responsables ajoutent à ce propos que la nouvelle médication, en plus de faciliter l'intégration sociale de ces personnes, les rend plus éveillées à leur sexualité. De ce fait, les responsables doivent accepter que leurs clients soient sexuellement actifs et qu'il faille aménager leur résidence en conséquence.

➤ **La familiarisation avec l'approche de réadaptation**

Par suite à ces transformations du réseau, les responsables ont dû dépasser leur mandat initial d'hébergement et de protection sociale de leur clientèle. De fait, on leur demande maintenant de développer l'autonomie des clients, de s'intégrer à l'équipe des intervenants pour discuter de la planification et de la réalisation du plan d'intervention, et également, de se préoccuper de la réinsertion sociale des clients.

Quelques répondantes (5/29) ont fait des commentaires qui laissent penser qu'elles sont en train de se familiariser avec ces nouvelles exigences de l'approche de réadaptation. L'une d'elles affirme qu'elle adhère à cette approche par conviction personnelle, croyant qu'il s'agit là d'un objectif valable. Une autre suppose que les exigences reliées à l'approche de réadaptation sont légitimes; elle trouve «*normal*» qu'on leur demande de faire «*beaucoup plus d'interventions*».

➤ **Le développement de la capacité d'affirmation face aux praticiennes**

Quelques responsables (4/29) ont tenu à souligner que les changements liés au plan de transformation leur ont permis de vivre des expériences inédites. Ces expériences ont favorisé le développement de leur confiance en soi et leur capacité d'affirmation face aux praticiennes. Par exemple, une responsable raconte qu'elle ne se permettait pas, au début, de refuser certains clients; elle croyait qu'elle n'avait pas vraiment le choix d'accepter ou non un nouveau client. Avec l'expérience, elle a appris à reconnaître ses limites et elle se sent désormais capable de refuser un client qu'on lui propose d'accueillir dans sa résidence. Dans le même sens, une autre responsable rapporte, qu'en dépit de la pression de sa praticienne, elle s'est sentie capable de s'opposer au retour à sa résidence d'une de ses clientes (qui avait été placée temporairement dans une autre ressource), parce que cela dépassait, ses propres limites.

Il va sans dire que les répercussions des transformations du réseau sur la vie et le travail des responsables de résidences d'accueil n'ont pas été que positives. C'est de ces retombées négatives dont il sera question au point suivant.

Les retombées négatives du plan de transformation selon les responsables

Les retombées négatives du plan de transformation du réseau décrites par les responsables renvoient principalement aux six constats suivants :

- ***La sortie des « patients lourds » : une pression excessive sur les responsables et sur les clients;***
- ***L'alourdissement de la charge de travail des responsables;***
- ***L'insuffisance de ressources et de services dans les hôpitaux et dans la communauté;***
- ***La difficulté de faire hospitaliser un client à l'urgence;***
- ***La sortie trop hâtive des résidences d'accueil : l'autonomie, à quel prix?***
- ***L'impact des nouvelles normes sur les revenus des responsables.***

- **La sortie des «patients lourds» : une pression excessive sur les responsables et sur les clients**

Plus des deux tiers (20/29) des responsables ont formulé des commentaires relativement à la «*lourdeur des patients*» qui sortent des hôpitaux, depuis les cinq dernières années. Les propos de ces responsables tendent à marquer un rapport de cause à effet entre ce phénomène et les récentes transformations du réseau. L'analyse de leur discours nous permet de distinguer deux tendances pouvant mieux définir cette «*lourdeur*».

Les propos des responsables de la première tendance font ressortir que les nouvelles clientèles qui souvent ont vécu en institution pendant plus de 20 ans, ou qui présentent des profils psychiatriques complexes sont «*plus lourdes*». En ce sens, elles estiment qu'en plus de présenter des problèmes psychiatriques, ces personnes souffrent de problèmes physiques importants (par exemple, l'incontinence) et sont peu autonomes. Ces individus demandent, de la part des responsables, beaucoup plus d'écoute et d'attention et davantage d'encadrement.

Les propos des responsables de la seconde tendance indiquent que certaines clientèles sont «*trop lourdes*» pour vivre en résidence d'accueil, car ces dernières exigent une supervision constante, 24 heures sur 24. Ces responsables affirment que le plan de transformation n'est pas réaliste et que la pression subie par les responsables et par les clients est trop grande; quelques-unes appréhendent que la santé mentale de certains clients ne se détériore.

- **L'alourdissement de la charge de travail des responsables**

Plus des deux tiers des responsables (20/29) ont établi un rapport entre l'alourdissement de leur charge de travail et les changements liés au plan de

transformation du réseau. La majorité d'entre elles observent que leurs responsabilités sont plus importantes; elles assument «seules» des tâches (par exemple, le magasinage ou le déménagement d'un client) qui étaient faites auparavant par plusieurs intervenants. Quelques répondantes du même groupe constatent que les intervenants leur demandent sans cesse d'accomplir de nouvelles tâches (comme de rédiger des rapports d'observation sur leurs clients). Ainsi, les intervenants leur demandent non seulement de faire plus d'accompagnement, mais ils les pressent également de dénicher, dans leur communauté, des programmes adaptés aux besoins des clients.

➤ **L'insuffisance de ressources et de services dans les hôpitaux et dans la communauté**

Un bon nombre de responsables (15/29) font état de l'ampleur du manque de ressources et de services, et ce, tant dans les hôpitaux généraux et psychiatriques, que dans la communauté. Elles notent, surtout:

- la pénurie de personnel dans certains secteurs (les médecins et les infirmières qui font des visites à domicile, les travailleuses sociales et les psychiatres dans les CLSC);
- l'insuffisance du nombre de centres de crise et de foyers de groupe;
- la détérioration des services dans les hôpitaux (tels les congés donnés trop rapidement aux clients qui ont été hospitalisés);
- le manque de programmes et d'activités pour les clients;
- et le manque de ressources de répit et de vacances pour les responsables.

De plus, plusieurs responsables constatent que, contrairement à ce qui était prévu dans le plan de transformation, le CLSC n'assure pas le continuum de soins.

➤ **La difficulté de faire hospitaliser un client à l'urgence**

Cinq responsables (5/29) soulignent que, depuis les transformations, il est plus difficile de faire hospitaliser un client à l'urgence. L'une d'entre elles rapporte, en ce sens, que l'urgence retourne certains clients avant que leur état ne soit «*vraiment stabilisé*», alors que ceux-ci sont potentiellement «*dangereux*».

➤ **La sortie trop hâtive des résidences d'accueil: l'autonomie, à quel prix?**

Quatre répondantes (4/29) mettent en lumière la pression subie par certains clients, lorsque les intervenants appliquent, sans discernement, l'un des objectifs du plan de transformation qui vise à développer leur autonomie. L'une d'elle considère que, suivant cet objectif, «*on force*» certains clients à aller en appartement alors que ce n'est pas leur choix. Une autre répondante estime que le gouvernement ne donne pas assez d'argent à ces clients pour qu'ils puissent vivre de façon autonome. Certains d'entre eux doivent recourir aux banques alimentaires, parce leurs ressources financières ne leur permettent pas de se nourrir convenablement. Elle prétend, également, que ces derniers subissent une pression psychologique excessive, lorsqu'on leur impose de vivre avec un co-locataire, sous prétexte que cela coûte moins cher.

➤ **L'impact des nouvelles normes sur les revenus des responsables**

Deux responsables (2/29) ont mentionné cet aspect négatif du plan de transformation. Ces nouvelles normes font particulièrement référence au fait que les responsables doivent dorénavant offrir un nombre égal de chambres simples et de chambres doubles qui respectent les dimensions prescrites par le réseau. Par conséquent, les résidences d'accueil qui ne correspondent pas aux normes édictées peuvent éventuellement se retrouver avec des places vacantes. L'une de ces répondantes estime que les normes sont «*plus élevées*» qu'auparavant.

Au point suivant seront exposées les retombées des transformations du réseau sur les responsables de résidences d'accueil, selon le point de vue des praticiennes interrogées.

3.1.2

**LES RETOMBÉES DU PLAN DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ:
LA VERSION DES PRATICIENNES**

Toutes les praticiennes (30/30) ont fait des commentaires sur ce thème. Au cours des prochaines pages, seront exposées les retombées positives de la réorganisation du réseau qui ont été identifiées par ces praticiennes.

Les retombées positives du plan de transformation selon les praticiennes

Les propos tenus par les praticiennes relativement aux retombées positives du plan de transformation du réseau renvoient principalement aux cinq constats suivants :

- ***L'adaptation des responsables aux nouvelles exigences de l'approche de réadaptation;***
- ***L'application de nouvelles normes d'hébergement plus favorables pour les clients;***
- ***Le développement de nouvelles ressources d'hébergement;***
- ***Des changements structurels : la création de nouvelles équipes de services résidentiels;***
- ***La prise en charge d'une clientèle plus active en raison d'une nouvelle médication.***

➤ **L'adaptation des responsables aux nouvelles exigences de l'approche de réadaptation**

Plusieurs praticiennes (17/30) ont fait des commentaires sur les changements liés à la nouvelle approche de réadaptation. Certaines de ces répondantes mettent surtout l'accent sur la redéfinition du mandat des responsables en fonction de cette approche. Dans ce sens, une répondante de ce groupe observe un changement de mentalité positif chez certaines responsables, celles-ci étant devenues de plus en plus conscientes des besoins d'autonomie de leurs clients, ce qui les a amenées à modifier leur perception de leur rôle d'«aidantes». À la faveur de cette prise de conscience, elles sont passées progressivement du rôle de «caretakers» à celui de «caregivers».

D'autres praticiennes soutiennent que les responsables qui font de la réadaptation sont plus heureuses, parce qu'elles se sentent plus utiles et valorisées. Elles s'entendent pour dire que, dans un premier temps, les responsables ont plus de travail et subissent davantage de pression. À long terme, cependant, leurs efforts sont largement récompensés, puisque leurs clients deviennent assez autonomes pour accomplir des tâches ménagères, faire des activités à l'extérieur et s'intégrer dans les programmes communautaires et hospitaliers. Ces praticiennes ajoutent, néanmoins, qu'elles doivent mieux outiller les responsables pour qu'elles soient davantage en mesure de faire face à leurs nouvelles responsabilités. De plus, elles soulignent que les responsables ont besoin de plus de services.

Une autre répondante de ce groupe considère que l'approche de réadaptation constitue un grand défi pour les responsables. Seulement, elle croit que les intervenants doivent davantage tenir compte du choc que peuvent ressentir certaines responsables, lorsqu'elles «perdent» un client. Dans cet ordre d'idées, il faut que les intervenants relèvent la qualité du travail des responsables, quand leurs clients les quittent pour une autre ressource d'hébergement, afin d'éviter que celles-ci ne se sentent dépréciées du fait de «perdre» un client.

Enfin, quelques praticiennes font ressortir l'impact de cette approche sur leur propre travail. Elles doivent elles-mêmes bien intégrer cette approche, avant de la transmettre ou de l'enseigner aux responsables.

➤ **L'application de nouvelles normes d'hébergement plus favorables pour les clients**

Un certain nombre de praticiennes (7/30) rappellent que depuis 1993, les responsables doivent se conformer aux nouvelles normes d'hébergement de la Régie régionale de Montréal Centre (stabilité de la situation financière, lieu physique correspondant aux besoins des clients, capacité de travailler auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux sévères). L'application de ces nouvelles normes a permis, entre autres, de «rafraîchir» le réseau des résidences d'accueil. Une praticienne raconte, dans ce sens, qu'auparavant, le département des ressources d'hébergement ouvrait de grosses résidences d'accueil (sept à neuf lits) et comblait les lits à pleine capacité, alors que maintenant, les résidences ne comptent plus que trois ou quatre lits dans des chambres privées. Cet aménagement constitue une nette amélioration de la qualité de vie des clients. Dans le même ordre d'idées, une autre praticienne fait ressortir que les comités de placement se préoccupent de respecter vraiment le choix des clients (désir d'une chambre privée ou d'un appartement supervisé, par exemple); ce qui est relativement nouveau.

➤ **Le développement de nouvelles ressources d'hébergement**

Ce thème a été abordé par quelques praticiennes (3/30). L'une d'elle croit assister à l'émergence d'un nouveau modèle d'hébergement axé sur une approche nettement plus individualisée (par exemple, une responsable habite dans le même édifice que ses clients et ceux-ci vivent seul ou à deux dans les différents logements). Une autre praticienne pense que le modèle des résidences d'accueil «*de type familial*» est dépassé. Elle aussi souhaiterait une approche globale d'hébergement et d'intervention plus individualisée. La dernière remarque que le choix des ressources d'hébergement (foyers de groupe, appartements supervisés ou résidences d'accueil offrant un programme de réadaptation) est plus varié dans le système francophone que dans le milieu anglophone où le modèle traditionnel des familles d'accueil domine.

➤ **Des changements structurels: la création de nouvelles équipes de services résidentiels**

Deux praticiennes ont tenu à souligner l'importance des changements administratifs dans les deux réseaux, soit la création de l'équipe des services résidentiels dans le réseau Douglas et l'arrivée de l'équipe de l'IRRA (Intervention en Réadaptation dans les Résidence d'Accueil) dans le réseau Louis-H. Lafontaine. La première parle des avantages de la création de l'équipe des services résidentiels; désormais, une seule praticienne intervient auprès de tous les clients d'une résidence d'accueil, alors qu'auparavant, les responsables devaient composer avec plusieurs équipes de secteur. La deuxième mentionne que l'arrivée de l'équipe multidisciplinaire de l'IRRA (travailleuse sociale, praticienne, infirmière, ergothérapeute et éducatrice physique) oblige chaque intervenant à revoir sa pratique. De plus, les responsables bénéficient de l'expertise de chaque intervenant, alors qu'auparavant, il n'y avait que des travailleuses sociales et des praticiennes ressource pour les aider à faire face à tous les besoins de leur clientèle.

➤ **La prise en charge d'une clientèle plus active en raison d'une nouvelle médication**

Finalement, deux praticiennes avancent que la réussite du plan de transformation du réseau est intimement liée à la nouvelle médication qui rend les clients plus «*fonctionnels*», plus actifs dans tous les domaines de leur existence. L'une d'elles voit même dans cette nouvelle médication l'élément clé du succès du «*virage*» des services du réseau.

Les praticiennes, tout comme les responsables, n'ont pas observé que des répercussions positives aux transformations du réseau sur la vie et le travail des responsables de résidences. Voici maintenant ce que disent les praticiennes sur les retombées négatives de ces transformations.

Les retombées négatives du plan de transformation selon les praticiennes

Les retombées négatives du plan de transformation du réseau énoncées par les praticiennes renvoient principalement aux huit constats suivants :

- ***La sortie de « patients trop lourds » pour les résidences d'accueil;***
- ***L'alourdissement de la charge de travail des responsables;***
- ***La résistance des anciennes responsables à changer leurs habitudes de travail;***
- ***La pénurie d'effectifs et de ressources dans les hôpitaux psychiatriques et dans la communauté;***
- ***La difficulté de faire hospitaliser un client à l'urgence;***
- ***Des changements qui suscitent de l'insécurité chez les responsables et les clients;***
- ***Une surcharge de travail pour les intervenantes;***
- ***La désinstitutionnalisation : une économie d'argent pour le gouvernement ?***

➤ La sortie de « patients trop lourds » pour les résidences d'accueil

Une forte majorité des praticiennes (24/30) considèrent que les patients qui sont sortis des hôpitaux psychiatriques, au cours des dernières années, sont nettement *« plus lourds »*. Cette nouvelle clientèle pourrait être répartie en quatre types: 1) les individus qui ont été hospitalisés pendant de nombreuses années; 2) les individus qui proviennent des unités des soins aigus des hôpitaux psychiatriques; 3) les individus qui présentent des problèmes physiques et psychiatriques; et 4) la clientèle jeune qui, en plus de souffrir de troubles psychiatriques, vit aussi des problèmes de toxicomanie ou de délinquance.

Une répondante observe qu'une responsable qui reçoit, en moyenne, de cinq à sept clients a pu accueillir un à trois clients des types 1 à 4, au cours des dernières années. En résumé, il s'agit de clientèles très fragiles, voire instables, qui présentent des problèmes physiques et psychiatriques chroniques, qui répondent difficilement aux traitements et qui ont besoin d'un encadrement très serré.

➤ L'alourdissement de la charge de travail des responsables

Les propos de la grande majorité de praticiennes (24/30) montrent que l'alourdissement de la charge de travail des responsables représente également une retombée négative majeure du plan de transformation. Leurs commentaires rejoignent les quatre observations suivantes.

Les répondantes constatent, d'abord, que conséquemment aux coupures budgétaires, les responsables se sont mises à faire, pratiquement du jour au lendemain, le travail des travailleuses sociales. Entre autres, elles sont désormais tenues, en plus de répondre aux besoins de base de la clientèle, de faire de l'accompagnement (rendez-

vous médicaux des clients, par exemple); de faire des démarches pour que les clients puissent recevoir des prestations de l'aide sociale; de soutenir les clients dans leurs démarches d'emploi ou de rechercher des programmes de jour adaptés à leurs besoins (stages de travail, programmes de socialisation, ateliers, etc.)

Deuxièmement, selon ces praticiennes, le travail des responsables est devenu beaucoup plus éprouvant, parce qu'elles reçoivent une clientèle très lourde, plus institutionnalisée et qui présente des problèmes de comportement passablement graves. Souvent, cette nouvelle clientèle n'est pas prête à vivre dans une résidence d'accueil. Certaines situations peuvent même devenir intenable pour les responsables, car elles travaillent dans des conditions où leur sécurité personnelle et leur santé sont menacées.

La troisième observation relative à l'alourdissement de la charge de travail des responsables se rapporte aux nouvelles exigences liées à l'approche de réadaptation. Quelques répondantes rappellent que suivant cette approche, les praticiennes demandent aux responsables, entre autres choses, de faire des observations très détaillées sur le comportement des clients et de communiquer plus fréquemment avec l'équipe. De fait, les praticiennes accordent beaucoup d'importance au développement des habiletés de communication des responsables, non seulement avec elles mais avec tous les intervenants (médecins, infirmières, pharmacien, intervenants des programmes de jour, etc.). L'une de ces praticiennes remarque que certaines responsables sont «essoufflées», parce qu'elles ne sont pas suffisamment outillées pour mettre en œuvre cette approche.

Enfin, on observe qu'en l'absence de ressources d'hébergement adéquates pour les clientèles plus lourdes, les praticiennes pratiquent, bon gré mal gré, une sorte de «*dumping*». Par exemple, on demande aux responsables d'accueillir la clientèle âgée qui présente souvent des problèmes physiques et psychiatriques pour lesquels il n'existe pas vraiment de ressources adéquates, sauf les CHSLD (Centres hospitaliers de soins de longue durée) qui ont déjà une liste d'attente imposante. On demande donc aux responsables des résidences d'accueil d'assumer la transition «*en attendant*», sans pouvoir préciser la durée de cette étape qui risque de s'éterniser indûment.

➤ **La résistance des anciennes responsables à changer leurs habitudes de travail**

Bien qu'il faille se garder de toute généralisation, le tiers des praticiennes (10/30) considèrent que la résistance des anciennes responsables à changer leur mode de fonctionnement représente une réponse négative aux changements apportés par le plan de transformation. L'une de ces praticiennes croit utile de rappeler que les anciennes responsables ne sont pas habituées à faire de la réadaptation, alors que cette approche est présentée d'emblée aux nouvelles responsables qui postulent. Elle souligne aussi, à quel point le fait de demander aux responsables de modifier leur mode de fonctionnement les affecte personnellement, elles se sentent évaluées et parfois même dévaluées. Qui plus est, elles n'ont pas été informées, ni même préparées à ces changements.

D'autres praticiennes soulignent qu'on ne devrait pas s'étonner de la résistance des anciennes quand on sait qu'auparavant, on leur disait qu'elles avaient réussi lorsqu'elles pouvaient garder un client 15, 20 ou 30 ans. Dorénavant, *«réussir»* veut

dire être capable *«de les faire passer à autre chose dans trois, quatre, cinq ans»*; ce qui est manifestement plus exigeant.

➤ **La pénurie d'effectifs et de ressources dans les hôpitaux psychiatriques et dans la communauté**

Un certain nombre de praticiennes (7/30) estiment que la pénurie d'effectifs et de ressources dans les hôpitaux psychiatriques et dans la communauté sont deux autres retombées négatives du plan de transformation. En plus de la pénurie de personnel dans les hôpitaux psychiatriques, elles soulignent le manque de ressources d'hébergement pour certaines clientèles et l'insuffisance de programmes *«vraiment adaptés»* à ces clientèles (tels des programmes de jour ou des activités sociales ou de loisir). Par exemple, il n'est pas rare que l'équipe n'arrive pas à trouver des ressources d'hébergement adéquates (foyers de groupe ou appartements supervisés, selon le cas) pour les clients qui présentent des troubles mentaux graves. Notamment, une praticienne raconte les difficultés rencontrées par les responsables afin d'obtenir des services pour les clients qui souffrent de problèmes physiques et psychiatriques, comme de trouver une maison de convalescence pour une cliente qui vient de subir une chirurgie cardiaque.

➤ **La difficulté de faire hospitaliser un client à l'urgence**

Une autre conséquence négative du plan de transformation, selon plusieurs des répondantes (6/30), est la difficulté de faire admettre un client à l'urgence. Dans ce sens, l'une d'elles relate *«qu'à l'époque»*, lorsqu'une responsable avait un client difficile, elle n'avait qu'à appeler son travailleur social pour le faire hospitaliser. Aujourd'hui, les responsables doivent gérer des situations plus complexes qu'auparavant et, même lorsqu'elles jugent que cela est nécessaire, elles ne peuvent que difficilement faire hospitaliser un client, parce que le personnel de l'urgence le retournera rapidement.

D'un autre côté, certaines autres répondantes rappellent que le personnel de l'urgence doit respecter les consignes du virage ambulatoire. Elles expliquent que si les intervenants de l'urgence retournent les clients, c'est qu'ils estiment qu'il ne s'agit pas d'une *«vraie urgence psychiatrique»*. Dans de telles situations, il vaudrait mieux utiliser, selon elles, les centres de crise qui ont été mis sur pied afin d'offrir, aux responsables qui sont aux prises avec des cas très difficiles, quelques jours de répit.

➤ **Des changements qui suscitent de l'insécurité chez les responsables et chez les clients**

Quelques praticiennes (3/30) remarquent que les transformations ont entraîné un état d'insécurité chez certaines responsables, anciennes et nouvelles, et chez certains clients. L'une d'elle constate que les *«nouvelles responsables»* vivent passablement d'insécurité financière et psychologique, étant donné que, d'une part, elles reçoivent une rémunération *«moins alléchante»* parce qu'elles doivent respecter les nouvelles normes d'hébergement et que, d'autre part, on leur confie *«des cas plus lourds»*. Du

côté des anciennes responsables, on observe que la mise à la retraite de plus de la moitié d'entre elles a causé beaucoup d'insécurité et d'émoi chez leurs collègues dont les résidences sont toujours ouvertes. Quant aux clients, une praticienne mentionne qu'ils ont été eux aussi dérangés par ces transformations, parce qu'ils ont dû apprendre à composer avec de nouveaux intervenants (psychiatres ou infirmières).

➤ **Une surcharge de travail pour les intervenantes**

D'autres praticiennes (3/30) soutiennent que ce sont principalement les intervenants des hôpitaux (psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux) qui subissent les contrecoups négatifs du plan de transformation du réseau.

L'une d'entre elles décrit à quel point sa charge de travail a augmenté: auparavant, elle avait trois mois pour organiser un placement, alors que maintenant tout doit se faire en trois semaines. Quand les «*patients*» sortent de l'hôpital, elle n'a donc pas fini d'organiser les références.

➤ **La désinstitutionnalisation : une économie d'argent pour le gouvernement?**

Enfin, une des répondantes a l'impression que toute cette réorganisation du réseau a causé aux responsables plus de préoccupations et de «*stress*» qu'autre chose. Elle avoue qu'après s'être familiarisée avec la notion de réadaptation, lors de discussions de groupe et de sessions de formation, elle a décidé finalement de décrocher. Somme toute, elle ne voit dans ce plan de transformation qu'une question d'économie d'argent.

Avant de terminer cette analyse du discours des praticiennes au sujet des répercussions du plan de transformations du réseau sur le travail des responsables de résidences, mentionnons que quatre praticiennes (4/30) n'ont pas vu de changements dans la clientèle et/ou la charge de travail des responsables. Certaines estiment que les clients qui ont été placés en résidence d'accueil, au cours des cinq dernières années, ne sont pas plus lourds que ceux des années précédentes, de sorte que les responsables n'ont pas plus de travail. Les autres, tout en admettant que les responsables reçoivent des clientèles plus lourdes, soutiennent toutefois que ces dernières ont moins de travail, puisque d'une part, elles reçoivent plus de soutien de la part des praticiennes et que, d'autre part, elles peuvent progressivement déléguer des responsabilités à leurs clients, au fur et à mesure qu'ils deviennent plus autonomes.

3.1.3

SYNTHÈSE ET POINTS DOMINANTS DU DISCOURS DE L'ENSEMBLE DES RÉPONDANTES RELATIVEMENT À L'IMPACT DU PLAN DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX SUR LE TRAVAIL DES RESPONSABLES DE RÉSIDENCES D'ACCUEIL

D'entrée de jeu, nous remarquons que les propos se rapportant aux retombées négatives du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux tiennent une place appréciable dans l'ensemble du discours, autant du côté des responsables que de celui des praticiennes. En effet, les constats de nature plutôt négative sont plus nombreux dans les deux groupes de répondantes, et les commentaires accompagnant chacun de ces constats le sont également. De plus, dans chacun des deux groupes, les constats qui occupent les deux premières places

(voir l'ordre de présentation des constats), donc ceux qui ont été évoqués par le plus grand nombre de participants, ont été nommés par la moitié des répondantes du côté des retombées positives, et par plus des deux tiers des répondantes du côté des retombées négatives. Nous pouvons supposer que les perceptions des retombées négatives font davantage consensus parmi les sous-groupes de répondantes que celles portant sur les retombées positives.

Au chapitre des retombées positives, nous pouvons noter que, dans les deux sous-groupes de répondantes, les questions relatives au nouveau programme de réadaptation et à la qualité de vie des usagers reviennent fréquemment dans les propos. Cependant, alors que les praticiennes mettent surtout l'accent sur la valeur de l'approche de réadaptation en tant qu'outil d'intervention pouvant permettre aux responsables de «bonifier» leur travail auprès des usagers, les responsables parlent d'abord de l'amélioration de la qualité de vie de ces derniers, du fait même de leur sortie de l'hôpital, de leur expérience d'une vie plus normale dans une résidence et de la nouvelle médication. Bien que ces différents aspects ne soient pas exclusifs au discours de l'un ou de l'autre sous-groupe, ils teintent davantage l'un ou l'autre de ceux-ci.

Un autre constat marque le discours des répondantes, et plus particulièrement celui des responsables; il s'agit du sentiment d'utilité vécu par les responsables depuis la réorganisation du réseau. Les responsables se sentent stimulées et gratifiées par un travail auprès d'une clientèle plus lourde et par le défi que représente l'actualisation quotidienne de l'approche de réadaptation.

En ce qui a trait aux retombées négatives du plan de transformation, deux constats dominent l'ensemble du discours des responsables et des praticiennes: la sortie des hôpitaux de patients trop lourds et l'alourdissement de la charge travail des responsables.

Les témoignages qui se rapportent au premier constat, la sortie de patients trop lourds, laissent implicitement entendre que les résidences d'accueil ne sont peut-être pas le type d'hébergement qui convient le mieux aux besoins de cette nouvelle clientèle au profil psychiatrique plus complexe.

Quant au second constat, l'alourdissement de la charge de travail des responsables, il met principalement en lumière l'accroissement et la diversification des tâches dévolues aux responsables, suite à la réorganisation des services du réseau. Ces nouvelles demandes et responsabilités apparaissent très exigeantes, pour une bonne part des répondantes.

Un troisième constat, quoique moins abondamment commenté, doit retenir notre attention: l'insuffisance de ressources et de services institutionnels et communautaires. Nous devons comprendre ici que le manque de ressources, de services ou d'effectifs n'est pas étranger à l'alourdissement de la charge de travail des responsables. Dans ce même ordre d'idées, il nous faut considérer tous ces constats, positifs et négatifs, comme un ensemble où chacun des éléments (ou des retombées) identifiés se trouve lié, plutôt de près que de loin, à plusieurs autres. Dans cette perspective, nous devons remettre l'énumération et la description de ces constats dans leur contexte réel qui, par définition, se compose de multiples facettes et ramifications.

Au point suivant, nous tenterons de décrire la nature du partenariat qui existe entre les responsables des résidences d'accueil et les divers intervenants du réseau de la

santé et des services sociaux, et ce, tel que ce partenariat est décrit par les répondantes de cette étude.

3.2 LE PARTENARIAT ENTRE LES RESPONSABLES DES RÉSIDENCES D'ACCUEIL ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONTEXTE HISTORIQUE

La notion de partenariat a connu un essor formidable en devenant, vers la fin des années 80, le mot d'ordre dans plusieurs champs d'activités, tant en politique qu'en éducation, qu'en santé ou qu'en intervention sociale. Le domaine de la santé mentale n'a pas échappé à cette tendance. Bien que l'idée de partenariat apparaisse déjà dans les politiques québécoises relatives au processus de désinstitutionnalisation entrepris dans les années 60, ce n'est qu'en 1985 que la notion de partenariat est officiellement évoquée de façon claire, lors de la conférence nationale de l'Association Canadienne de la santé mentale, intitulée *Empowerment Through Partnerships*. La notion de partenariat présentée au moment de cette conférence était étroitement liée aux concepts de démocratisation et de partage du pouvoir principalement véhiculés, à l'époque, par le mouvement communautaire (Carrière, 2002 :219).

Puis, en 1989, suite au rapport Harnois de 1987, *Pour un partenariat élargi*, le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec recommande, dans sa nouvelle Politique de santé mentale, la notion de partenariat comme une approche susceptible de résoudre certaines difficultés rencontrées dans l'organisation de services de santé mentale. Sans définir clairement la notion de partenariat, le document de la Politique de santé mentale précise que «Le partenariat implique des collaborations à tous les niveaux, de la personne jusqu'aux instances décisionnelles» (Gouvernement du Québec, 1989 : 52). De fait, le terme partenariat fait figure de mot clé dans cette Politique qui vise, d'une part, à modifier les pratiques des acteurs du milieu de la santé mentale au Québec, et d'autre part, à créer des rapprochements entre ceux-ci, plus précisément entre les intervenants des secteurs public et communautaire.

Il est intéressant de souligner que l'adoption idéologique du partenariat dans l'énoncé de Politique de santé mentale n'est pas fortuite. Elle provient, entre autres, de la nécessité pour le MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux) de reconceptualiser le projet de désinstitutionnalisation, et de réorganiser en profondeur un système de santé et des services sociaux où dominant le cloisonnement, la compétition, les conflits et l'absence de consensus entre les divers groupes d'intérêts. Du même coup, en faisant appel au «partenariat élargi», le gouvernement donne son assentiment à une participation accrue du mouvement communautaire, tout en espérant se délester de certaines responsabilités qui, avouons-le, coûtent cher... (Boudreau, 1991a, 1991b; Carrière, 2001; Lamoureux, 1994; Panet-Raymond & Bourque, 1991).

L'énoncé de Politique de santé mentale (1989) identifie les différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre de ce partenariat : il s'agit de l'individu dans le besoin; sa famille, ses proches et ses amis; les groupes communautaires, professionnels et non-professionnels; les ressources publiques et celles de l'environnement naturel; et l'état par l'intermédiaire de divers ministères. Tous ces acteurs se doivent d'encourager le partenariat en reconnaissant leur potentiel

respectif, en s'ouvrant à la communication et en adoptant des objectifs communs. La politique de santé mentale responsabilise ainsi tout le monde et fait reposer sur tout le succès de la refonte du système de soins et de services en santé mentale. Toutefois, divers bilans d'implantation de la Politique de santé mentale (Vérificateur Général du Québec, 1996; Paradis et al, 1996) laissent entendre que le développement du partenariat ne s'est pas réalisé aussi facilement que souhaité et qu'il persiste aujourd'hui encore, de nombreuses tensions entre les différents acteurs du réseau.

Il semble que le partenariat, quoique encore trop vaguement défini, représente un projet et une promesse d'avenir incontournable pour le réseau de la santé et des services sociaux. Il nous est donc apparu essentiel d'observer et d'évaluer les relations de partenariat entre les responsables de résidences d'accueil et le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, puisque aucune étude n'a encore été développée sur le sujet. Nous espérons que l'information recueillie permettra de mieux comprendre ce que le partenariat représente pour les acteurs impliqués, et de quelles façons ils ont mis en pratique ce concept aux multiples formes.

Plus précisément, nous avons tenté de mettre au jour les perceptions des responsables de résidences d'accueil et des praticiennes quant à la nature du partenariat qui existe entre les responsables et les intervenants du réseau, depuis la récente transformation de ces services. Au point suivant, sera présentée une synthèse des données recueillies auprès des responsables sur cette question.

3.2.1

LE PARTENARIAT ENTRE LES RESPONSABLES ET LES INTERVENANTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX: LA VERSION DES RESPONSABLES

Le guide d'entrevue destiné aux responsables (ainsi qu'aux praticiennes) comportait trois questions sur le partenariat. Il leur était demandé: (1) de décrire la place actuelle des responsables dans le réseau; (2) si elles croyaient qu'il existe un partenariat entre les responsables et les différents intervenants du réseau; et (3) de s'exprimer sur la place qu'elles souhaiteraient que les responsables occupent au sein du réseau.

Précisons d'abord que les réponses offertes à ces questions nous sont apparues interreliées et complémentaires, c'est-à-dire que nous avons pu observer, d'une question à l'autre, une continuité dans les commentaires et les réflexions développés par les répondants. L'analyse de ces réponses a donc été menée en fonction de cette interrelation et de cette complémentarité. De plus, les propos tenus par les répondantes sur le partenariat ont débordé les trois questions initialement posées sur ce thème, c'est-à-dire que les répondantes ont parlé de ce partenariat à d'autres moments de l'entrevue. Nous avons donc également tenu compte de ces commentaires hors-champ, lors de l'analyse du thème se rapportant au partenariat.

Ainsi, au travers de l'ensemble des réponses offertes par les trente responsables interrogées, deux modèles (ou types) de partenariat se sont dessinés: un partenariat dit « **embryonnaire et fragile** » et un « **faux-semblant** » de partenariat. Ces deux modèles reflètent ou décrivent les caractéristiques de la nature du partenariat actuel,

réel, tel qu'il est vécu et perçu par les responsables. Ces caractéristiques renvoient, plus particulièrement, aux diverses dimensions de ce partenariat qui ont été abordées par les répondantes lors de l'entrevue.

Ces dimensions concernent, plus précisément:

- ***Les relations sociales entre les différents acteurs du réseau;***
- ***La communication entre les responsables et les intervenants;***
- ***Les services formels et le soutien que les responsables reçoivent (interventions et suivis des intervenants, formation, rencontres de responsables, etc...);***
- ***Les conditions de travail des responsables;***
- ***La participation actuelle de ces dernières à ce partenariat.***

De plus, à ce discours sur les pratiques s'est ajouté un discours à teneur plus théorique, dans lequel les responsables ont décrit les caractéristiques d'une réalité davantage souhaitable, représentative d'un partenariat réussi (entendre ici, la place désirée, souhaitable pour les responsables, au sein du réseau). Au cours des prochaines pages, seront décrites les caractéristiques de ces modèles de partenariat identifiés par les responsables. Les deux modèles de partenariat sont ici présentés par ordre d'importance, d'après le nombre de répondants qui les ont respectivement identifiés.

Un partenariat « *embryonnaire et fragile* »

Plusieurs responsables (18/30) ont décrit le partenariat qu'elles vivent actuellement, au sein du réseau, dans des termes pouvant caractériser un partenariat «*embryonnaire et fragile*»; expressions renvoyant, essentiellement, à la fragilité, à la divergence, à l'inconstance et au développement éventuel du partenariat déjà existant. Les répondantes qui perçoivent ainsi la nature du partenariat entre elles et les intervenants du réseau manifestent, plus précisément, des positions mitigées face à ce partenariat. Elles éprouvent de la difficulté à le décrire clairement, étant donné que leurs relations de partenariat sont très fluctuantes, changeantes selon le centre hospitalier, l'équipe, le service ou l'intervenant impliqués dans cette relation. Par exemple, dans certaines équipes, elles sont considérées comme des partenaires à part entière, les intervenants les invitent aux réunions et prennent leur point de vue en considération ; dans d'autres équipes, les intervenants ne les consultent pas ou ne reconnaissent que rarement leur expertise.

Les caractéristiques de ce modèle qui ont été nommées et décrites par les responsables ont été réparties selon les différentes dimensions (précédemment identifiées) suivantes:

- **Les relations sociales : *de la méfiance à la collaboration*;**
- **La communication : *des difficultés avec certains acteurs*;**
- **Les services et le soutien : *une satisfaction mitigée*;**
- **Les conditions de travail : *à réviser*;**
- **La participation actuelle : *une place mal assurée*;**
- **La place désirée, souhaitable : *les critères d'un partenariat réussi*.**

➤ **Les relations sociales : *de la méfiance à la collaboration***

Dix des répondantes (10/18) qui ont décrit un partenariat de nature «*embryonnaire et fragile* » exposent des opinions, disons composites, par rapport à leurs relations avec les différents intervenants du réseau. Alors qu'elles vivent des relations de collaboration harmonieuses avec certains centres hospitaliers, certaines équipes et différents intervenants, elles se heurtent à la méfiance et aux préjugés d'autres acteurs. De fait, la qualité des relations de partenariat entre elles et l'ensemble du réseau varie en fonction des différents acteurs rencontrés. L'une d'entre elles dira, en ce sens, qu'elle vit des relations tantôt valorisantes et tantôt frustrantes. Entre autres formes de relations peu constructives, insatisfaisantes, on retrouvera l'absence de consultation, le manque d'ouverture au point de vue des responsables, la non-reconnaissance de leur expertise ou l'approche trop «*contrôlante*» des praticiennes. Les autres responsables ont indiqué qu'elles avaient le sentiment de vraiment faire partie de l'équipe. Elles font référence notamment aux relations égalitaires, au climat de confiance, au respect et à la collaboration des intervenants, à la capacité d'affirmation de certaines collègues, à leur participation aux réunions d'équipe et aux rencontres des responsables, au partage des responsabilités en fonction d'un objectif commun, et enfin, à la reconnaissance de leur expertise. Toutefois, quelques répondantes ajouteront, à l'instar d'autres collègues, qu'il s'agit là d'un partenariat «*embryonnaire*», étant donné que les intervenants et les responsables ne travaillent «*vraiment en équipe*» que depuis trop peu de temps encore.

➤ **La communication : *des difficultés avec certains acteurs***

La moitié des responsables (9/18) du groupe ayant décrit un partenariat «*embryonnaire et fragile*» a parlé de la qualité de la communication avec les intervenants. Leurs positions sont divergentes et elles se répartissent en trois sous-groupes. Certaines d'entre elles assurent être très satisfaites de la réciprocité de la communication entre elles et les autres intervenants. Par ailleurs, d'autres responsables estiment avoir une bonne communication avec la plupart des intervenants, quoique passablement moins fluide avec certaines travailleuses sociales et quelques psychiatres. Enfin, une dernière répondante se dit franchement déçue. Elle constate que la communication est à peu près inexistante avec plusieurs acteurs, pour ne pas dire avec presque tous les intervenants.

➤ Les services et le soutien : *une satisfaction mitigée*

Toutes les responsables de ce groupe (18/18) se sont exprimées sur le soutien et les services qu'elles reçoivent. Suivant leurs opinions, elles se répartissent en deux sous-groupes : le tiers a énoncé des commentaires plutôt positifs, alors que les deux tiers ont formulé des opinions davantage nuancées.

Sur le plan du soutien des intervenants, les répondantes du premier sous-groupe mentionnent les points suivants:

- *l'écoute et l'approche des praticiennes qui s'avèrent aidantes;*
- *la sécurité et le réconfort apportés par des suivis réguliers;*
- *le fait d'être félicitées par des intervenants de différentes équipes;*
- *les réunions de responsables où elles peuvent échanger avec d'autres collègues;*
- *les rencontres de formation ainsi que leurs liens avec l'ARAPAQ.*

Quant aux services, les répondantes du même sous-groupe apprécient, principalement:

- *l'amélioration de la collaboration des travailleuses sociales qui, diront-elles, font tout ce qu'elles peuvent pour aider les clients, soit en ouvrant des ateliers et de nouvelles résidences d'accueil, soit en développant de nouveaux services;*
- *les visites à domicile des infirmières de l'équipe multidisciplinaire;*
- *les services offerts par l'hôpital et par quelques organismes communautaires à certains de leurs clients.*

Les répondantes du deuxième sous-groupe expriment une satisfaction plus nuancée par rapport au soutien et aux services qu'elles reçoivent. Par exemple, l'une d'elles affirme que les responsables reçoivent plus de services qu'auparavant et plus de formation, de sorte qu'elles comprennent mieux leur rôle. Par contre, elle affirme qu'elle ne reçoit pas le même soutien de sa praticienne qu'au début. Une autre avoue qu'elle se sent assez isolée, elle indique que le soutien donné aux responsables pourrait être plus consistant; entre autres, elle observe beaucoup de fluctuation dans la qualité du soutien, d'un intervenant à l'autre. Une autre responsable s'estime «*privilegiée*» d'avoir eu tant de soutien de l'équipe, et plus particulièrement des travailleuses sociales et des psychiatres qui sont conscients des cas lourds qu'ils lui envoient. Toutefois, elle ajoute «*qu'en dehors de la cour de l'hôpital*» c'est beaucoup plus difficile d'obtenir des services pour les clients.

➤ Les conditions de travail : *à réviser*

Cinq responsables de ce groupe (5/18) ont fait des commentaires sur leur mode de rémunération. Sur ce nombre, une seule se dit satisfaite de sa situation. En revanche, la majorité d'entre elles apparaissent plus critiques quant à leurs conditions de travail. Plusieurs souhaiteraient que leur mode de rémunération soit revu. Par exemple, il est suggéré de modifier la grille d'évaluation du client (qui sert à déterminer l'allocation des primes que les responsables reçoivent) ou de rémunérer les responsables «*à la tâche*». Une des répondantes pense que le contrat qui la lie au client ne vaut pas grand-chose, parce que si un client décide de quitter la résidence avant la fin du mois, elle devra le rembourser, malgré certaines dépenses «*fixes*»

qu'elle devra continuer à assumer pendant ce mois (telles l'électricité, la nourriture achetée en gros, etc.).

➤ **La participation actuelle : *une place mal assurée***

Presque toutes les responsables de ce groupe (17/18) ont émis des commentaires sur cette question. Quelques répondantes sont plutôt satisfaites de la place qui leur est faite dans le réseau. Elles sentent, généralement, que leur travail est reconnu par les intervenants des différentes équipes, par les praticiennes ressource, par le service psychiatrique ou par les clients et leur famille. L'une d'elles a même l'impression que le rôle des résidences d'accueil est mieux reconnu dans la société et par le gouvernement.

Cependant, un plus grand nombre d'entre elles remarquent que leur place varie selon les centres hospitaliers, les équipes, les intervenants, les gestionnaires du réseau ou la clientèle qu'elles reçoivent. Ainsi, alors que certaines équipes d'intervenants reconnaissent leurs compétences, leurs expériences, les invitent aux réunions, les consultent pour obtenir des informations sur les clients, d'autres n'ont que peu de considération pour leur travail. En outre, certaines d'entre elles dénoncent la non-reconnaissance de leur travail dans l'opinion publique et le peu d'empressement du gouvernement à reconnaître publiquement leur expertise.

Enfin, certaines responsables décrivent la place qu'elles se donnent au sein du réseau, sans faire référence à quelque reconnaissance explicite des intervenants. Celles-ci ont développé, au fil des ans, une capacité «*d'appropriation de leur expertise*» (l'expression qui fut utilisée par les répondantes est «*empowerment*»), bien qu'elles demeurent conscientes de l'écart entre l'importance de leur rôle auprès des clients et leur place encore mal assurée, peu reconnue dans le réseau. Elles estiment offrir un milieu de vie «*plus sain*» que dans les hôpitaux psychiatriques et elles savent que ce sont elles (et non les travailleuses sociales) qui font le pont entre le client et sa famille. Au lieu d'attendre qu'on leur donne une place, elles disent avec humour et fierté qu'elles prennent leur place. En ce sens, l'une d'entre elles affirme qu'elle fait du bon travail, mais elle constate, qu'en l'absence d'une définition claire de son mandat, les intervenants ne reconnaissent pas son expertise.

➤ **La place désirée, souhaitable : *les critères d'un partenariat réussi***

Une bonne part des responsables de ce groupe se sont prononcées (10/18) sur la place qu'elles souhaiteraient occuper dans le réseau. Deux d'entre elles, suffisamment satisfaites de la situation actuelle, ne désirent pas vraiment la modifier.

Les autres responsables ont imaginé et décrit les caractéristiques d'un meilleur partenariat. Ainsi, elles veulent:

- *que leur mandat soit plus clairement défini;*
- *être considérées sur un pied d'égalité par leurs partenaires;*
- *travailler en équipe;*
- *être consultées;*
- *avoir une meilleure communication avec les intervenants de l'équipe;*
- *et enfin, que leur expertise soit reconnue par les intervenants et le gouvernement.*

Il est intéressant de noter que les caractéristiques nommées par ces répondantes rejoignent les valeurs ou les critères qui sous-tendent le développement d'un partenariat réussi, tels qu'ils sont évoqués dans les écrits sur le sujet (nous reviendrons ultérieurement, au point 3.2.3, sur ces valeurs ou ces critères d'un partenariat réussi, selon les publications et selon les répondantes).

En résumé, les responsables de ce groupe qualifient les relations de partenariat qu'elles vivent avec les autres intervenants du réseau, d'*«embryonnaires et fragiles»*, parce qu'elles varient en fonction des centres hospitaliers, des équipes, des intervenants ou des différents types de clientèles. En conséquence, les relations de partenariat qu'elles décrivent sont tantôt heureuses, tantôt frustrantes, et elles s'enracinent, pour l'essentiel, sur le sentiment de faire ou non partie de l'équipe.

Les responsables du second groupe ont décrit les relations entre elles et les différents intervenants du réseau comme étant un *«faux-semblant»* de partenariat. Ces dernières représentent plus du tiers des responsables. Contrairement à leurs collègues qui manifestent des positions mitigées et ambivalentes, celles-ci ont des opinions bien définies sur le sujet.

Un *«faux-semblant»* de partenariat

Bien que les responsables de ce groupe (12/30) n'aient pas utilisé précisément le terme *«faux-semblant»* de partenariat, il n'en demeure pas moins que la majorité d'entre elles ont rapporté, fort clairement, que les pratiques de plusieurs intervenants ne correspondent pas au discours qu'ils tiennent sur le partenariat; elles croient que ce discours sert surtout à sauver les apparences. Les faits notés reflètent donc un décalage marqué entre le discours et les pratiques des gens du réseau. Toutefois, il ne s'agit pas ici d'une rupture globale qui affecte, en bloc, toutes les dimensions de ce partenariat, mais plutôt d'un écart suffisamment constant pour être observé par les répondantes de ce groupe, et qui touchent quelques-unes, plusieurs ou toutes ces dimensions, selon les répondantes interrogées.

Les caractéristiques de ce modèle qui ont été nommées et décrites par les responsables ont été réparties selon les différentes dimensions suivantes:

- **Les relations sociales :** *des partenaires sans partenariat;*
- **La communication :** *l'impact d'une communication frustrante;*
- **Les services et le soutien :** *des lacunes et des inégalités;*
- **Les conditions de travail :** *peu enviables;*
- **La participation actuelle :** *«au bas de l'échelle» dans un système fortement hiérarchisé;*
- **La place désirée, souhaitable :** *des partenaires à part entière capables de s'affirmer.*

➤ **Les relations sociales : *des partenaires sans partenariat***

Toutes les répondantes de ce groupe (12/12) se sont prononcées sur la question des relations sociales entre elles et les autres intervenants du réseau. Les trois quarts des répondantes de ce groupe affirment que les conditions conduisant à l'existence de relations de partenariat, au sein du réseau, sont absentes. La teneur des jugements des autres répondantes sur ce même thème apparaît moins sévère, quoique aussi peu élogieuse.

L'une des répondantes du premier sous-groupe rappelle, afin de justifier sa perception de la piètre qualité des relations sociales entre les responsables et les autres intervenants du réseau, que les gestionnaires du réseau n'ont pas consulté, ni même informé les responsables des résidences d'accueil des changements relatifs au plan de transformation des services en santé mentale. Une autre responsable déduit, de ses différentes expériences, que les intervenants ont tendance à accorder plus d'importance aux déclarations du client qu'à la version des responsables. Plusieurs autres responsables semblent convaincues que certains psychiatres, travailleuses sociales ou infirmières n'ont aucune considération pour les responsables; ils n'accordent aucune valeur à leurs dires, parce qu'ils pensent que ces dernières ne sont pas qualifiées pour s'occuper de la clientèle psychiatrique. En outre, quelques répondantes reprochent aux intervenants leur approche trop individualiste, qui ne permet pas d'élaborer de vraies relations de partenariat. Les propos des autres responsables tendent à décrire un rapport de forces inégalitaire entre elles et les autres acteurs du réseau. Elles ne sentent pas un réel respect de leur compétence et de leur expertise de la part de certains intervenants.

➤ **La communication : *l'impact d'une communication frustrante***

Toutes les répondantes de ce groupe (12/12) ont donné leur point de vue quant à la qualité de la communication entre elles et les intervenants du réseau. À une exception près, elles constatent un décalage important entre le discours des intervenants sur le partenariat et leurs pratiques. Ce décalage se traduit, pour certaines d'entre elles, par un manque de communication; pour d'autres, par une communication à sens unique; et pour quelques-unes, par un manque de transparence. Selon ces responsables, ces problèmes de communication ont un impact négatif sur elles-mêmes et sur leurs clients; d'une part, elles se sentent frustrées et aigries de ce manque de reconnaissance, et d'autre part, elles ne peuvent obtenir les services dont leurs clients ont besoin. En bout de ligne, la situation de leurs clients risque de se détériorer.

Les responsables du premier sous-groupe remarquent que, même si les intervenants admettent haut et fort la nécessité d'un échange sur le plan des idées et de l'approche, ils ne font rien pour créer ou faciliter cet échange. Les responsables se rendent compte que ce qu'elles disent, pensent ou proposent pèse peu dans la balance. Pourtant elles croient avoir le droit de dire ce qu'elles pensent ou de poser des questions (par exemple, sur un changement de médication ou sur les critères du réseau pour évaluer les résidences d'accueil). Elles s'attendent également à ce que les différents intervenants prennent leur point de vue en considération.

Les responsables du second sous-groupe critiquent la communication à sens unique des intervenants. Elles constatent, pour l'essentiel, que ces derniers laissent l'entière responsabilité aux responsables de communiquer avec eux.

Deux autres de leurs collègues dénoncent le manque de transparence des praticiennes, lors du placement des clients. Par exemple, l'une d'elles raconte que, lors d'un placement, sa praticienne ne l'a pas avisée que le client avait déjà fait 20 tentatives de suicide!

➤ **Les services et le soutien : *des lacunes et des inégalités***

Les trois quarts des responsables de ce groupe (9/12) se sont exprimées sur les services et le soutien qu'elles reçoivent. Le tiers de ces répondantes affirment qu'elles obtiennent rarement tous les services et le soutien dont elles ont besoin pour leurs clients. Quant aux autres, elles déclarent qu'elles ne sont pas entièrement insatisfaites, pourrions-nous dire, des services et du soutien offerts par le réseau.

Les responsables du premier sous-groupe décrivent une situation où les travailleuses sociales sont surchargées et où les rendez-vous avec les psychiatres sont trop espacés. Dans ce même ordre d'idées, l'une d'elles note que les CLSC n'ont pas encore les ressources nécessaires pour recevoir la clientèle psychiatrique (elle relève, par exemple, l'absence de psychiatres). Une autre constate le manque de services dans la communauté; elle doit se débrouiller seule, ce qui lui cause beaucoup d'anxiété parce qu'elle sait à quel point ses clients ont besoin de programmes de jour et d'activités.

Du côté des répondantes qui ne sont pas entièrement insatisfaites des services et du soutien des intervenants, il est plutôt question d'un mélange de situations plus souvent malheureuses qu'heureuses. Ainsi, l'une d'elles rapporte que les psychologues de ses clients et sa travailleuse sociale lui apportent un réel appui, mais que certains jeunes intervenants de l'équipe des ressources d'hébergement usent «*de grands mots*», au lieu de dire les choses simplement pour la bonne compréhension de tous. Une autre met en évidence la difficulté d'obtenir des services à domicile pour les personnes qui ne peuvent se déplacer (services d'un médecin, d'une infirmière ou de réadaptation).

➤ **Les conditions de travail : *peu enviables***

Six des responsables de ce groupe (6/12) ont émis des commentaires sur leurs conditions de travail. Une seule se dit satisfaite de ses conditions, parce qu'elle aime son travail et se trouve justement rémunérée.

Les autres pensent qu'elles sont sous-payées, voire rémunérées au rabais, compte tenu des nombreux services qu'elles rendent au gouvernement et des sommes substantielles qu'elles lui permettent d'économiser. L'une d'entre elles souhaiterait que le gouvernement et la Régie régionale comprennent qu'elles effectuent un «*travail professionnel*» particulièrement intense. Elle ajoute que les gestionnaires considèrent que les responsables ne voient qu'à l'hébergement du client (gîte et nourriture), alors

qu'elles font beaucoup plus; elles contribuent, entre autres, à mettre en œuvre l'approche de réadaptation. En outre, ces responsables croient que s'il y avait un partenariat réel, leur travail serait rétribué à sa juste valeur.

➤ **Leur participation actuelle : «au bas de l'échelle» dans un système fortement hiérarchisé**

À l'exception de deux répondantes (10/12), les responsables de ce groupe affirment ne pas avoir «leur place» au sein du réseau. Celles-ci ont l'impression de se situer au dernier échelon d'un système fortement hiérarchisé. Plusieurs d'entre elles pensent que leur travail ne reçoit pas la valeur qui lui revient, parce que, d'une part, on ne reconnaît pas qu'il s'agit d'une «profession», et d'autre part, elles ne sont pas formellement diplômées. Les autres responsables de ce sous-groupe mentionnent, qu'en l'absence d'une reconnaissance explicite, elles se donnent la place qu'elles estiment mériter. Elles considèrent qu'elles sont des partenaires à part entière, des expertes du quotidien, qui offrent toute une gamme de services à leurs clients; elles affirment d'ailleurs mieux connaître ces derniers que les praticiennes, parce qu'elles passent beaucoup plus de temps avec eux que ces dernières. Quant aux deux dernières responsables, l'une se dit assez satisfaite parce qu'elle reçoit une reconnaissance claire des intervenants, tandis que l'autre fait état de son ambivalence relativement à la place qu'elle occupe dans le réseau. Ainsi, bien qu'elle ressente que les intervenants reconnaissent le professionnalisme de ses interventions, elle estime que les responsables, de façon générale, ne sont pas respectées, comme il se devrait, par les gestionnaires et les intervenants.

➤ **La place désirée, souhaitable : des partenaires à part entière capables de s'affirmer**

Dix responsables (10/12) se sont exprimées sur la place qui, selon elles, devrait leur revenir au sein du réseau. Suivant leurs opinions, elles se répartissent en deux sous-groupes.

Les répondantes du premier sous-groupe veulent surtout être reconnues comme de «vraies partenaires», ce qui, selon elles, n'est pas le cas actuellement. Dans ce sens, l'une d'elles pense que les intervenants devraient tenir compte de leurs avis, les inviter plus souvent aux réunions de l'équipe multidisciplinaire et les intégrer au processus décisionnel, parce qu'elles peuvent apporter des informations que les autres professionnels ignorent. Ses collègues désirent également une meilleure communication avec les intervenants. De plus, l'une d'elles ajoute que la reconnaissance de leur expertise devrait se traduire par une rémunération proportionnelle aux services qu'elles rendent.

Les propos des répondantes du deuxième sous-groupe vont davantage dans le sens de la protection et du bien-être de leurs clients. Une première souligne l'obligation morale, pour tous les intervenants et les responsables, de traiter avec respect et dignité chacun de leurs clients. Une troisième dit souffrir des préjugés de l'entourage à l'égard de son travail auprès de personnes atteintes de problèmes mentaux ; elle aimerait qu'elle et ses clients ne soient pas socialement marginalisés. Enfin, une dernière réclame davantage de services pour ses clients, notamment ceux qui sont en réadaptation.

En bref, ce qui caractérise la position de ces responsables relativement à la nature du partenariat qu'elles vivent, au sein du réseau, est ce constat d'une nette rupture entre le discours des intervenants axé sur l'importance d'un sain partenariat et leurs pratiques effectives qui témoignent, à tous instants, d'un manque manifeste de concertation. Dans ce système, qu'elles qualifient de fortement hiérarchisé, qui les relègue, croient-elles, au bas de l'échelle, elles aspirent vivement à une reconnaissance non équivoque de leur travail auprès des individus présentant de troubles mentaux graves.

Les praticiennes ont été interrogées, elles aussi, sur leurs perceptions de la nature du partenariat qui existe entre les responsables des résidences d'accueil et les intervenants du réseau. Ces perceptions seront exposées au point suivant.

3.2.2

LE PARTENARIAT ENTRE LES RESPONSABLES ET LES INTERVENANTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX: LA VERSION DES PRATICIENNES

Le guide d'entrevue préparé à l'intention des praticiennes comportait les mêmes questions que celui destiné aux responsables (voir le point 3.2.1). Dans le cas des praticiennes, un troisième modèle de partenariat s'est ajouté aux deux modèles qui s'étaient dégagés des discours des responsables. Les trois modèles identifiés par les praticiennes sont donc, par ordre d'importance : un **«faux-semblant»** de partenariat, un partenariat **«embryonnaire et fragile»**, et un partenariat **«réel»**.

Ici encore, ces modèles reflètent ou décrivent les caractéristiques de la nature du partenariat actuel, réel, tel qu'il est vécu et perçu par les répondantes. Ces caractéristiques renvoient aux mêmes dimensions du travail qui ont été abordées des responsables et aux mêmes plans théorique et pratique que ceux déjà décrits au point se rapportant à la version des responsables (voir le point 3.2.1). Toutes les praticiennes interrogées (30/30) se sont exprimées sur le thème concernant le partenariat.

Un **«faux-semblant»** de partenariat

Une majorité de praticiennes (17/30) ont décrit la nature du partenariat, entre les responsables de résidences et les intervenants du réseau, en termes de **«faux-semblant»** de partenariat. Les propos de ces dernières sur le sujet sont clairs et plutôt catégoriques. Par exemple, plusieurs affirment que les pratiques réelles des gens du réseau contredisent leurs discours sur le partenariat. D'autres soulignent que ce discours est loin de refléter les pratiques courantes, puisque les responsables, bien que désignées en tant que partenaires à part entière, ne le sont pas dans la réalité.

Les caractéristiques de ce modèle qui ont été nommées et décrites par ces praticiennes ont été réparties selon les différentes dimensions suivantes:

- **Les relations sociales : *un décalage entre les dires et les pratiques;***
- **La communication : *déficiente sur plusieurs plans;***
- **Les services et le soutien : *nombre de manques;***
- **Les conditions de travail : *plus cela change, plus c'est pareil;***
- **La participation actuelle : *des partenaires non-reconnues à leur juste valeur;***
- **La place désirée, souhaitable : *membres à part entière.***

➤ **Les relations sociales: *un décalage entre les dires et les pratiques***

Toutes les praticiennes de ce groupe (17/17) décrivent, chacune à leur façon, comment le discours «*officiel*» sur le partenariat des gens du réseau a peu d'emprise sur leurs pratiques. Trois positions différentes ressortent de ces témoignages: les praticiennes du premier sous-groupe, les plus nombreuses, constatent un franc décalage entre les pratiques et le discours des gens du réseau; un nombre passablement plus restreint de répondantes préfèrent juger de la situation «*cas par cas*», alors que les praticiennes du dernier sous-groupe notent principalement les faiblesses marquantes de ce partenariat.

Les praticiennes du premier sous-groupe illustrent abondamment, par des exemples, ce décalage entre les dires et les pratiques des gens du réseau. Par exemple, quelques répondantes rapportent que, bien que les praticiennes disent que les responsables font partie intégrante de l'équipe, elles ne les considèrent pas pour autant comme des partenaires à part entière. De fait, il semble que certaines praticiennes aient une approche «*contrôlante*», en n'invitant jamais les responsables à participer aux réunions d'équipe. On souligne que certaines praticiennes font des efforts pour changer cette façon de faire, mais que d'autres ne sont pas disposées à adopter cette nouvelle approche, parce qu'elles se perçoivent comme les «*vraies patronnes*» des résidences d'accueil et qu'elles traitent les responsables comme si elles étaient des «*clientes qu'il faut éduquer*»! Certaines répondantes vont même jusqu'à qualifier cette relation, entre les responsables et les autres intervenants, de dominées-dominants, où les responsables se sentent incomprises, très peu considérées et sous-payées.

Les praticiennes du deuxième sous-groupe se disent incapables d'émettre des généralités quant à la teneur des relations de partenariat entre l'ensemble des responsables et les intervenants. Dans ce sens, l'une d'entre elles remarque que les intervenants du réseau font toujours des «*ententes à la pièce*» avec chacune des responsables, plutôt que de négocier avec le réseau des résidences d'accueil. Elle note aussi, qu'il n'y a pas non plus de lien formellement défini entre les hôpitaux et les résidences d'accueil ou entre les intervenants et les résidences d'accueil. De plus, étant donné que le mandat des responsables n'est pas clair, elles doivent répondre aux directives particulières de chacun des intervenants. Une autre répondante croit

qu'il faut plutôt établir des relations de partenariat sur la base d'ententes individuelles, selon les capacités, les besoins et les désirs de chacune des responsables.

Les répondantes du dernier sous-groupe observent, entre autres choses, que le pouvoir décisionnel des responsables ne s'exerce qu'à l'intérieur des limites de leur résidence d'accueil et que par leur droit d'accepter ou non un client. Il sera aussi dit, qu'en dépit de la «faiblesse» du partenariat existant, les responsables font ce qu'elles peuvent pour répondre aux exigences des intervenants du réseau. À l'instar d'autres répondantes, une praticienne déclare que, même si les gens du réseau ont placé des clientèles plus lourdes dans les résidences d'accueil, ils n'ont pas informé, ni consulté les responsables pendant tout le processus de transformation des services du réseau.

➤ **La communication: *déficiente sur plusieurs plans***

Près des trois quarts des praticiennes (12/17) de ce groupe ont identifié différents problèmes de communication entre les responsables et les intervenants. Elles notent, principalement, le manque de transparence de la communication, particulièrement en ce qui a trait à l'information donnée par les praticiennes aux responsables, lors du placement d'un client (quant au niveau d'urgence ou à l'état de santé du client, par exemple). Elles mentionnent, également, le sens unique de cette communication, de la part de certains intervenants, comme lorsque le psychiatre ne rappelle jamais ni la responsable, ni la praticienne. Précisons ici, concernant le manque de transparence de la communication, qu'il arrive que les praticiennes ne taisent pas sciemment certaines informations sur le client, mais qu'elles ne les connaissent tout simplement pas. Les répondantes rapportent également le cas de quelques praticiennes usager qui, par manque de disponibilité, ne retournent pas les appels des responsables. Une répondante mentionne que la communication entre les praticiennes ressource et les praticiennes usager peut être court-circuitée par la pression qui est mise sur ces dernières pour qu'elles sortent les clients le plus vite possible des hôpitaux.

En outre, ces praticiennes notent des problèmes de communication du côté des responsables. Entre autres, elles rapportent que certaines responsables ont de la difficulté à s'exprimer. Ces responsables ne se sentent pas très à l'aise de parler devant un groupe d'intervenants (donner leur avis sur un type d'intervention, par exemple). Il peut arriver aussi que les responsables ne maîtrisent pas certaines habiletés langagières qui leur permettraient de se faire mieux comprendre des autres intervenants (laisser un message téléphonique clair et détaillé à la praticienne, par exemple).

On relève, également, le peu «d'ouverture» dont font montre certaines responsables. Ainsi, avec certaines responsables, il serait pratiquement impossible d'avoir une relation de partenariat, puisque celles-ci ne semblent pas prêtes à s'engager dans des rapports professionnels plus étroits avec les praticiennes. De plus, une des répondantes constate que le peu de formation formelle des responsables n'aide pas à l'épanouissement de la communication entre ces dernières et les autres intervenants. Certaines de ces praticiennes remarquent, toutefois, que d'autres responsables savent établir des rapports très professionnels avec les autres membres de l'équipe. Par ailleurs, quelques praticiennes soulignent, à la décharge des responsables, que celles-ci subissent beaucoup de pression et reçoivent, à l'occasion, des demandes contradictoires de différents intervenants. Par exemple, alors que le «case manager» de l'hôpital conseille à une responsable de ne pas insister auprès d'un client qui ne veut pas aller à son programme de jour, la praticienne ressource propose, de son côté, de l'inscrire à une activité qui stimulerait son développement. Il n'est pas

étonnant, selon ces praticiennes, que les responsables se sentent coincées, et ce, tant «*sur le plan éthique que financier*», par crainte que les intervenants ne leur envoient plus de clients, si elles n'agissent pas selon leurs directives.

➤ **Les services et le soutien: *nombre de manques***

Près des trois quarts des praticiennes de ce groupe (11/17) se sont exprimées sur le soutien que les responsables reçoivent des intervenants du réseau. La plupart d'entre elles affirment que ces dernières ont très peu de soutien. Quelques-unes d'entre elles rapportent que certaines praticiennes se contentent, encore trop souvent, d'intervenir en situation de crise plutôt que de faire de la prévention; débordées, elles font ce qu'elles peuvent et n'ont pas le temps de faire plus. Une des répondantes mentionne que les praticiennes semblent accorder davantage d'intérêt et d'attention aux clients qu'aux responsables; elles consacrent plus de temps aux premiers, elles prennent le temps de les écouter. Une des répondantes avoue, sans détours, qu'elle n'est pas disponible, qu'elle n'a pas le temps, à son grand regret, d'offrir du soutien aux responsables.

Quelques répondantes tiennent des propos plus nuancés. L'une d'elles remarque que les responsables qui montrent de la facilité à communiquer avec les intervenants se disent satisfaites du soutien et de la considération qu'elles reçoivent, alors que celles qui ont plus de difficulté à s'exprimer se sentent moins bien soutenues.

Les deux tiers des répondantes de ce groupe ont parlé de la pénurie des services et des ressources offerts aux responsables. Elles relèvent, plus particulièrement, à quel point les pratiques du gouvernement relatives à ces services accusent un net décalage en regard des grands principes qui ont inspiré le plan de transformation. Selon ces répondantes, la décision de sortir les clients des hôpitaux, pour qu'ils vivent une vie plus normale et s'intègrent à la communauté, était fort louable. Cependant, le gouvernement n'a pas transféré les fonds requis dans la communauté. Or, en l'absence de ces fonds, il devient impensable de donner aux responsables et aux clients les services et les ressources nécessaires à la poursuite de ces objectifs d'intégration sociale et d'amélioration de la qualité de vie de ces derniers.

➤ **Les conditions de travail : «*plus cela change, plus c'est pareil*»**

Plusieurs praticiennes de ce même groupe (7/17) ont fait des commentaires sur les conditions de travail des responsables, en estimant qu'il s'agit d'un aspect important du partenariat.

Quelques-unes de ces praticiennes pensent que les responsables devraient recevoir plus de formation afin d'assumer de mieux en mieux leur rôle de «*ressource de transition*». Pourtant, tout en demandant à ces responsables d'investir davantage, ces mêmes praticiennes ne voient pas l'intérêt de leur offrir des conditions de travail plus avantageuses. Dans ce sens, l'une de ces répondantes considère que le travail des responsables est une «*vocation*» et que, de toute évidence, les responsables ne font pas ce travail par intérêt financier; elle souligne d'ailleurs que si c'était le cas, il faudrait que le réseau devienne plus sélectif.

Les autres praticiennes apparaissent davantage préoccupées par les conditions de travail des responsables. L'une d'elles souligne qu'il y a un écart «*gigantesque*» entre ce que l'hôpital économise en plaçant les clients dans les résidences d'accueil et l'ampleur du travail des responsables auprès de ces derniers. À son avis, cette situation perdure, parce que les responsables sont victimes d'un préjugé qui laisse entendre qu'elles ne doivent pas faire de profits. Cette croyance injustifiée, croit-elle, engendre des conditions de travail misérables et injustes pour les responsables.

➤ **La participation actuelle : *des partenaires non-reconnues à leur juste valeur***

Toutes les praticiennes de ce groupe se sont prononcées sur la place actuelle des responsables dans le réseau. Les trois quarts d'entre elles estiment que les responsables ne sont pas reconnues à leur juste valeur par les gens du réseau. Ces praticiennes mettent en évidence, d'une part, l'importance des résidences d'accueil en tant que milieux protégés pouvant répondre aux besoins spécifiques de diverses clientèles, et d'autre part, la non-valorisation du travail et de l'expertise des responsables, par les différents intervenants du réseau, par le gouvernement et conséquemment, par la communauté. Par exemple, quelques répondantes racontent que certains gestionnaires et intervenants pensent que les responsables n'ont pas à approuver ou à désapprouver quoi que ce soit, parce qu'elles sont payées pour faire leur travail. D'autres rapportent que certains praticiennes usager utilisent les résidences d'accueil en dernier recours; qu'elles préfèrent d'autres types de ressources (foyers de groupe, appartements supervisés), parce qu'elles ne reconnaissent pas vraiment les compétences des responsables. Toutefois, comme il y a des listes d'attente de trois ou quatre ans dans ces ressources d'hébergement, elles acceptent de placer des clients dans les résidences d'accueil où il y a toujours des places disponibles, et cela à bien meilleur coût.

Les autres praticiennes, moins nombreuses, affirment que le virage ambulatoire des services de santé mentale n'aurait pu se faire sans l'apport irremplaçable du réseau des résidences d'accueil et sans le dévouement des responsables. Elles ne mentionnent pas explicitement, cependant, la non-reconnaissance des autres acteurs du réseau relativement à cet apport.

➤ **La place désirée, souhaitable : *membres à part entière***

Presque toutes les praticiennes de ce groupe (15/17) ont exprimé leur point de vue quant à la place que devraient occuper les responsables au sein de réseau. Un sous-groupe majoritaire de praticiennes insiste pour que les responsables soient reconnues comme des membres à part entière de l'équipe multidisciplinaire et qu'elles puissent participer au processus décisionnel. Cela implique qu'elles soient traitées sur un pied d'égalité avec les autres intervenants de l'équipe; que leur travail soit valorisé auprès des divers services médicaux et hospitaliers; que soient prises en considération leurs observations et leurs recommandations. Certaines praticiennes mettent en évidence la question de la formation des responsables, dans le débat concernant la reconnaissance de celles-ci au sein de leur équipe de travail. De fait, qu'il s'agisse d'une formation formelle obligatoire ou de cours d'appoint à la carte, ces praticiennes semblent croire que ces formations seraient susceptibles d'améliorer les conditions de travail et l'image des responsables.

Les praticiennes du second sous-groupe mettent plutôt en lumière la nécessité, pour les responsables, de développer leurs capacités d'appropriation de leur expertise et de leur pouvoir. Entre autres choses, l'une de ces praticiennes recommande aux responsables de se regrouper au-delà de l'ARAPAQ et de déléguer une

représentante aux réunions des équipes multidisciplinaires, de façon à pouvoir négocier leurs conditions de travail. Une autre répondante suppose que, lorsque les responsables deviendront plus conscientes de l'importance de leur rôle dans le réseau, elles comprendront que leur association (ARAPAQ) peut bénéficier d'un plus grand pouvoir décisionnel (en siégeant, par exemple, sur une base permanente au comité de placement des clients). Ainsi, elles pourraient influencer sur les décisions qui ont une répercussion directe sur leur travail.

Dans l'ensemble, les praticiennes qui ont décrit un «*faux-semblant*» de partenariat constatent clairement qu'il existe un net décalage entre les pratiques et les discours des gens du réseau sur le partenariat, et ce, en bonne partie, parce que des aménagements structurels tangibles promouvant le développement de véritables relations de partenariat n'ont pas été encore établis.

D'autres praticiennes ont décrit un second modèle de partenariat, le partenariat «*embryonnaire et fragile*», qui se définit principalement par ses oscillations entre l'absence de partenariat et un partenariat réel.

Un partenariat «*embryonnaire et fragile*»

Douze des praticiennes (12/30) interrogées ont décrit un modèle de partenariat plus nuancé que celui exposé par les répondantes précédentes. Elles font état de relations de partenariat en développement, au sens où les pratiques des gens du réseau et des responsables ne correspondent que partiellement et irrégulièrement aux caractéristiques d'un partenariat réel. Certaines disent explicitement qu'il s'agit d'un partenariat «*embryonnaire*», «*fragile*» ou «*en développement*», alors que d'autres font des observations qui évoquent cette même réalité.

Les caractéristiques de ce modèle qui ont été nommées et décrites par ces praticiennes ont été réparties selon les mêmes dimensions qui ont été présentées précédemment :

- **Les relations sociales : les indices positifs et les obstacles d'un partenariat en développement;**
- **La communication : des difficultés en voie de correction;**
- **Les services et le soutien : un manque de constance en voie d'amélioration;**
- **Les conditions de travail : l'enfant pauvre d'un partenariat naissant;**
- **La participation actuelle : un rapport utilitaire doublé d'une reconnaissance peu valorisante;**
- **La place désirée, souhaitable : des partenaires à part entière.**

- **Les relations sociales: les indices positifs et les obstacles d'un partenariat en développement**

À l'exception d'une répondante (11/12), toutes les praticiennes de ce groupe ont identifié des indices positifs et des obstacles pouvant caractériser les relations d'un partenariat en développement.

Tout d'abord, en ce qui concerne les obstacles qui nuisent à la poursuite de relations de partenariat effectives, plusieurs praticiennes rapportent notamment, les relations parfois houleuses et tendues entre certaines responsables et praticiennes. Ces difficultés d'ordre interpersonnel semblent être liées à différents facteurs. Entre autres facteurs, on mentionne l'imprécision de la définition du mandat des responsables et des attentes des intervenants; et par voie de conséquence, l'incompréhension entre les praticiennes et les responsables quant à leurs activités quotidiennes respectives. Des praticiennes notent également des difficultés, au plan de la concertation, au sein de l'équipe multidisciplinaire relativement aux besoins et aux avis des responsables.

Quant aux éléments positifs de ces relations qui laissent présager d'une amélioration de la qualité du partenariat de ces dernières, plusieurs praticiennes remarquent que la majorité des responsables sont de bonnes collaboratrices qui souhaitent *«travailler en équipe»*, non seulement pour résoudre des situations problématiques, mais aussi pour élaborer des plans d'intervention conjoints. D'autres indices positifs prometteurs ont été identifiés par ces répondantes. Par exemple, une praticienne indique que certains professionnels du réseau (plus précisément des psychiatres) ont pris le tournant du *«communautaire»*, en apprenant eux aussi à travailler et à composer avec les responsables. Une deuxième souligne que, de plus en plus, les responsables semblent apprécier les différents services offerts par l'équipe des ressources d'hébergement; d'autant plus qu'elles s'occupent d'une clientèle dont les problèmes physiques et psychiatriques requièrent les expertises de divers intervenants. Une dernière répondante observe que depuis que les responsables sont mieux payées et mieux formées, les intervenants sont désormais *«obligés»* de s'asseoir avec elles et de tenir compte de leur point de vue!

Enfin, quelques praticiennes de ce groupe voient dans les relations actuelles, entre les responsables et les autres intervenants, la mise en place des rudiments du travail d'équipe et l'émergence d'une sorte de partenariat informel susceptible de se transformer, de se perfectionner avec le temps.

➤ **La communication : des difficultés en voie de correction**

Plus de la moitié des praticiennes de ce groupe (7/12) ont relevé des difficultés sur le plan de la communication entre les responsables et les intervenants. La moitié des répondantes attribuent la responsabilité des problèmes de communication aux responsables, et l'autre moitié aux praticiennes et aux intervenants des hôpitaux.

Du côté des praticiennes qui considèrent que se sont plutôt les responsables qui sont à la source de ces difficultés, on rapporte le manque de transparence de leurs échanges avec les praticiennes et certaines carences dans leur communication avec les usagers. Une répondante explique que certaines responsables sont plus fermées; elles *«aiment mieux gérer leurs affaires toutes seules»* et n'informent pas la praticienne de ce qui se passe avec le client. Dans ce sens, ces praticiennes encouragent fortement les responsables à ne pas hésiter à demander de l'aide lorsqu'elles en éprouvent le besoin.

Quant aux répondantes qui supposent que la responsabilité des ratés de la communication revient essentiellement aux praticiennes, elles soulignent, plus particulièrement les points suivants:

- *la communication à sens unique de la part de certaines praticiennes (par exemple, une praticienne ne rappelle pas la responsable, afin de vérifier si la stratégie qu'elle lui a suggérée, pour freiner la surconsommation de médicaments d'un client, donne de bons résultats);*
- *les malentendus créés par des «demandes» qui changent aux gré des praticiennes;*
- *le fonctionnement individualiste de quelques intervenants (par exemple, certains intervenants ne font pas circuler les informations qu'ils détiennent sur l'état physique ou psychique d'un client).*

➤ **Les services et le soutien: un manque de consistance en voie de "consolidation"**

Sept praticiennes de ce groupe (7/12) ont parlé de la qualité des services et du soutien offerts aux responsables par le réseau. Bien que plusieurs praticiennes mettent en évidence les déficiences de ces services et soutien, elles laissent entendre, également, que ceux-ci tendent à l'amélioration.

On rapporte, essentiellement, l'inconsistance du soutien des intervenants de l'hôpital et des praticiennes qui engendre un sentiment d'isolement chez les responsables. Par exemple, une de ces répondantes affirme que les praticiennes usager laissent aux responsables «*la prise en charge quasi totale*» de leur clientèle, alors que ces dernières ne possèdent pas nécessairement les compétences pour poser certains gestes ou prendre certaines décisions. Une autre répondante indique qu'une meilleure régularité des suivis, de la part des praticiennes, préviendrait l'épuisement et le découragement chez les responsables. Une autre rappelle que les responsables ont beaucoup de soutien, lorsque le personnel de l'hôpital veut sortir un client de l'hôpital. Ce traitement de faveur est cependant de courte durée; après un certain temps, elles sont laissées à elles-mêmes.

À ces témoignages quelque peu dépréciatifs, il faut ajouter les autres propos plus encourageants de ces mêmes praticiennes. L'une d'elles remarque que généralement les praticiennes ressource s'impliquent réellement auprès des responsables. Deux autres rapportent leurs efforts pour bâtir une relation de confiance avec les responsables, par exemple, en faisant de l'écoute active, en partageant leurs connaissances ou en les aidant à trouver des solutions pour résoudre les problèmes qui surviennent.

➤ **Les conditions de travail : l'enfant pauvre d'un partenariat naissant**

Trois praticiennes de ce groupe (3/12) ont émis des commentaires sur les conditions de travail des responsables. Deux d'entre elles font ressortir la précarité de leur situation financière, alors que la troisième considère, sans autres commentaires, qu'elles sont mieux payées qu'avant.

Les premières soulignent que cette réflexion sur les conditions de travail est intimement liée aux débats concernant la nature du partenariat entre les responsables

et le réseau et la reconnaissance du travail et de l'expertise de ces dernières par le réseau. Elles constatent, en ce sens, qu'en plus d'être sous-payées pour ce qu'elles font, les responsables doivent faire des investissements considérables pour répondre aux exigences du réseau. En outre, elles estiment que la précarité de la situation financière des responsables et certaines de leurs conditions de travail (le fait qu'elles doivent veiller sur les résidents 24 heures sur 24, par exemple) ne facilitent pas leur accès à plus de formation.

➤ **La participation actuelle: *un rapport utilitaire doublé d'une reconnaissance peu valorisante***

Les 12 praticiennes se sont prononcées sur ce thème. La plupart d'entre elles ont parlé du rapport utilitaire qu'entretient le réseau à l'endroit des responsables. Elles soutiennent que le réseau a absolument besoin des résidences d'accueil, sans soulever explicitement, pour autant, la question de la reconnaissance de leur travail de la part du gouvernement ou des gens du réseau. Les autres répondantes ajoutent que ce rapport utilitaire s'accompagne d'une reconnaissance peu valorisante du travail des responsables.

Les praticiennes du premier sous-groupe affirment que le réseau ne pourrait se passer de ce type d'hébergement que sont les résidences d'accueil, puisqu'elles représentent une ressource rapidement accessible, très «polyvalente» et qui «répond à plusieurs types de besoins», et ce, au moment même où les clients très fragiles sortent des hôpitaux. Dans cet ordre d'idées, une de ces répondantes soutient que les responsables sont le bras droit des services de santé. Une autre considère que l'expérience vécue par les clients dans les résidences d'accueil pose les premiers jalons de leur réinsertion sociale. Deux praticiennes de ce même sous-groupe mettent l'accent sur leur rôle de famille substitut, lorsque les proches sont décédés ou épuisés.

Les praticiennes du second sous-groupe font surtout ressortir la dimension peu valorisante de la place actuelle dévolue aux responsables au sein du réseau. L'une de ces praticiennes dit, en ce sens, que les responsables se sentent dans la position de «subalternes», et qu'elles sont loin d'être reconnues à leur juste valeur par les intervenants. Une autre précise que, même si elles représentent la seule ressource disponible pour des clients très fragiles, il n'y a qu'«une ébauche de reconnaissance» à l'égard de leur travail, de la part de l'équipe multidisciplinaire.

➤ **La place désirée, souhaitable: *des partenaires à part entière***

Bien que toutes les praticiennes de ce même groupe (12/12) se soient exprimées sur la place que devraient occuper les responsables au sein du réseau, près des trois quarts d'entre elles n'en ont parlé qu'évasivement et que très succinctement. Les autres répondantes ont décrit un écart assez important entre la place qui devrait revenir aux responsables et leur place actuelle.

La plupart de ces douze répondantes souhaitent que les responsables soient reconnues comme des membres à part entière de l'équipe. Ainsi, l'une d'elles considère que l'équipe traitante devrait impliquer davantage les responsables, en les invitant aux réunions d'équipe. De cette façon, les intervenants comprendraient mieux ce qui se passe avec les clients et pourraient mieux soutenir la responsable. Une autre répondante pense que le travail des répondantes devrait être considéré à l'égal de celui des praticiennes, étant donné qu'elles font le plus gros du travail, en vivant 24 heures par jour avec les clients.

En résumé, le partenariat «*embryonnaire et fragile*», tel que décrit par ces praticiennes, se caractérise essentiellement par son balancement entre des obstacles qui freinent son développement et des indices positifs, prometteurs qui permettent d'envisager un partenariat futur reflétant les valeurs d'un partenariat réel.

L'une des praticiennes interrogées (1/30) juge que le partenariat qui existe actuellement, au sein du réseau, en est un qui s'inspire des valeurs inhérentes au partenariat réel. Au point suivant, seront présentées brièvement les caractéristiques de ce partenariat qui, selon cette praticienne, témoignent de la réalisation d'un partenariat réel ou réussi.

Un partenariat «réel»

Ici encore, les caractéristiques de ce modèle qui ont été nommées et décrites par cette praticienne ont été réparties et analysées selon les différentes dimensions précédemment présentées (les relations, la communication, les services et le soutien, les conditions de travail, la place actuelle et la place souhaitée).

Concernant, d'abord, les relations entre les responsables et les intervenants du réseau, cette praticienne observe que la collaboration entre les praticiennes et les responsables est excellente et que ces dernières sont de «*vraies partenaires dans le traitement d'une clientèle psychiatrique*». Dans ce sens, elle note que les responsables respectent le rôle et l'expertise des praticiennes ainsi que le plan d'intervention, et que les praticiennes, de leur côté, invitent régulièrement les responsables à assister aux réunions de l'équipe multidisciplinaire ou avec le psychiatre. Cette praticienne constate également que, depuis que les intervenants sociaux font le pont entre les résidences d'accueil et le personnel de l'urgence, les relations entre les responsables et ce service se sont beaucoup améliorées. De plus, les responsables peuvent également participer aux réunions des comités qui réunissent les praticiennes et les intervenants des CLSC, de même qu'aux réunions des organismes communautaires.

En ce qui a trait à la qualité de la communication entre les responsables et les intervenants du réseau, cette praticienne remarque une nette amélioration quant aux informations données par la praticienne ressource à la praticienne usager et à la responsable, lors du placement d'un client. En outre, elle rapporte que les responsables n'hésitent pas à joindre la praticienne usager, quand il y a un problème sérieux avec un client.

Quant aux services et aux soutiens offerts aux responsables, cette praticienne considère que, depuis l'arrivée de la nouvelle équipe multidisciplinaire, les responsables reçoivent un meilleur soutien, de sorte qu'elles se sentent moins isolées. De plus, elle remarque qu'il y a de l'entraide entre les responsables; elles se téléphonent et vont chercher l'aide dont elles ont besoin. Sur le plan des services, elle affirme qu'il manque de ressources d'hébergement externes (les foyers de groupe et les appartements supervisés, par exemple). Cette situation met beaucoup de pression, tant sur les praticiennes qui placent les clients que sur les responsables qui les reçoivent. De fait, ce contexte oblige les praticiennes à demander aux responsables d'accueillir certains clients qui présentent des pathologies graves et qui auraient besoin d'un suivi plus intensif et d'un encadrement plus serré que ce que peuvent offrir les résidences d'accueil. Par rapport aux conditions de travail des responsables, cette répondante croit que celles-ci sont bien payées et qu'elles reçoivent la rémunération qui leur revient.

En ce qui concerne la place qu'occupent actuellement les responsables au sein du réseau, cette praticienne affirme que les résidences d'accueil ont une grande place dans le réseau. D'une part, elles sont reconnues à leur juste valeur comme ressource d'hébergement pour les clientèles présentant des problèmes plus légers, d'autre part, les praticiennes placent aussi dans ces résidences des clientèles dites plus lourdes; elles reconnaissent ainsi que les responsables sont également aptes à faire de la réadaptation auprès de cette clientèle.

Finalement, puisque cette praticienne considère qu'il s'agit ici d'un partenariat réel, elle ne voit pas la nécessité d'accorder aux responsables une meilleure place, au sein du réseau, que celle qu'elles occupent déjà.

3.2.3

SYNTHÈSE ET POINTS DOMINANTS DU DISCOURS DE L'ENSEMBLE DES RÉPONDANTES RELATIVEMENT À LA NATURE DU PARTENARIAT ENTRE LES RESPONSABLES ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

En somme, deux modèles de partenariat ont été décrits par l'ensemble des répondantes: le partenariat **«embryonnaire et fragile»** désigné par 30 répondantes (18 responsables et 12 praticiennes) et le partenariat **«faux-semblant»** désigné par 29 répondantes (12 responsables et 17 praticiennes). La moitié de l'échantillon a donc parlé de ce partenariat en termes mitigés, nuancés quant à sa nature et à sa valeur, tout en l'inscrivant toutefois dans un possible perfectible. L'autre moitié a plus résolument défini ce partenariat, à partir de ses manques et de l'écart qui existe entre le discours normatif sur ce dernier tenu par les intervenants du réseau et leurs pratiques quotidiennes auprès des responsables. Il est à noter, de plus, que le partenariat **«embryonnaire et fragile»** a été évoqué par davantage de responsables que de praticiennes (18 responsables/12 praticiennes), alors que le partenariat **«faux-semblant»**, par plus de praticiennes que de responsables (17 praticiennes/12 responsables). Ces chiffres pourraient-ils suggérer que l'appréciation des responsables de l'actuel partenariat est légèrement plus favorable (ou moins défavorable) que celle des praticiennes? Ou que les responsables sont moins résistantes au partenariat que les praticiennes? Ces questions demeurent ouvertes.

Par ailleurs, il ne serait pas faux d'avancer que l'ensemble des réponses offertes par les répondantes au sujet du partenariat entre les responsables et les différents intervenants du réseau montrent davantage de lacunes, de mécontentements et de récriminations qu'une satisfaction manifeste. Cependant, il faut ajouter, qu'aux exposés des divers problèmes rapportés par les répondantes se greffent souvent des notes plus positives sur la nature de ce partenariat, même dans le cas de certains discours tenus par les répondantes ayant décrit un partenariat **«faux-semblant»**. En outre, presque toutes les répondantes ont déterminé, spontanément, les critères ou les valeurs se rattachant à la mise en œuvre d'un partenariat réel, et cela, à partir de leurs réflexions sur l'état actuel du partenariat au sein du réseau. Ces critères ne sont pas sans rappeler, comme nous l'avons précédemment remarqué, ceux développés dans la littérature traitant de la notion de partenariat (par exemple, dans MacGillivray et Nelson, 1998 ou de Carrière, 2001).

Dix critères relatifs à un partenariat réussi, réel sont ressortis de l'ensemble des discours des répondantes. De fait, dans chacun des groupes des responsables et des praticiennes, les dix mêmes critères ont été nommés. Il s'agit, plus précisément:

- ***d'une définition claire du rôle de chaque partenaire (voir ici les responsables et les intervenants du réseau);***
- ***de rapports égalitaires entre les partenaires;***
- ***d'un processus de consultation qui tient compte de tous les partenaires;***
- ***d'un partage des responsabilités en fonction d'objectifs communs;***
- ***d'un travail d'équipe;***
- ***d'une bonne communication entre les partenaires;***
- ***d'un soutien permanent offert aux responsables de la part de l'équipe professionnelle;***
- ***de la reconnaissance de l'expertise de chaque partenaire;***
- ***de la participation des responsables aux prises de décision pouvant influencer sur leur clientèle ou sur leur travail;***
- ***et enfin, de rapports de respect et de collaboration entre les partenaires.***

De plus, dans le groupe des praticiennes, un onzième critère a été désigné:

- ***la reconnaissance et le respect des limites de chaque partenaire.***

Il nous est apparu utile de présenter cette brève synthèse des critères d'un partenariat réussi proposés par les répondantes, puisque d'une part, ils témoignent de leur intérêt à participer à ce type de partenariat et de leur connaissance concrète de la définition de ce dernier, et d'autre part, ils pourraient permettre de baliser les pistes des orientations futures de ce partenariat.

Au point suivant sera présentée la synthèse des commentaires formulés par les répondantes relativement aux améliorations qu'elles souhaiteraient voir apportées à la situation des résidences d'accueil, au sein du réseau de la santé et de services sociaux.

3.3 LES AMÉLIORATIONS À APPORTER AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX SELON LES RÉPONDANTES

Les répondantes, les responsables et les praticiennes, ont été interrogées sur les améliorations qui, selon elles, devraient être apportées au sein du réseau. Les réponses obtenues ont été réparties selon les groupes d'acteurs (gestionnaires, intervenants, responsables et clients) à qui étaient adressées les améliorations ou les

recommandations proposées par les répondantes. Presque toutes les praticiennes (27/30) et près des deux tiers des responsables (19/30) ont exprimé leur point de vue sur cette question. Puisque les propos tenus par les responsables et les praticiennes sur ce thème ont été moins abondamment développés que ceux se rapportant aux deux thèmes précédents, ils seront ici présentés dans un seul point.

3.3.1

AMÉLIORATIONS OU RECOMMANDATIONS SUGGÉRÉES AUX GESTIONNAIRES DU RÉSEAU

Six recommandations ont été formulées par les répondants à l'endroit des gestionnaires du réseau:

- ***Revoir la planification, la programmation et l'organisation des services;***
- ***Injecter de l'argent neuf pour le développement de services et de ressources;***
- ***Réévaluer le mandat des responsables;***
- ***Intensifier la communication entre tous les acteurs impliqués;***
- ***Investir davantage dans la recherche;***
- ***Fusionner les rôles de praticienne ressource et de praticienne.***

➤ **Revoir la planification, la programmation et l'organisation des services**

Quelques praticiennes suggèrent que soient revues la planification, la programmation et l'organisation des services. Il faudrait, selon elles, que les gestionnaires du réseau se concertent davantage, repensent avec réalisme le processus de réinsertion des clients dans la communauté et prennent sans tarder les décisions qui s'imposent. Plus précisément, bien que ces praticiennes comprennent le bien-fondé de leur mandat qui est de réintégrer les individus dans la communauté, il n'en demeure pas moins que le réseau n'a pas mis à leur disposition les ressources humaines et matérielles suffisantes. Ces ressources leur permettraient de supporter adéquatement les responsables dans leur travail auprès de clients nettement plus lourds qu'auparavant. Dans le même sens, une praticienne constate qu'il n'y a pas actuellement suffisamment de ressources d'hébergement prêtes à accueillir les clients qui sont incapables de fonctionner en résidences d'accueil, tels les individus qui, par exemple, ont besoin d'un encadrement plus étroit, étant plus âgés ou plus atteints.

Une des praticiennes constate que le réseau de l'hôpital Douglas est plus développé que le réseau McGill¹⁰. Elle souhaiterait que ces deux institutions travaillent en collaboration, en vue de mettre en place plus de services dans la communauté. De plus, il faudrait que certains hôpitaux, tels le *Général de Montréal*, le *Allen Memorial* et *Lakeshore* participent activement à cette réorganisation des services. Il s'agirait, en fait, de créer une équipe de médecins, d'infirmières et de travailleuses sociales qui assure le suivi de tous les clients de la communauté, au lieu de se limiter aux usagers qui vivent dans des résidences. Une autre praticienne suggère d'établir une entente

¹⁰ Cinq hôpitaux sont affiliés au réseau McGill. Il s'agit des hôpitaux Général de Montréal, Royal Victoria, St Mary's, Général Juif et Lakeshore.

formelle entre l'hôpital *Maisonnette-Rosemont* et l'hôpital *Louis-H. Lafontaine*, pour que les clients de ces deux hôpitaux reçoivent des services analogues au même coût. Une dernière praticienne mentionne la nécessité de sensibiliser le personnel des hôpitaux, entre autres choses, à la situation des responsables qui ne peuvent se permettre de patienter plusieurs heures avec leurs clients à l'urgence, alors que les autres clients l'attendent à la maison.

Du côté des responsables, il est proposé, entre autres, que les services offerts par le réseau *McGill* soient les mêmes que ceux de l'hôpital *Douglas*. On souhaiterait également y retrouver la même facilité d'accès aux ressources. De façon plus générale, Il faudrait revoir à la hausse la fréquence des visites à domicile (aux résidences) par les infirmières de l'équipe. Enfin, une répondante, responsable d'une résidence d'accueil depuis peu, propose que soit mis sur pied un service de soutien (de mentorat) destiné aux nouvelles responsables, afin qu'elles puissent être écoutées, orientées et conseillées par des responsables plus expérimentées.

➤ **Injecter de l'argent neuf pour le développement de services et de ressources**

Selon quelques praticiennes, ces nouveaux investissements devraient servir, notamment, à la création de ressources de répit pour les responsables, et à l'ajout de personnel (embaucher, par exemple, des travailleurs communautaires «mental health workers» pour alléger le travail des responsables) et de services complémentaires. Dans ce sens, une praticienne pense qu'il serait souhaitable que les intervenantes ne soient pas forcées de placer certains clients dans des résidences d'accueil, parce qu'il n'y a pas de place dans les autres ressources ou encore parce que les ressources existantes ne correspondent pas aux besoins des clients.

Une autre praticienne remarque que, puisque les attentes à l'égard des responsables se sont accrues (par exemple, on leur demande d'avoir une bonne connaissance des problèmes psychologiques de leurs clients et d'être capables de les évaluer correctement), depuis quelques années, le réseau devrait investir davantage en ressources humaines et matérielles, pour leur procurer une formation professionnelle qui corresponde aux nouvelles exigences du milieu.

Les responsables, quant à elles, expriment plusieurs demandes relatives à l'ajout de nouveaux services ou de nouvelles formes de soutien à leur travail. Quelques responsables suggèrent la mise sur pied de centres de répit pour les responsables, de centres de jour et d'ateliers de travail pour les clients. Une autre responsable souhaiterait que soit instauré un service d'accompagnement pour les clientèles qui ont besoin d'un suivi médical régulier, étant donné que certaines résidences d'accueil ne peuvent utiliser les services bénévoles du quartier ou du CLSC, étant rattachées à une autre unité administrative (l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, par exemple). Deux responsables recommandent, qu'en plus de la thérapie régulière, soit offerte à certains de leurs clients qui réclament plus de soin et d'attention une assistance psychothérapeutique complémentaire, pour qu'ils puissent s'exprimer et être écoutés par une personne digne de confiance. Il pourrait s'agir d'une étudiante en psychologie ou en service social ou d'une professionnelle (infirmière ou psychiatre). Une autre responsable préconise le développement de ressources de support pour certaines clientèles particulières que l'on doit plus étroitement encadrer, tels les «cas de la rue» dont le nombre tend à augmenter d'année en année. Ces ressources pourraient être organisées par des intervenants du réseau et/ou du milieu communautaire.

Une dernière responsable qui reçoit des clients qui souffrent d'incontinence suggère que le coût des couches soit remboursé par l'aide sociale et que l'hôpital fournisse les alèses et les matelas pour cette clientèle.

➤ **Réévaluer le mandat des responsables**

Certaines praticiennes croient que le gouvernement devrait réévaluer les responsables et revoir la définition de leur mandat. L'une d'elles insiste même pour que soit rehaussés les standards d'évaluation des responsables (voir les exigences du réseau en ce qui a trait à la formation des responsables, à leurs compétences et à l'environnement physique dans lequel elles accueillent les usagers). Cette position est appuyée par une de ces collègues qui ajoute qu'il faudrait, dans un premier temps, définir lesdits standards. Une telle standardisation permettrait, selon une autre praticienne, d'éviter que les responsables ne reçoivent des demandes peu claires, multiples et quelquefois contradictoires de la part des intervenants avec qui elles travaillent. Par contre, une autre praticienne pense que cette volonté de standardisation risque de rigidifier à l'excès le système actuel. Une autre praticienne affirme que cette intention de standardisation n'est ni réaliste ni réalisable, puisque l'hétérogénéité de la clientèle reçue dans les résidences amène les responsables à donner différents types de services. Une uniformisation trop stricte de la définition du mandat des responsables et de l'évaluation de leur travail ne conviendrait donc pas à cette pluralité des services offerts par ces dernières.

Quelques responsables ont émis des recommandations sur la question de l'évaluation de leur activité auprès des usagers. L'une d'entre elles propose que les gestionnaires du réseau déterminent des normes relatives à la formation des responsables, à leurs compétences et à l'aménagement physique de leur résidence; normes auxquelles seraient tenues de répondre toutes les responsables. Dans cet ordre d'idées, une autre répondante suggère que soit mis sur pied un service d'inspection afin de s'assurer que les responsables pourvoient convenablement aux besoins des usagers, même si la famille ou la curatelle veille à leur bien-être.

➤ **Intensifier la communication entre tous les acteurs impliqués**

Certaines praticiennes soulignent l'importance de la communication dans la poursuite et la réussite de la réorganisation du réseau. Il faut que l'information circule pour que tous les acteurs du réseau soient informés des changements qui seront effectués sur le plan organisationnel. À cet égard, la fréquence des réunions de grand groupe devrait être augmentée. En outre, une praticienne remarque que la qualité de la communication entre les différents intervenants du réseau et les responsables a un impact direct sur la qualité des conditions de travail des responsables et des conditions de vie des clients.

Du côté des responsables, on relève principalement les nombreuses déficiences de la circulation de l'information entre elles et les différents intervenants du réseau. Entre autres choses, il est proposé que les intervenants du réseau avec qui travaillent les responsables prennent ponctuellement quelques minutes de leur temps pour discuter de l'état de leurs clients et de leurs interventions respectives auprès de ce dernier.

➤ Investir davantage dans la recherche

Seules les praticiennes ont formulé des suggestions au sujet de l'accroissement de l'investissement dans la recherche. Une de ces praticiennes souhaiterait que soit élaborée une synthèse des études réalisées, jusqu'à présent, sur la perception des responsables quant au soutien qu'elles reçoivent de la part des praticiennes avec qui elles travaillent. Il serait également intéressant de permettre aux responsables d'évaluer, de façon anonyme, le travail de ces praticiennes. Ainsi, on aurait une vue plus juste des aspects du travail des praticiennes, ou de certaines praticiennes, qui auraient avantage à être revus, voire corrigés.

Une autre praticienne aimerait que soit entreprise une recherche rigoureusement documentée sur les coûts inhérents à la gestion d'une résidence d'accueil. Elle suggère que cette recherche soit réalisée au niveau régional, étant donné que ces coûts peuvent varier d'une ville à l'autre. Une telle recherche pourrait sensibiliser les gens du gouvernement aux situations pécuniaires réelles vécues par les responsables de résidences. Ces nouvelles informations pourraient également permettre aux gestionnaires du réseau de mieux définir leur politique en la matière.

➤ Fusionner les rôles de praticienne ressource et de praticienne usager

Une seule répondante, une praticienne, a émis la recommandation de fusionner les rôles de praticienne ressource et de praticienne usager, étant donné que ces deux fonctions, bien qu'administrées par deux programmes différents, relèvent du même secteur d'activités. Cette division des rôles rend peut-être les choses plus simples pour le gestionnaire des ressources résidentielles, mais elle occasionne force chevauchements et pertes d'argent.

3.3.2

AMÉLIORATIONS OU RECOMMANDATIONS SUGGÉRÉES AUX INTERVENANTS DU RÉSEAU

Une seule recommandation a été formulée par les répondantes relativement aux activités professionnelles des intervenants du réseau

➤ Intervenir auprès des responsables avec congruence

Quelques praticiennes remarquent que les attentes des intervenants à l'égard des responsables ne sont pas que variées, mais aussi variables d'un intervenant à l'autre. Il faudrait donc que soit uniformisés, voire harmonisés les exigences, les demandes et les plans d'intervention au sein de l'équipe d'intervenants, afin de faciliter le travail des responsables et la réadaptation des clients. Une autre répondante conseille aux praticiennes d'apporter davantage de transparence dans leurs relations avec les responsables, spécialement en ce qui concerne l'information qui leur est donnée sur le

client lors du placement (comme d'aviser une responsable sur la difficulté de contrôler les comportements violents d'un futur client).

Du côté des responsables, on souhaiterait principalement que cesse le roulement incessant des intervenants avec qui elles ont à travailler et que ces derniers fassent montre de plus de promptitude dans le retour de leurs appels.

3.3.3

AMÉLIORATIONS OU RECOMMANDATIONS SUGGÉRÉES POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES RESPONSABLES ET DE LA QUALITÉ DE VIE DES CLIENTS

Quatre recommandations ont été formulées par les répondantes relativement à l'amélioration des conditions de travail des répondantes et de la qualité de vie des clients:

- **Donner plus de services et de soutien aux responsables;**
- **Intensifier la formation des responsables;**
- **Laisser une marge de manoeuvre aux responsables dans les plans d'intervention;**
- **Améliorer les conditions de travail des responsables**

➤ **Donner plus de services et de soutien aux responsables**

Plusieurs praticiennes recommandent que soient offerts aux responsables davantage de services et de soutien qui tiennent compte de leurs besoins spécifiques. Ces praticiennes mettent en évidence le fait que les services actuellement donnés dans les résidences sont essentiellement centrés sur les clients, au détriment peut-être de l'attention qui devrait être portée aux demandes des responsables. Ces répondantes ajoutent qu'une meilleure considération des besoins et des demandes des responsables, de la part du réseau, ne pourrait qu'avoir des répercussions favorables sur la qualité de vie des usagers, puisque les requêtes des responsables visent généralement le bien-être de tous les membres de la résidence. Par exemple, il est suggéré de faciliter aux responsables l'accès à des ressources de soutien non psychiatriques, notamment à des services médicaux; de multiplier les efforts pour maintenir et développer les programmes de formation; et de poursuivre l'organisation de groupes d'entraide et de support pour les responsables. En outre, quelques praticiennes reviennent sur la nécessité de mettre en place des «*mécanismes de répit réguliers*» pour les responsables. Par exemple, on pourrait donner une journée de répit par mois aux responsables ou encore instaurer des banques de répit officielles pour les résidences d'accueil (responsables à temps partiel ou gardiennes qui remplaceraient la responsable à l'occasion). Ces praticiennes reviennent également sur l'idée d'accroître le nombre de «*centres de crise*» pour les clients trop agités qui perturbent les autres usagers de la résidence. Enfin, une dernière praticienne pense qu'il faudrait revoir d'ici peu l'horaire de travail des praticiennes, afin que les responsables puissent recevoir du soutien de ces dernières à toutes heures du jour ou de la nuit.

➤ **Intensifier la formation des responsables**

Certaines praticiennes souhaiteraient que les responsables puissent recevoir davantage de formation. Cette formation contribuerait, entre autres, à l'approfondissement de leur connaissance et de leur compréhension des types de clientèles qu'elles accueillent dans leur résidence (inclure ici un enseignement relatif à la médication), et de l'approche de réadaptation (inclure ici le développement de certaines habiletés de communication permettant aux responsables de transmettre aux praticiennes, avec clarté et concision, leurs observations sur le comportement de leurs clients). Une de ces praticiennes suppose que le niveau et la qualité de la formation des responsables influencent les attitudes des différents acteurs du réseau à leur égard ainsi que la place et les responsabilités qui leur sont conférées. Par ailleurs, une de ces praticiennes s'oppose à toute normalisation de la formation. Elle propose plutôt de maximiser les aptitudes originales de chacune des responsables et d'adapter la formation aux curriculums et aux besoins spécifiques de chacune d'elles.

➤ **Laisser une marge manœuvre aux responsables dans les plans d'intervention**

L'une des praticiennes propose que ces collègues laissent davantage de latitude aux responsables dans l'élaboration des plans d'intervention, afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs habiletés ainsi qu'aux besoins et particularités physiques et psychiques de leurs clients.

➤ **Améliorer les conditions de travail des responsables**

Quelques praticiennes désireraient que soient repensées les conditions de travail des responsables. On conseille que soit réévalué, à sa juste valeur, le travail des responsables et qu'elles soient rémunérées en conséquence. En ce sens, on considère que le système de cotation actuel ne leur rend pas justice, voire qu'il constitue une insulte pour les responsables et pour leurs clients, en plus de représenter une perte de temps pour la praticienne.

Une de ces praticiennes recommande que soit accordé aux responsables un statut d'employé; statut qui ne viendrait que sanctionner une situation de fait, puisqu'elles agissent actuellement comme des employées du réseau. De plus, cette praticienne croit qu'il faudrait modifier le mode de recrutement des responsables. Actuellement, on invite les candidates potentielles à une soirée d'information et on essaie de choisir celles qui semblent détenir les qualités personnelles et les qualifications pour ce genre de travail. Il s'agit, selon cette répondante, d'un processus de recrutement désuet qu'il vaudrait mieux adapter à celui retenu pour l'embauche des médecins et des infirmières.

Du côté des responsables, quelques-unes souhaiteraient obtenir un statut d'employé et bénéficier de certains avantages sociaux, comme de pouvoir cotiser au régime des rentes du Québec. D'autres responsables demandent que soient révisées les modalités de leur rémunération. Il est suggéré, entre autres, de modifier la grille d'évaluation du client, sur laquelle est basée l'allocation par client qu'elles reçoivent; que ces allocations soient revues à la hausse et qu'elles ne dépendent plus des chartes de pointage, mais plutôt de l'importance de la tâche. Une dernière répondante propose de corriger le contrat qui lie les clients aux responsables, pour qu'elles n'aient pas à rembourser le client qui décide de quitter la résidence au milieu du mois.

En résumé, les principales recommandations formulées par les répondantes tournent autour de la correction des insuffisances, sur les plans matériel et humain, des services et du soutien offerts aux responsables. Ces lacunes, en plus de décupler en nombre et en lourdeur les tâches des répondantes, ne facilitent en rien l'atteinte de certains des objectifs fondamentaux poursuivis par le réseau, tels l'intégration des usagers à la communauté et le développement optimal de leur autonomie. Les répondantes mentionnent entre autres, l'urgence:

- de diversifier et d'augmenter les ressources d'hébergement pouvant accueillir des individus aux profils psychopathologiques multiples;
- de mettre sur pied des centres de jour, des ateliers de travail et des centres de crise pour les usagers des résidences d'accueil, et également, de mettre sur pied des centres de répit pour les responsables;
- d'aménager des moments de formation obligatoire ou non, personnalisée ou non pour ces dernières.

De plus, on ne peut passer sous silence les recommandations visant à pallier le manque de ressources humaines au sein du réseau. Dans ce sens, plusieurs répondantes ont rappelé la nécessité de recourir, par exemple, à des travailleurs communautaires pour assister la responsable dans sa mission d'intégration et de réadaptation à la vie en société de ses clients, ou à des accompagnateurs lorsque les usagers doivent suivre de fréquents traitements dans un centre hospitalier.

Finalement, l'imprécision de la définition du statut et de la description du mandat des responsables est questionnée par plusieurs répondantes. De fait, le flou entourant ces définition et description dessert vraisemblablement le processus de reconnaissance du travail des responsables au sein du réseau et l'épanouissement de relations de partenariat satisfaisantes pour tous. Quelques répondantes proposent donc, à cet effet, que soient reconnus formellement le travail et le rôle des responsables dans le réseau, en leur accordant un statut d'employé et en arrêtant une description plus explicite et exhaustive de leurs tâches, de leurs responsabilités et de leurs droits.

CONCLUSION DU VOLET QUALITATIF

Le volet qualitatif de cette étude poursuivait deux objectifs principaux, soit:

1. Décrire comment les responsables des résidences d'accueil travaillant auprès de personnes atteintes de troubles mentaux sévères perçoivent les transformations du réseau de la santé et des services sociaux par rapport à leurs rôles et responsabilités, au type de clientèle dont elles prennent soin, aux demandes qui leur sont formulées, à leurs besoins et à leurs attentes;
2. Décrire les caractéristiques du partenariat entre les responsables de résidence d'accueil et les autres partenaires (ou acteurs) du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces deux objectifs ont été développés à partir de trois thèmes qui visaient plus particulièrement: (1) à décrire l'impact des transformations récentes du réseau de la santé et des services sociaux sur les responsables de résidences d'accueil qui travaillent auprès de personnes atteintes de troubles mentaux graves; (2) à mettre en lumière la nature du partenariat qui existe entre les responsables et les intervenants du réseau; et (3) à rapporter les propositions formulées par les répondantes en vue de pallier les divers problèmes qu'elles ont identifiés au sein du réseau. C'est par la voie d'entrevues semi-dirigées menées auprès de trente responsables de résidences et de trente praticiennes que ces trois thèmes furent explorés. Il importe d'abord de souligner que l'ensemble des discours des deux groupes de répondantes sur les thèmes et sous-thèmes analysés dans cette recherche a offert davantage de complémentarité et de continuité, dans les réflexions qui y ont été développées, que d'hétérogénéité ou d'opposition.

Concernant le premier thème, les retombées du plan de transformation du réseau sur le travail des responsables, nous avons d'abord observé que les propos des répondantes étaient davantage marqués par l'énumération et la description des retombées négatives subséquentes à ces changements que des retombées positives. Ainsi, les répondantes mettront particulièrement en évidence, la «lourdeur» quelquefois excessive, voire presque ingérable des nouvelles clientèles, pour ce type d'hébergement; l'insuffisance des services et du soutien que les responsables reçoivent de la part du réseau, et de là, une surcharge de travail que les responsables ne peuvent toujours conduire à bien. Quant aux retombées positives, les répondantes noteront particulièrement les bienfaits de l'approche de réadaptation sur la qualité de vie des clients et également sur le sentiment d'utilité ressentie par les responsables dans l'actualisation quotidienne de cette approche. Ajoutons à cela que, si la «lourdeur» des nouvelles clientèles peut apparaître comme un fait aujourd'hui incontournable, le manque de services et de soutien acceptable pour le maintien de cette clientèle dans les résidences d'accueil est une dimension du problème sur laquelle il demeure probablement possible d'intervenir.

En ce qui a trait au deuxième thème de cette étude, le partenariat entre les responsables et les intervenants du réseau, nous remarquons que s'il est théoriquement très valorisé par tout un chacun au sein du réseau, il est selon les dires de la moitié des répondantes, à peu près inexistant dans les échanges quotidiens entre les gens du réseau. Pour l'autre moitié des répondantes, quoique ce partenariat apparaisse peu satisfaisant sous plusieurs aspects, il semble susceptible malgré tout de se développer. Alors que les premières répondantes qualifient ce partenariat de «faux-semblant» et ne voient que très peu d'éléments actuels favorables à son développement, les secondes le décrivent comme un partenariat qui, bien que «fragile et embryonnaire», n'en demeure pas moins substantiellement porteur de certaines caractéristiques reflétant un partenariat «réel». Par

ailleurs, la plupart des répondantes interrogées ont décrit spontanément plusieurs critères présidant à l'émergence d'un partenariat «réel» ou réussi. Ces critères ne pourraient-ils devenir la pierre angulaire de la mise en œuvre de ce partenariat, puisqu'ils semblent rejoindre naturellement l'idée que se font les répondantes de cette étude de l'institution d'un partenariat concret ?

Le troisième thème devait permettre aux répondantes de proposer des améliorations ou des recommandations, en vue d'apporter quelques solutions aux différents problèmes exposés lors des entrevues. Plusieurs recommandations ont été émises, mais les principales se rapportaient à la correction des nombreuses insuffisances sur le plan des ressources matérielles, humaines et éducatives que rencontrent trop fréquemment les responsables dans leurs activités journalières. Entre autres recommandations, il sera suggéré de: (1) diversifier et d'augmenter les ressources d'hébergement; (2) de mettre sur pied des centres de jour, des ateliers de travail, des centres de crise pour les usagers, et des centres de répit pour les responsables; (3) d'embaucher des travailleurs communautaires et des accompagnateurs afin de libérer les responsables de certaines tâches; et (4) de concevoir des plans de formation pour les responsables plus pertinemment adaptés à leurs besoins et aux diverses fonctions qui leur sont attribuées. En outre, la question relative à l'imprécision de la définition du mandat des responsables, au sein du réseau, a été soulevée par quelques répondantes. Ces dernières recommandent, dans ce sens, que soit plus rigoureusement déterminé ce mandat, et que soit accordé aux responsables un statut officiel d'employé.

Tout bien considéré, le volet qualitatif de cette étude nous a permis de constater que les transformations qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux, depuis quelques années, n'ont pas été sans entraîner, pour les responsables de résidences d'accueil, nombre de changements et de bouleversements dans leur travail auprès des personnes atteintes de troubles mentaux sévères. Peu consultées quant à la nature, au déroulement, à la pertinence et à la faisabilité des transformations qui les concernaient directement, les responsables de résidences manifestent maintenant maintes incompréhensions et critiques face aux positions et à la conduite du réseau en matière de désinstitutionnalisation. Qui plus est, l'analyse du discours tend, globalement, à montrer que les responsables de résidences se perçoivent plutôt comme des travailleuses de second ordre, au sein du réseau, qui n'ont comme principal mérite que d'être économiquement rentables. Il va sans dire que ces perceptions, fausses ou fondées, ne représentent pas les prémisses rêvées pour l'établissement d'un sain et productif partenariat entre les responsables de résidences et les autres acteurs du réseau. Cependant, plusieurs témoignages des répondantes ont révélé que ce type de partenariat ne relevait pas strictement de l'idéal ou de l'utopie, mais qu'il était réalisable à plus ou moins long terme, compte tenu que certaines de ses assises sont déjà en train de prendre forme, au sein du réseau.

Cette recherche comportait également un volet de questionnement de type quantitatif. Ce questionnement s'adressait principalement aux clients de ces résidences d'accueil, et tentait de mettre en évidence leur opinion quant à la vie quotidienne dans ce milieu de vie supervisé. Le dernier point de ce rapport sera donc consacré à la présentation et au développement de ce volet quantitatif.

4 PRÉSENTATION DU VOLET QUANTITATIF

Portrait de la vie dans les résidences d'accueil : Niveau d'autonomie et opinion des usagers

Introduction

Cette étude, en plus de questionner des responsables de résidences d'accueil et des praticiennes du réseau de la santé et des services sociaux relativement à divers aspects du travail de ces premières, s'est également intéressée au point de vue des usagers qui vivent dans ces résidences. Le questionnement portait, plus précisément, sur le déroulement de la vie quotidienne des usagers au sein de ces résidences, et sur le niveau d'autonomie que ce milieu de vie leur permet. Ainsi une centaine de responsables de résidences d'accueil gérées par les Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine et une centaine d'usagers se sont prononcés sur ces deux thèmes.

4.1 MÉTHODOLOGIE

Cette seconde phase de l'étude est d'ordre quantitatif et a été entreprise après la complétion des entrevues menées auprès des responsables des résidences d'accueil et des praticiennes. Cent responsables de résidences d'accueil et cent résidents ont été choisis d'une façon aléatoire parmi les 261 résidences d'accueil gérées par les Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine. Un échantillonnage stratifié a été utilisé; ce qui a impliqué, dans un premier temps, la sélection au hasard de cent résidences d'accueil parmi les 261 du territoire retenu, puis le choix au hasard d'un usager par résidence d'accueil sélectionnée. Dans le cas d'un refus du premier usager, le choix s'arrêtait sur le deuxième usager de la liste aléatoire dressée pour cette résidence d'accueil, et ce, jusqu'à ce que l'un des usagers accepte de participer à la recherche. Ce dernier devait aussi compléter un formulaire de consentement approuvé par les comités d'éthique des Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine. Deux questionnaires standardisés ont été administrés aux responsables des résidences d'accueil et aux usagers. Étant donné que ces questionnaires sont d'origine britannique, les noms originaux anglais ont été conservés. Il s'agit du *The Patient Attitude Questionnaire* (PAQ) et du *The Hospital and Hostile Practices Profile Survey* (HHPPS).

4.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

THE PATIENT ATTITUDE QUESTIONNAIRE (PAQ)

Le PAQ (Thornicroft *et al*, 1993) comporte 15 questions ouvertes qui évaluent les attitudes ou les préférences des usagers en psychiatrie relativement au milieu résidentiel supervisé où ils demeurent et au personnel qui y travaille. Le questionnaire explore, plus précisément, leurs opinions sur la vie quotidienne dans la maison, les activités, l'expérience de vivre dans un milieu résidentiel supervisé et l'aide fournie par le personnel (voir à l'annexe B l'ensemble des questions en français et en anglais, ainsi que les cotes de réponses détaillées pour chacune d'elles). Cet instrument n'est pas basé sur des échelles ou des sous échelles, mais il est plutôt structuré comme une entrevue où les gens ont la possibilité de donner leur opinion. Les réponses sont enregistrées sous forme de verbatim et sont recodées ensuite à l'intérieur de catégories de réponses antérieurement développées, lors d'autres utilisations de ce questionnaire. Toutefois, lorsque les réponses des participants ne correspondent pas vraiment aux catégories déjà définies, d'autres catégories peuvent être créées. Ainsi, à la question 7 «*Qu'est-ce qui vous plaît ici?*», plusieurs réponses se rapportant au sentiment de liberté ou au sentiment positif de bien-être ont été évoquées, sans qu'il soit possible de les classer dans les catégories déjà existantes, comme la catégorie «*Régime de vie*». Ces réponses ont donc été codées dans une nouvelle catégorie nommée «*Sentiment de liberté, sentiment positif de bien-être*»; catégorie qui a d'ailleurs recueilli plus de 21 % des réponses.

La fiabilité test-retest de l'instrument original a été évaluée à l'aide de la statistique Kappa à une moyenne de .50, pour l'ensemble des items, et la fiabilité interjuges avec la même statistique à .82. La version française de cet instrument, réalisée par le Dr Lesage au début des années 90, a été utilisée par notre groupe, à la même époque, dans une étude réalisée auprès d'usagers de milieux résidentiels supervisés par le Centre Hospitalier Louis-H. Lafontaine (Bandeira *et al*. 1994). Les résultats avaient montré que des patients souffrant d'un trouble mental grave étaient capables de formuler des opinions claires et cohérentes relativement à l'organisation de leur vie quotidienne.

La version française de cet instrument n'a pas été soumise à une rétro traduction. En outre, la nature même de l'instrument ne se prête pas à des évaluations psychométriques, sinon à des accords interjuges; tests qui, soulignons-le, n'ont pas été faits sur la version française de l'instrument. Cependant, le type de questions proposées par cet instrument et le fait qu'il soit administré par un intervieweur rendent cet instrument, à prime abord, facile à comprendre. Rappelons que cet instrument a déjà été utilisé dans deux séries d'études au Québec, dont la présente étude.

Ces expériences ont mis en évidence la grande acceptabilité de l'outil et la bonne compréhension des usagers relativement aux questions qui y sont abordées. Il faut également mentionner que les usagers semblent réellement apprécier que leur opinion soit ainsi prise en compte.

THE HOSPITAL AND HOSTILE PRACTICES PROFILE SURVEY (HHPPS)

Le questionnaire HHPPS (O'Driscoll, 1985) tente de mesurer le niveau d'autonomie accordé aux usagers, par le milieu résidentiel. Dans cette recherche, le questionnaire a été complété par le responsable de la résidence d'accueil, avec l'aide de l'agent de recherche. Ce questionnaire est constitué de 55 items reflétant diverses caractéristiques de l'environnement résidentiel. Les répondants doivent indiquer la présence ou l'absence de ces items dans leur propre milieu de vie. Les items couvrent les dimensions suivantes: les activités (19 items); les effets personnels (12 items); les repas (7 items); la santé et l'hygiène (8 items); les chambres (5 items); et les services (4 items). À ces 55 questions, distribuées en plusieurs sous-échelles, s'ajoutent 17 autres questions visant à recueillir des informations sur, d'une part, les dimensions précédemment interrogées (9 items expérimentaux), et d'autre part, l'accès à diverses facilités publiques (8 items), telles la proximité d'un restaurant, d'une librairie, d'un cinéma ou encore la sécurité de l'environnement qui est ici déterminée en fonction du niveau de criminalité du secteur comparé à la moyenne de la province. L'ensemble de ces questions et des réponses obtenues pour chacune d'entre elles est présentée à l'annexe C de ce document.

Les résultats d'une étude menée dans les années 90, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (Bandeira et al., 1994), ont déjà démontré que cet instrument pouvait différencier les milieux résidentiels supervisés, selon le niveau d'autonomie autorisé par ces différents milieux. Comme pour le PAQ, le HHPPS n'a pas été soumis à une rétro traduction, mais son utilisation répétée dans le format actuel, lors des précédentes études et de la présente recherche, montre une acceptabilité et une compréhension satisfaisantes des questions de l'instrument.

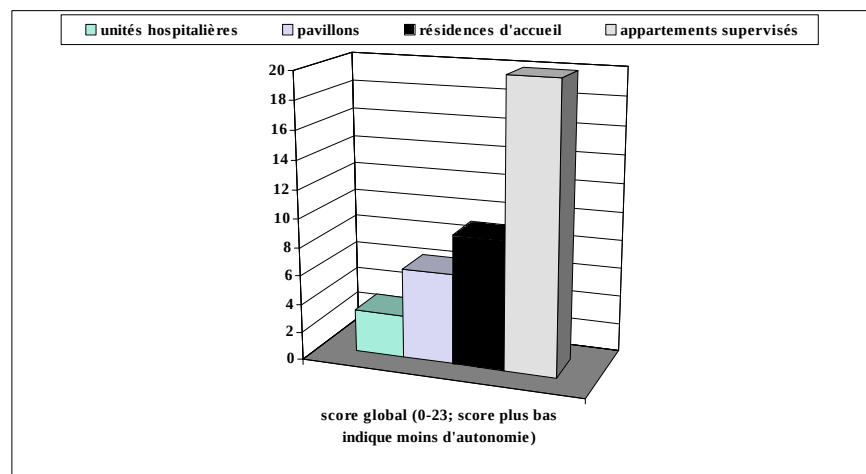
Plus récemment, l'utilisation de cet instrument dans une autre étude (Corbière et al., 2001) a permis de vérifier les qualités psychométriques de celui-ci, dans sa version française, et de confirmer une structure factorielle que nous utiliserons pour rapporter les résultats de cette présente étude. L'étude de Corbière et al. a fait émerger sept échelles reposant sur 23 des 55 premiers items du questionnaire; 65 % de la variance accumulée est expliquée par cette solution factorielle (les graphiques illustrant ces résultats sont présentés à la section suivante; les scores pour le premier graphique vont de 0 à 23). Les résultats obtenus dans l'étude de Corbière et al., pour d'autres milieux résidentiels supervisés que les résidences d'accueil, vont être utilisés dans les graphiques qui suivent, afin de comparer le niveau d'autonomie autorisé par les résidences d'accueil à celui d'autres milieux résidentiels supervisés (des unités hospitalières, des pavillons et des appartements supervisés).

Présentation des résultats

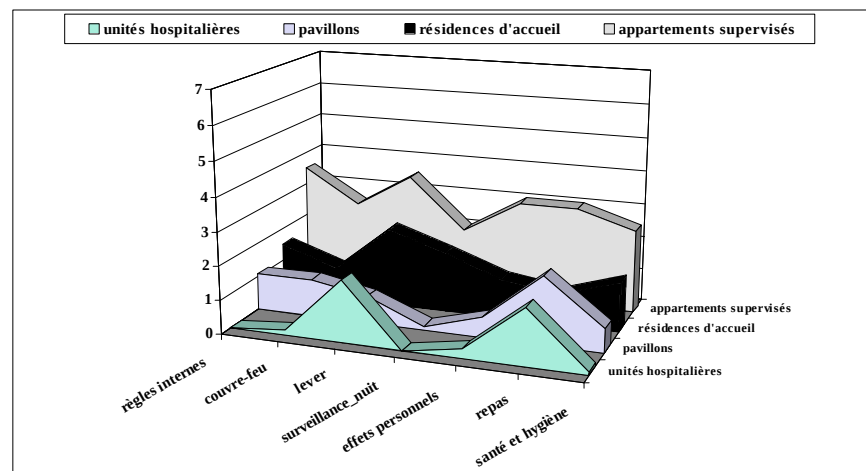
1. Résultats au HHPPS: Niveau d'autonomie autorisé par le milieu résidentiel résidences d'accueil.

Les graphiques suivants comparent les scores moyens globaux et les scores moyens des sept sous-échelles du HHPPS obtenus par les cent résidences d'accueil interrogées dans cette recherche à ceux de différents milieux résidentiels supervisés qui ont été rapportés dans l'étude de Corbière et al.(2001).

Scores moyens globaux du HHPPS pour 100 résidences d'accueil choisies au hasard dans les réseaux des hôpitaux Douglas et L-H Lafontaine; en comparaison avec les scores moyens globaux d'échantillons de différents milieux résidentiels supervisés rapportés dans Corbière et al. (2001)



Scores moyens des 7 sous-échelles du HHPPS pour 100 résidences d'accueil choisies au hasard dans les réseaux des hôpitaux Douglas et L-H Lafontaine; en comparaison avec les scores moyens globaux d'échantillons de différents milieux résidentiels supervisés rapportés dans Corbière et al. (2001)



Ces deux graphiques indiquent, globalement, que le niveau de règles imposées dans le milieu de vie des résidences d'accueil est moindre que celui que l'on retrouve dans

les unités hospitalières, mais plus élevé que celui des appartements supervisés. Le premier graphique montre que les appartements supervisés offrent le niveau le plus élevé d'autonomie à ces usagers (20/23 items du test), suivis des résidences d'accueil (9/23) des pavillons (6/23) et finalement des unités hospitalières (3/23). Rappelons que les pavillons sont des ressources résidentielles supervisées propres aux Centres Hospitaliers Douglas et Louis-Hippolyte Lafontaine. Ils seraient en fait l'équivalent des «*Hostels*» que décrivent les publications britanniques ou américaines sur le sujet. Ce sont des résidences détenues par des propriétaires privés, comme pour les résidences d'accueil, mais qui peuvent accueillir entre 10 et 20 bénéficiaires; elles ressemblent à de petits centres d'hébergement et de soins de longue durée. Quant au second graphique, il montre que pour l'ensemble des sous-échelles, les résidences d'accueil offrent plus d'autonomie à leurs résidents. Une seule exception apparente, cependant, et bien que la différence absolue ne soit pas grande: celle des repas où les pavillons semblent offrir plus de choix. Ceci peut probablement s'expliquer par le fait que, dans un pavillon où vivent davantage d'usagers, il est possible d'engager une cuisinière, donc de proposer un plus grand choix de menus.

Les réponses aux questions sur l'accessibilité, pour les usagers des résidences interrogées, à diverses facilités publiques montrent qu'il est possible pour ces derniers de se rendre, à la marche, à des magasins (98 %), à un café ou à un restaurant (96 %), à un parc (98 %), alors qu'il faut compter au moins un autobus ou un voyage en métro direct pour se rendre au cinéma (57 %), pour aller à un centre de jour ou à un club social (53 %) ou se rendre à un bar (21 %). Enfin, on apprend que le niveau de criminalité contre les personnes ou la propriété dans le district des dites résidences est plus bas ou équivalent à celui de la province, dans plus de 95 % des cas.

2. Résultats au PAQ: Point de vue des résidents sur leurs conditions de vie dans les résidences d'accueil

Le tableau suivant offre une sélection des points saillants des résultats obtenus à ce questionnaire (ce tableau est davantage détaillé à l'annexe B de ce document).

Sélection et points saillants des réponses de cent usagers de résidences d'accueil choisies au hasard parmi celles dans le réseau de résidences d'accueil des hôpitaux Douglas et Louis-H. Lafontaine au questionnaire PAQ

La question	Réponse	Le taux
Désiriez-vous quitter l'hôpital ?	Oui	82 %
Qu'est-ce que vous préférez : vivre ici ou vivre à l'hôpital ?	Ici	89 %
Qu'est-ce qui vous plaît ici ?	Liberté, sentiment positif de bien-être	21 %
	La nourriture	20 %
	Les proprios	13 %
	Le régime de vie	7%
Qu'est-ce qui vous déplaît ici ?	Rien	61 %
	Les proprios	19 %
	La compagnie des autres résidents	11 %
Est-ce que vous aimeriez que votre résidence devienne votre chez vous pour toujours ?	Oui	66 %
Sinon, où préféreriez-vous demeurer ?	Ne sait pas	61,8%
	Appartement personnel	17 %
	Autres familles d'accueil	12 %
	Avec famille ou amis	7 %
	Hôpital	2 %
Avez-vous des activités régulières ou un travail en dehors de la résidence ?	Centre de jour ou club social.	59 %
	Emploi protégé	13 %
	Aucune	22 %
Avez-vous noté quelques changements que ce soit en vous-même depuis que vous êtes arrivé ici ?	Oui	81 %
Si oui, quel genre de changement ?	Mieux	82 %
Si une autre personne qui vit à l'hôpital vous demandait des renseignements concernant cette résidence où vous vivez est-ce que vous la recommanderiez comme un bon endroit pour vivre ?	Oui	95 %
Avez-vous l'impression que votre vie ici est très différente de la vie à l'hôpital ?	Oui	92 %

4.3 DISCUSSION CONCERNANT LES RÉSULTATS DES DEUX QUESTIONNAIRES

Il faut d'abord signaler les limites de ce type de questionnaires, et plus particulièrement du PAQ qui a été complété par les usagers dans leur résidence d'accueil, et quelquefois en présence du responsable de la résidence. Même si un effort a été fait pour que l'entrevue se déroule entre le résident et l'agent de recherche seulement, il y a eu quelques cas où le responsable de la résidence d'accueil pouvait entendre ce qui était raconté par le résident, ou encore que ce dernier demande au responsable d'être à ses côtés pendant l'entrevue, afin de le rassurer. Le très haut taux de satisfaction pourrait donc sembler, à prime abord, suspect. Il pourrait être vu comme la réponse de personnes qui, en partie contraintes par les circonstances, se prétendent satisfaites, par crainte de choquer les personnes qui les hébergent et qui leur fournissent gîte et couvert quotidiennement. Toutefois, l'examen des réponses des résidents au PAQ montre leur capacité d'exprimer des opinions personnelles quant à leur avenir. Ainsi, uniquement le tiers des usagers rapportent qu'ils ne souhaiteraient pas toujours vivre dans une résidence d'accueil, qu'il ne s'agit donc pas d'un milieu de vie définitif pour eux. Somme toute, force est de constater que la majorité des répondants a exprimé beaucoup de satisfaction face à ce milieu de vie et que la capacité de réponses discriminatoires, de la part des usagers, ne peut que témoigner de la valeur des opinions émises.

La qualité du climat, l'atmosphère agréable des résidences ainsi que le sentiment de liberté que ressentent les usagers au sein de ces résidences représentent des éléments dominants de cette satisfaction. Ce sentiment de liberté exprimé par les résidents fait écho aux résultats du HHPPS qui reflètent, d'après les réponses des responsables de résidences d'accueil, le niveau d'autonomie autorisé par le milieu résidentiel en rapport avec d'autres types de milieux supervisés. En particulier, il faut noter la différence soulignée par les répondants, sur le plan de l'autonomie permise, entre les résidences d'accueil et les unités hospitalières. Cette différence se vérifie également dans les réponses des usagers au PAQ où ils expriment, de manière non équivoque, leur perception d'une grande différence entre la vie dans une résidence d'accueil et celle dans une unité hospitalière. Les usagers apprécient plus particulièrement le niveau de liberté et d'autonomie qui est autorisé dans les résidences d'accueil; il y a moins de règles qui régissent ces résidences, bien qu'elles soient plus nombreuses que celles que l'on retrouve dans les appartements supervisés ou dans son propre appartement.

À cette étape de la recherche, on peut avancer que les résidences d'accueil représentent des milieux supervisés différents, par leurs règles de vie, des unités hospitalières, en offrant toutefois un niveau d'encadrement plus marqué que celui que l'on retrouve dans les appartements supervisés, par exemple. Cette enquête auprès d'un échantillon représentatif de cent résidents montre que ces derniers apprécient largement le milieu de vie qui leur est proposé, et qu'ils le recommanderaient largement à une autre personne sortant de l'hôpital. Bien que la majorité des répondants interrogés souhaite demeurer dans ces résidences, plus du tiers envisagent, néanmoins, ne pas y passer toute leur vie, même s'ils ont vécu, d'après leurs dires, une amélioration de leur bien-être, depuis qu'ils y vivent.

5 CONCLUSION

Cette étude nous a permis de recueillir des informations nouvelles relativement à la vie et au travail des responsables de résidences d'accueil, selon le double point de vue de ces responsables et des praticiennes qui supervisent leurs activités. Cette étude a également permis de mettre en relief, d'une part, les conséquences des récentes transformations du réseau de la santé et des services sociaux sur le travail de ces responsables, et d'autre part, la nature du partenariat qui existe entre les responsables et les intervenants du réseau. De plus, plusieurs recommandations ont été proposées par les répondantes, en vue de corriger les principaux problèmes vécus par les responsables dans leurs activités quotidiennes auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Enfin, nous avons porté un premier regard sur quelques-unes des facettes de la vie des résidents qui demeurent dans ces résidences d'accueil, et nous les avons rapportées telles qu'elles ont été décrites par ces derniers.

Globalement, nous avons pu constater que les transformations du réseau de la santé avaient eu comme effet une augmentation et une complexification de la tâche des responsables des résidences d'accueil. Nous avons aussi observé que l'alourdissement de cette tâche n'avait pas été suivi d'un ajustement des services et du soutien offerts aux responsables par le réseau; ajustement qui aurait permis aux responsables de mieux répondre à cet accroissement des demandes et des exigences du réseau à leur endroit. D'ailleurs, maintes recommandations émises par les répondantes ont mis en évidence la nécessité de corriger les nombreuses insuffisances sur le plan des ressources matérielles, humaines et éducatives que rencontrent trop fréquemment les responsables dans leurs activités journalières. Quant à la qualité des relations de partenariat entre les responsables et les intervenants de réseau, le moins que nous puissions dire est que ce partenariat relève davantage, pour l'instant, de pieuses intentions que d'une apparente actualisation dans les pratiques quotidiennes. Finalement, les informations recueillies auprès des résidents ont montré que ceux-ci appréciaient largement leur milieu de vie et qu'ils bénéficiaient d'un niveau d'autonomie et de liberté fort acceptable au sein de ces résidences d'accueil.

Il va sans dire que ce rapport ne représente qu'une amorce de questionnement, d'analyse et de réflexion sur le travail des responsables de résidences d'accueil et, indirectement, sur leur apport au maintien et à l'intégration dans la société des personnes atteintes de troubles mentaux graves. De fait, d'autres questions et d'autres regards restent à poser, entre autres, afin de mieux connaître et reconnaître l'originalité du rôle des résidences d'accueil au sein des ressources d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves; et afin également de poursuivre les évaluations relatives au travail de ces responsables, au soutien qu'elles reçoivent du réseau pour mener à bien leur tâche, et enfin à la qualité de vie des individus qui vivent dans ces résidences.

RÉFÉRENCES

Boudreau, F. (1991a). Partnership as a New Strategy in Mental Health Policy: The case of Québec. Journal of Health Policy and Law, 16 (2) , 16 (2), 307-329.

Boudreau, F. (1991b). Stakeholders as Partners: The Challenges of Partnership in Québec Mental Health Policy. Canadian Journal of Community Mental Health, 10(1), 7-28.

Bandeira M, Lesage AD, Morissette R, Granger L. (1994) Évaluation de l'efficacité à long terme de la réinsertion sociale de patients psychiatriques. Santé mentale au Québec, XIX (2), 178-190.

Carrière, M. (2001) «Le partenariat dans le champ des troubles mentaux dix ans après la politique de santé mentale». Santé Mentale au Québec, 26(1): 216-241.

Corbière M, Lesage AD, Reinhartz D, Contandriopoulos APC. (2001) A French, Abridged Version of the Hospitals and Hostels Practices Profile Schedule. International Journal of Methods in Psychiatry, 10(4), 183-190.

Dorvil, H., Guttman, H., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997) Défi de la configuration des services de santé mentale: Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Québec: MSSS.

Gouvernement du Québec (1989). Politique de santé mentale. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Gouvernement du Québec (1990). Plan de services individualisé en santé mentale. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Gouvernement du Québec (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Gouvernement du Québec (1995). Loi 120, Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec, Éditeur officiel du Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec (1997) Orientations pour la transformation des services de santé mentale: Document de consultation. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Direction de la planification et de l'évaluation, 51 pages.

Harnois, G. (1987). Pour un partenariat élargi-projet de politique de santé mentale pour le Québec, rapport du comité de la politique de santé mentale. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Lamoureux, J. (1994). Le partenariat à l'épreuve. Montréal, Éditions Saint-Martin.

MacGillivray, H. et G. Nelson (1999). Partnership in Mental Health: What is it and how to do it. Canadian Journal of Rehabilitation, vol 12 no 2, 71-83.

O'Driscoll C (1993) The TAPS Project. 7: Mental Hospital Closure- a literature review of outcome studies and evaluative techniques. British Journal of Psychiatry, 162 (suppl.19), 7-17

Paradis, M., Bédard, O. et A. Quenneville (1996). Réflexion sur l'actualisation de la politique et du plan régional d'organisation de services de santé mentale à partir de douze programmes visant le maintien dans la communauté, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Québec, 86 p.

Panet-Raymond, J. et Bourque, D. (1991). Partenariat ou pater-nariat ? : La collaboration entre établissements publics et organismes communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées à domicile. Rapport de recherche. Québec, CQRS.

Patton, M.Q., (1990). Qualitative Evaluation Research Methods. Second Edition. Newbury Park :Sage Publication.

Thornicroft G, Gooch C, O'Driscoll C, Reda S (1993) The TAPS Project. 9: The reliability of the Patient Attitude Questionnaire. The British Journal of Psychiatry, 162 (suppl. 19), 25-29.

Vérificateur Général du Québec (1996). « Action du gouvernement relativement aux organismes communautaires de la santé et des services sociaux et à la santé mentale. Étude conduite auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et de trois régions régionales », Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée Nationale pour l'année 1995-1996, Ch.4, Tome II , 48-71.

GUIDE D'ENTREVUE - RESPONSABLES DE RESIDENCES D'ACCUEIL

Contexte et but de la recherche:

Le but de cette recherche est de connaître l'impact des changements dans le réseau des services en santé mentale sur les responsables de résidences d'accueil et leur travail avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale chroniques. Toutes les questions vous concernant portent sur votre expérience en tant que responsable de résidence d'accueil.

Cette entrevue comporte 3 grandes sections:

- (1) questions sur votre expérience comme responsable de résidence d'accueil;
- (2) questions sur vos relations avec le réseau des services sociaux et de santé; le partenariat
- (3) questions portant sur les effets des transformations des services sur votre travail;

I. QUESTIONS SUR VOTRE EXPÉRIENCE DE RESPONSABLE:

- (1a) Parlez-moi de votre expérience comme responsable de résidence d'accueil ?
- (1b) Depuis combien de temps êtes-vous responsable ?
- (1c) Qu'est-ce que vous faisiez avant de devenir responsable de résidence d'accueil ?
- (1d) Pourquoi êtes-vous devenu responsable de résidence d'accueil ?
- (2a) Pouvez-vous me décrire les personnes dont vous avez à prendre soin dans votre résidence (nombre, problèmes, durée de séjour dans la résidence, activités à l'extérieur le jour, provenance) ?
- (2b) Pouvez-vous me décrire vos conditions de travail comme responsable ?
Par exemple :
 - Avez-vous de l'aide ?
 - Avez-vous du répit (C.-à-d. : femme de ménage, gardienne, répit) ?
- (2c) Pouvez-vous me décrire votre rôle et vos responsabilités comme responsable ?

II. QUESTIONS SUR VOS RELATIONS AVEC LE RÉSEAU DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur votre expérience avec le réseau des services sociaux et de santé en tant que responsable de résidences d'accueil.

- (3) Pouvez-vous me décrire vos relations avec le réseau des services sociaux et de santé ?
- (4) Pouvez-vous me décrire comment ça se passe pour le suivi régulier de vos résidents ?
- (5) Pouvez-vous me décrire ce qui se passe lorsque vous avez un problème avec un de vos résidents ?
- (6a) Selon votre expérience de responsable de famille d'accueil, trouvez-vous que les responsables ont une place (reconnaissance) dans les services sociaux et de santé ? Laquelle ?
 - Trouvez-vous que vous avez une place ?
- (6b) Quelle place aimeriez-vous avoir ?
- (7a) Pouvez-vous décrire vos relations avec des personnes dans des services avec lesquels vous avez affaire en particulier ?

ANNEXE A

Pour chacun des services, demandez:

- (7b) Comment vous sentez-vous dans cette relation comme responsable ?
- (7c) Pouvez-vous penser à un autre service ?
- (7d) Et que pensez-vous de vos relations avec
- votre praticien ressource
 - votre/vos praticien(s) bénéficiaire(s) (case manager)
 - les psychiatres de vos résidents
 - les cliniques externes psychiatriques
 - l'infirmière en charge (de liaison) en psychiatrie
 - les services médicaux et dentaires (services / hopitaux non psychiatriques)
 - les CLSC
 - les urgences des hôpitaux psychiatriques
 - les unités d'admission l'hôpitaux psychiatrique
 - programmes, centres de jour, ateliers affiliés à l'hôpital
 - services communautaires
 - les services de transport adapté et l'autobus de l'hôpital
 - le centre de crise
 - pharmaciens
- (8) Considérez-vous qu'il y a un partenariat entre les responsables des résidences d'accueil et le réseau des services sociaux et de santé . «Comment vous sentez-vous par rapport à cela ? »
«Que signifie le mot partenariat pour vous ?»
- (9) Maintenant j'aimerais que vous me donniez votre opinion à propos de:
- (a) la formation offerte aux responsables
l'information donnée aux responsables (provenant des praticiens ressources et usagers, hôpital, service résidentiel, psychiatre, gouvernement).
 - (c) le dévouement du personnel dans les services à répondre aux besoins de votre clientèle
 - (d) votre perception des compétences du personnel
 - (e) la perception du personnel sur les compétences des responsables de résidence d'accueil
 - (f) les papiers que vous avez à remplir pour les bénéficiaires et l'hôpital
- (10) En considérant ce que nous venons de dire depuis le début de l'entrevue, y a-t-il des améliorations qui devraient être apportées selon vous ? Pouvez-vous les décrire ?

III. Questions sur les changements dans les services

Les services de santé mentale ont beaucoup changé au cours des 5 dernières années. Par exemple, des lits d'hôpitaux ont été fermés et des patients sont sortis des hôpitaux pour aller dans la communauté. Certains de ces patients ont été placés en résidence d'accueil.

- (11a) Au cours des 5 dernières années environ, avez-vous vécu des changements dans votre travail de responsable ? Pouvez-vous décrire ces changements ?
- (11b) Avez-vous eu plus ou moins de travail depuis ce temps ? Quelles sont ces changements ?
- (12) Avez-vous plus ou moins de support, comme responsable de résidences d'accueil, depuis ce temps? Pouvez-vous décrire ?
- (13) Avez-vous vécu des changements dans vos relations avec le réseau des services sociaux et de santé ? Quels sont ces changements ?

IV. Questions sur leur avenir comme responsable

- (14a) Quand vous pensez à l'avenir des responsables de résidence d'accueil, qu'est-ce que vous voyez?
- (14a) Quand vous pensez à votre avenir comme responsable de résidence d'accueil, qu'est-ce que vous voyez ?

V. Clôture

- (15) Aimerez-vous ajouter quelque chose d'autre ?

FICHE --- RESPONSABLES (à compléter à la fin de l'entrevue)

Identification: _____

Information socio-démographique

- 1- Sexe : 1- F 2- H 2- Âge: _____
- 3- Pays de naissance : _____ 4- Langue maternelle: _____
- 5- Dernière année de scolarité complétée: _____
- 6a- Activités principales avant de devenir responsable de résidence d'accueil:
- 1- À la maison
 - 2- Travail à l'extérieur (*Passer à la question 6b*)
 - 3- Autre (Précisez) : _____

6b- Principales expériences professionnelles passées ? _____

- 7a- Avez-vous des enfants ? 1- Oui 2- Non
- 7b- Âge des enfants ? 1- Moins de 18 ans 2- 18 ans et plus

Caractéristiques de la résidence d'accueil

- 1- Langue parlée dans la résidence d'accueil ? _____
- 2- Êtes-vous 1- propriétaire ou 2- locataire de la résidence d'accueil ? _____
- 3- Depuis combien d'années êtes-vous dans cette maison ? _____
- 4- Depuis combien d'années êtes-vous responsable de résidence d'accueil pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale ? _____
- 5- Nombre de clients dans votre résidence d'accueil actuellement ? _____
- 6- Capacité totale de votre résidence d'accueil ? _____
- 7- Quelle(s) autre(s) personne(s) demeure(nt) dans votre maison ?
- 1- Enfant(s) Combien _____
 - 2- Conjoint
 - 3- Autres (Précisez) : _____

- 8- Avez-vous de l'aide pour vous occuper de vos résidents ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- 1- Membres de la famille non rémunéré
 - 2- D'une personne engagée sur une base non régulière
 - 3- D'une personne engagée sur une base régulière (toutes les semaines)
 - 3a- Combien heures par semaine: _____

9a- Avez-vous une autre source de revenu additionnelle ? 1- Oui 2- Non (*Terminer*)

- 9b- D'où vient ce revenu ?
- 1- Conjoint(e)
 - 2- Enfants
 - 3- Autre (Précisez): _____

9c- D'où provient votre principale source de revenu familial ? _____

Merci de votre collaboration !

GUIDE D'ENTREVUE - PRATICIEN

Contexte et but de la recherche

Le but de cette recherche est de connaître l'impact des transformations des services en santé mentale sur les responsables de résidences d'accueil et leur travail avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale chroniques. Le terme responsable de résidence d'accueil s'appliquera ici à ceux du réseau public.

L'entrevue est composée de 3 grandes sections:

- (1) questions portant votre expérience avec les responsables de résidences d'accueil;
- (2) questions sur vos perceptions des relations entre les responsables de résidences d'accueil et le réseau des services sociaux et de santé ; le partenariat
- (3) questions portant sur les effets de la transformation des services sur le travail des responsables de résidences d'accueil .

I. Questions d'introduction sur votre expérience auprès des responsables et sur leur travail

- (1a) Pouvez-vous me parler de votre expérience avec les responsables de résidence d'accueil ?
(Nombre d'années d'expérience, expérience de praticien ressource ou usager, nombre de responsables, autres expériences en santé mentale)
- (2a) Pouvez-vous décrire les personnes placées en résidence d'accueil parmi votre clientèle ?
- (2b) Pouvez-vous décrire les conditions de travail de vos responsables (aide, gardienne, répit, vacances) ?
- (2c) Pouvez-vous décrire les rôles et les responsabilités de responsable de résidence d'accueil ?

II. Questions sur les relations entre le responsable et le réseau des services sociaux et de santé

Maintenant, j'aimerais vous posez quelques questions générales sur votre expérience avec les responsables de résidences d'accueil et le réseau des services sociaux et de santé, sur le partenariat.

- (3) Pouvez-vous décrire, de façon générale, les relations des responsables de résidences d'accueil avec le réseau des services sociaux et de santé ?
- (4) Pouvez-vous décrire comment ça se passe avec les responsables pour le suivi régulier des résidents ?
- (5) Pouvez-vous décrire ce qui se passe lorsqu'un responsable a un problème avec un de ses résidents ?
- (6a) D'après votre expérience, quelle place est faite aux responsables dans le réseau des services sociaux et de santé ?
- (6b) Quelle place aimeriez-vous qu'ils aient ?

ANNEXE A

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions plus précises sur les relations des responsables de résidence d'accueil avec les différentes personnes qui travaillent dans le réseau des services sociaux et de santé.

- (7a) Pouvez-vous décrire les relations des responsables avec des personnes dans des services avec lesquels ils ont affaire en particulier ?
- (7b) Comment vous sentez-vous à propos de cette relation ?
- (7c) Pouvez-vous penser à un autre service ?
- (7d) Et que pensez-vous des relations avec...
- les praticiens ressources
 - les praticiens usagers
 - les psychiatres des clients en résidence d'accueil
 - les cliniques externes psychiatriques
 - les infirmière en charge (de liaison) en psychiatrie
 - les services médicaux et dentaires (services/hôpitaux non psychiatriques)
 - les CLSC
 - les urgences des hôpitaux psychiatriques
 - les unités d'admission de l'hôpital psychiatrique
 - programmes, centres de jour, ateliers affiliés à l'hôpital
 - services communautaires
 - les services de transport adapté et l'autobus de l'hôpital
 - le centre de crise
 - pharmaciens
 - avec vous
- (8) Considérez-vous qu'il y a un partenariat (collaboration) entre les responsables et le réseau des services sociaux et de santé ? Comment vous sentez-vous par rapport à cela ?
Que signifie le mot partenariat pour vous ?
Jusqu'à quel point diriez-vous que ce que vous venez de décrire sur le partenariat s'applique à votre travail avec les responsables ?
- (9) Maintenant j'aimerais avoir votre opinion à propos des aspects suivants:
- (a) la formation offerte aux responsables
 - (b) l'information donnée aux responsables (provenant des praticiens ressources et usagers, hôpital, service résidentiel, psychiatre, gouvernement)
 - (c) le dévouement du personnel dans les services à répondre aux besoins des résidents
 - (d) les papiers que les responsables ont à remplir pour les bénéficiaires et l'hôpital
 - (e) votre perception des compétences des responsables
 - (f) la perception des responsables sur les compétences du personnel
- (10) En considérant ce que nous venons de dire depuis le début, y a-t-il des améliorations qui devraient être apportées, selon vous? Pouvez-vous les décrire ?

III. QUESTIONS SUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES

Les services de santé mentale ont beaucoup changé au cours des 5 dernières années. Par exemple, des lits d'hôpitaux ont été fermés et des patients sont sortis des hôpitaux pour aller dans la communauté. Certains de ces patients ont été placés en résidence d'accueil.

ANNEXE A

- (11a) Au cours des 5 dernières années environ, les responsables ont-ils vécu des changements dans leur travail ? Pouvez-vous décrire ces changements ?
- (11b) Ont-ils eu plus ou moins de travail depuis ce temps? Pouvez-vous décrire ?
- (12) Est-ce que les responsables ont eu plus ou moins de support depuis ce temps? Pouvez-vous décrire ?
- (13) Y a-t-il eu des changements dans les relations des responsables avec les personnes du réseau des services sociaux et de santé ? Pouvez-vous décrire ces changements ?

IV. QUESTIONS SUR L'AVENIR DES RESPONSABLES

- (14) Quand vous pensez à l'avenir des responsables de résidence d'accueil, qu'est-ce que vous voyez ?

V. CLÔTURE

- (15) Aimerez-vous ajouter quelque chose d'autre ?

FICHE ---PRATICIEN

(à compléter après l'entrevue)

Identification: _____

Informations démographique

1- Sexe:

1- F

2- M

2- Âge: _____

3- Pays de naissance: 1- Canada

2- Autre (décrire): _____

4- Langue maternelle: 1- Français

2- English

3- Autre: _____

Informations professionnelles

1- Dernière année de scolarité complétée ? _____

2- Quelle est votre profession ? _____

3a- Nombre d'années dans votre poste actuel ? _____

3b- Nombre total d'années d'expérience dans votre profession ? _____

4- Nombre d'années travaillant avec les responsables de résidences d'accueil pour personnes ayant des problèmes de santé mentale ?

5- Institution pour laquelle vous travaillez présentement ? _____

6- Autres expériences avec les responsables de résidences d'accueil ?

7a- Nombre de responsables que vous supervisez (ou avec qui vous travaillez) ? _____

Praticien usager seul

7b- Nombre de clients en résidence d'accueil ? _____

8- Suivez-vous d'autres clients qui ne sont pas en résidence d'accueil? (Indiquer le nombre et le type de résidence) _____

Merci beaucoup pour votre participation!

PATIENT'S ATTITUDE QUESTIONNAIRE P.A.Q.
(Thornicroft et al, 1993)

ANNEXE B

Q.4b	What was the reason for the change of residence? <i>Quels ont été les raisons pour ce changement de résidence?</i>	1. Personal choice (<i>choix personnel, maladie</i>) 2. Someone else's choice (<i>Choix extérieur, quelqu'un a décidé pour l'individu, autre que famille</i>) 3. Family choice (<i>famille</i>) 4. Other answers (<i>autres</i>)	35,2% 50,5% 8,8% 5,5%
Q.5	Did you want to leave the hospital? <i>Désiriez-vous quitter l'hôpital?</i>	1. No response (<i>réponse impossible à coter</i>) 2. No (<i>non</i>) 3. Yes (<i>oui</i>)	2,0% 15,8% 82,2%
Q.6	Which do you like better- living here or living in the hospital? <i>Qu'est-ce que vous préférez: vivre ici ou vivre à l'hôpital?</i>	1. Here (<i>ici</i>) 2. Hospital (<i>hôpital</i>) 3. Other responses, such as by myself or with my family (<i>autres réponses telles que par moi-même, avec ma famille</i>)	89,0% 4,0% 7,0%
Q.7	What do you like about living here? <i>Qu'est-ce qui vous plaît ici?</i>	1. No response (<i>réponse impossible à coter</i>) 2. Nothing (<i>rien</i>) 3. Other residents (<i>compagnie des autres résidents</i>) 4. Neighborhood (<i>extérieur de la résidence</i>) 5. Inside the residence (<i>intérieur de la résidence</i>) 6. Food (<i>nourriture</i>) 7. The residence's owner (<i>le personnel ou les proprio</i>) 8. Lifestyle (<i>le régime de vie</i>) 9. Freedom, feeling of well-being (<i>liberté, sentiment positif de bien-être</i>)	12,0% 5,0% 3,0% 1,0% 8,0% 20,0% 13,0% 17,0% 21,0%
Q.8	What do you dislike about living here? <i>Qu'est-ce qui vous déplaît ici?</i>	1. No response (<i>réponse impossible à coter</i>) 2. Nothing (<i>rien</i>) 3. Other residents (<i>compagnie des autres résidents</i>) 4. Neighborhood (<i>extérieur de la résidence</i>) 5. Inside the residence (<i>intérieur de la résidence</i>) 6. Food (<i>nourriture</i>) 7. The residence's owner (<i>le personnel ou les proprio</i>) 8. Lifestyle (<i>le régime de vie, type d'activités disponibles, etc.</i>) 9. Lack of freedom (<i>manque de liberté</i>)	7,0% 54,0% 11,0% 3,0% 2,0% 2,0% 0,0% 19,0% 2,0%
Q.9a	Would you like to make your home here permanently? <i>Est-ce que vous aimeriez que votre résidence devienne votre chez vous pour toujours?</i>	1. Yes (<i>oui</i>) 2. No (<i>non</i>) 3. No response (<i>Incotable</i>)	66,0% 25,0% 9,0%

ANNEXE B

Q.9b	If no, where would you like to live? <i>Sinon, où préféreriez-vous demeurer?</i>	1. Personal apartment (<i>appartement personnel</i>) 2. With family or friends (<i>avec famille ou amis</i>) 3. In another foster home (<i>autre résidence d'accueil</i>) 4. Hospital (<i>hôpital</i>) 5. Don't know (<i>ne sais pas</i>)	16,9% 6,7% 12,4% 2,2% 61,8%
Q.10a	Do you have any regular activities/duties here? <i>Avez-vous des activités régulières ou des tâches à remplir ici?</i>	1. House work (<i>travail domestique</i>) 2. Workshop (<i>Atelier protégé</i>) 3. Social activities (<i>activités sociales</i>) 4. No response (<i>incotable</i>)	83,2% 0,0% 6,9% 9,9%
Q.10b	Overall, do you find the organized activities helpful or unhelpful? <i>Trouvez-vous que les activités organisées ici vous aident ou non?</i>	1. Helpful (<i>aide</i>) 2. Unhelpful (<i>n'aide pas</i>) 3. No response (<i>incotable</i>)	92,9% 7,1% 0,0%
Q.11a	Do you have any activities/work outside the home? <i>Avez-vous des activités régulières ou un travail en dehors de la résidence?</i>	1. Supervised job (<i>emploi protégé</i>) 2. Day Center & Social Club (<i>Centre de jour et Club social</i>) 3. None (<i>aucune</i>) 4. Others (<i>autres</i>) 5. No response (<i>incotable</i>)	12,9% 59,4% 21,8% 5,9% 0,0%
Q.11b	Overall, do you find the organized activities helpful or unhelpful? <i>Trouvez-vous que les activités organisées ici vous aident ou non?</i>	1. Helpful (<i>aide</i>) 2. Unhelpful (<i>n'aide pas</i>) 3. No response (<i>incotable</i>)	80,2% 14,9% 5,0%
Q.12	Are there any activities that you would like to be provided? <i>Y a-t-il des activités auxquelles vous aimeriez participer?</i>	1. No (<i>non</i>) 2. Job (<i>emploi</i>) 3. Social activities (<i>activités sociales</i>) 4. Others, such as travelling (<i>autres, tel que vacances, voyages</i>) 5. No response (<i>incotable</i>)	53,0% 5,0% 8,0% 30,0% 4,0%
Q.13a	Have you experienced any difficulties since coming here? <i>Avez-vous vécu quelques difficultés que ce soit depuis que vous êtes arrivé ici?</i>	1. Adaptation (<i>adaptation</i>) 2. Other residents (<i>autres résidents</i>) 3. Resident's owner (<i>responsable</i>) 4. Neighbourhood (<i>environnement extérieur</i>) 5. Inside the residence, such as food, small bedroom, etc. (<i>environnement intérieur, tel que nourriture, chambre petite, etc.</i>) 6. No (<i>non</i>) 7. No response (<i>incotable</i>)	26,7% 8,9% 3,0% 1,0% 3,0% 54,5% 3,0%

ANNEXE B

Q.13b	Did you ask anyone for help? <i>Avez-vous demandé de l'aide à qui que ce soit?</i>	1. No (<i>non</i>) 2. Psychiatrist, social worker (<i>psychiatre, travailleur social</i>) 3. Residence's owner (<i>responsable de la résidence</i>) 4. Friends, family (<i>amis-parents</i>) 5. Other residents (<i>autres résidents</i>) 6. No response (<i>incotable</i>)	54,5% 12,9% 13,9% 10,9% 1,0% 6,9%
Q.13c	Have you experienced difficulty in obtaining services from any of the following? <i>Avez-vous eu de la difficulté à obtenir des services des personnes que je vous ai mentionnés plus haut?</i>	1. No (<i>non</i>) If yes (<i>si oui</i>) : 2. Psychiatrist, social worker (<i>psychiatre, travailleur social</i>) 3. Residence's owner (<i>responsable de la résidence</i>) 4. Friends, family (<i>amis-parents</i>) 5. Other residents (<i>autres résidents</i>) 6. No response (<i>incotable</i>) 7. Yes, unclear (<i>oui, imprécis</i>)	56,6% 2,0% 3,0% 1,0% 0,0% 21,2% 16,2%
Q.14	In your contacts with any of the following people, have you found helpful or unhelpful: <i>Dans vos contacts avec les personnes qui suivent, avez-vous trouvé qu'elles vous ont aidé ou non?</i>		
	The psychiatrist? <i>Votre psychiatre?</i>	1. Medication & other physical needs (<i>médication et autres soins physiques</i>) 2. Emotionnal support (<i>soutien émotionnel</i>) 3. No (<i>non</i>) 4. No response (<i>incotable</i>)	88,1% 4,0% 7,9% 0,0%
	The G.P.? <i>Votre médecin de famille?</i>	1. Physical needs (<i>soins physiques</i>) 2. Emotionnal support (<i>soutien émotionnel</i>) 3. No (<i>non</i>) 4. No response (<i>incotable</i>)	64,4% 3,0% 32,0% 1,0%
	The Nurse? <i>L'infirmière?</i>	1. Physical needs (<i>soins physiques</i>) 2. Emotionnal support (<i>soutien émotionnel</i>) 3. No (<i>non</i>) 4. No response (<i>incotable</i>)	42,6% 2,0% 53,5% 2,0%
	The social Worker? <i>Le travailleur social?</i>	1. Physical needs (<i>soins physiques</i>) 2. Emotionnal support (<i>soutien émotionnel</i>) 3. Social Integration (<i>intégration sociale</i>) 4. No (<i>non</i>) 5. No response (<i>incotable</i>)	67,3% 5,0% 3,0% 23,8% 1,0%

	Staff at the home? <i>Le personnel de la résidence?</i>	1. Physical needs (<i>soins physiques</i>) 2. Emotional support (<i>soutien émotionnel</i>) 3. Social Integration (<i>intégration sociale</i>) 4. No (<i>non</i>) 5. No response (<i>incotable</i>)	85,0% 8,0% 1,0% 5,0% 1,0%
	Other? <i>Autre?</i>	1. Family (<i>famille</i>) 2. Friends (<i>amis</i>) 3. Others (<i>autres</i>) 4. No response (<i>incotable</i>) 5. No (<i>non</i>)	57,4% 22,3% 3,2% 5,3% 11,7%
Q.15a	Have you noticed any changes in yourself since coming here? <i>Avez-vous noté quelques changements que ce soit en vous-mêmes depuis que vous êtes arrivés ici?</i>	1. Yes (<i>oui</i>) 2. No (<i>non</i>) 3. No response (<i>Incotable</i>)	80,8% 4,0% 15,2%
Q.15b	If yes, what kind of change? <i>Si oui, quel genre de changement?</i>	1. Better (<i>mieux</i>) 2. Worse (<i>pire</i>) 3. No response (<i>Incotable</i>)	82,0% 11,0% 7,0%
Q.15c	What do you think has brought about the change? <i>Qu'est-ce qui d'après vous a amené ce changement?</i>	1. Adaptation, following the death of family member or following an illness (<i>adaptation, suite à perte, décès, adaptation à la maladie</i>) 2. Residents, friends, social environment (<i>résidents, amis, réseau social</i>) 3. Staff of the home (<i>responsable</i>) 4. Neighbourhood (<i>environnement extérieur</i>) 5. Inside the residence, such as food, small bedroom, etc. (<i>environnement intérieur, tel que nourriture, chambre petite, etc.</i>) 6. No response (<i>incotable</i>)	34,4% 21,5% 8,6% 8,6% 10,8% 15,1%
Q.16	If another person living in hospital asked you about the home, would you recommend it as a good place to live? <i>Si une autre personne qui vit à l'hôpital vous demandait des renseignements concernant cette Résidence où vous vivez, est-ce que vous la recommanderiez comme un bon endroit pour vivre?</i>	1. Yes (<i>oui</i>) 2. No (<i>non</i>) 3. No response (<i>Incotable</i>)	95,0% 5,0% 0,0%

ANNEXE B

Q.17a	Do you feel that your life here is much different from life in the hospital? <i>Avez-vous l'impression que votre vie ici est très différente de la vie à l'hôpital?</i>	1. Yes (<i>oui</i>) 2. No (<i>non</i>) 3. No response (<i>Incotable</i>)	92,1% 2,0% 5,9%
Q.17b	If yes, in what way? <i>Si oui, de quelle façon?</i>	1. Food (<i>nourriture</i>) 2. Atmosphere (<i>atmosphère, ambiance</i>) 3. Freedom (<i>liberté</i>) 4. No difference, feel safe in both places (<i>pas de différence, sentiment de sécurité aux deux endroits</i>) 5. No response (<i>Incotable</i>)	16,3% 48,0% 24,5% 2,0% 9,2%
Q. 18	If you are on medication, do you find your medication helpful or unhelpful? <i>Trouvez-vous que la médication vous aide ou non?</i>	1. Helpful (<i>aide</i>) 2. Unhelpful (<i>n'aide pas</i>) 3. No response (<i>incotable</i>)	92,9% 1,0% 6,1%

Hospital and Hostels Practices Profile Questionnaire

		Yes/True Oui/Vrai (%)	No/False Non/Faux (%)
1.	Residents should be up by a given time on weekdays. <i>Les résidents doivent se lever à une certaine heure les jours de la semaine.</i>	66	34
2.	Residents should be up by a given time on weekends. <i>Les résidents doivent être levés à une certaine heure durant les fins de semaine.</i>	36	64
3.	Some precautions are taken such as outside doors are locked during the day to avoid residents leaving without informing the caregiver/staff. <i>Des précautions sont prises, comme barrer les portes, afin d'éviter que les résidents quittent sans avertir la responsable ou le personnel.</i>	44	56
4.	Caregivers/staff can enter the resident's room at any time. <i>La responsable/personnel de la résidence peuvent entrer dans les chambres des résidents à tout moment.</i>	65	35
5.	Residents are not permitted to watch tv after 11 pm. <i>Les résidents ne sont pas autorisés à regarder la télévision après 23h00.</i>	62	38
6.	Visiting times are restricted to certain hours. <i>Les heures de visites sont limitées à certaines heures.</i>	83	17
7.	Apart from the caregiver/staff, persons of the opposite sex are not allowed in the resident's rooms at any time. <i>A part la responsable/personnel, des personnes du sexe opposé ne sont pas autorisées dans les chambres des résidents à aucun moment.</i>	54	46
8.	A psychiatrist visits the residents routinely. <i>Un psychiatre rencontre les résidents régulièrement sur place.</i>	1	99
9.	Residents must ask the caregiver/staff to communicate with their family doctor. <i>Les résidents doivent demander au responsable/personnel pour communiquer avec leur médecin de famille.</i>	82	18
10.	There are no resident-staff meetings held on a regular basis. <i>Il n'y a pas de rencontre de groupe régulière entre les résidents et le personnel.</i>	50	50

ANNEXE C

		Yes/True Oui/Vrai (%)	No/False Non/Faux (%)
11.	Residents must ask for authorization to go out after 7 pm. <i>Les résidents doivent demander l'autorisation pour sortir après 19h00.</i>	79	21
12.	Staff likes to be informed about where the residents go if they leave for the weekend. <i>Le personnel aime être informé où les résidents vont s'ils quittent pour la fin de semaine.</i>	99	1
13.	The front door of the foster home is locked at night. <i>La porte principale de la résidence est barrée la nuit.</i>	97	3
14.	Residents do not have the key to the front door of the foster home. <i>Les résidents n'ont pas la clé de la porte principale de la résidence.</i>	60	40
15.	Residents are expected to be in by 10pm during the week (Monday to Friday). <i>On s'attend des résidents qu'ils soient de retour avant 22h00 durant la semaine (lundi au vendredi).</i>	53	47
16.	Residents are expected to be in by 11pm during the week (Monday to Friday). <i>On s'attend des résidents qu'ils soient de retour avant 23h00 durant la semaine (lundi au vendredi).</i>	71	29
17.	Residents are encouraged to be in bed by 11pm on the weekend. <i>On encourage les résidents à être couchés à 23h00 les fins de semaine.</i>	9	91
18.	Residents are not allowed out alone in the evening without telling the caregiver/staff where they are going. <i>Les résidents ne sont pas autorisés à sortir seuls le soir sans indiquer au responsable/personnel où ils vont.</i>	68	32
19.	Caregiver/staff checks that residents are in bed during the night. <i>La responsable/personnel vérifie si les résidents sont dans leur lit durant la nuit.</i>	49	51
20.	The consumption of alcohol is not allowed for residents. <i>La consommation d'alcool n'est pas autorisé chez le résidents.</i>	96	4

ANNECE C

		Yes/True Oui/Vrai (%)	No/False Non/Faux (%)
21.	Residents are encouraged to be in the home by given time on weekends. <i>On encourage les résidents à être dans la résidence à une certaine heure durant les fins de semaine.</i>	92	8
22.	Residents must be in bed by a given time. <i>Les résidents doivent être couchés à partir d'une certaine heure.</i>	9	91
23.	Caregiver/staff verifies that residents are in the home at night. <i>La responsable/personnel vérifie que les résidents sont dans la résidence la nuit.</i>	71	29
24.	Residents do not make their bed. They are made by the caregiver/staff. <i>Les résidents n'ont pas à faire leur propre lit. Ils sont fait par la responsable/personnel.</i>	8	92
25.	Caregiver/staff verifies and makes sure that residents are up mornings on weekdays. <i>La responsable/personnel vérifie ou s'assure que les résidents sont levés le matin durant la semaine.</i>	69	31
26.	Caregiver/staff verifies and makes sure that residents are up mornings on weekends. <i>La responsable/personnel vérifie ou s'assure que les résidents sont levés le matin durant les fins de semaine.</i>	64	36
27.	A hairdresser visits routinely the foster home to cut and style the residents' hair. <i>Un(e) coiffeur(se) vient régulièrement à la résidence pour coiffer ou couper les cheveux des résidents.</i>	28	72
28.	There is no choice of main meals. <i>Il n'y a pas de possibilité pour les résidents de choisir les mets principaux des repas.</i>	53	47
29.	There is no choice of beverage at meals. <i>Il n'y a pas de possibilité pour les résidents de choisir les breuvages lors des repas.</i>	13	87
30.	Residents are not involved in planning meals and the menu. <i>Les résidents ne sont pas impliqués dans la planification des repas et du menu.</i>	28	72

ANNEXE C

		Yes/True Oui/Vrai (%)	No/False Non/Faux (%)
31.	Residents cannot make tea or coffee for themselves. <i>Les résidents ne peuvent pas faire de thé ou de café pour eux-mêmes.</i>	36	64
32.	Residents cannot make a snack in between meals. <i>Les résidents ne peuvent pas se faire de goûters entre les repas.</i>	45	55
33.	Beer is not allowed in the foster home. <i>La bière n'est pas autorisée dans la résidence.</i>	98	2
34.	Residents are not allowed to have personal money. <i>Les résidents ne sont pas autorisés d'avoir en leur possession leur argent personnel.</i>	6	94
35.	Residents are not allowed matches or lighters in their personal possession. <i>Les résidents ne sont pas autorisés d'avoir en leur possession des allumettes ou des briquets.</i>	28	72
36.	Residents are not allowed razors, knives, or scissors in their personal possession. <i>Les résidents ne sont pas autorisés d'avoir en leur possession des lames de rasoir, des couteaux ou des ciseaux.</i>	33	67
37.	Residents cannot lock their personal effects. <i>Les résidents ne peuvent mettre sous clé leurs effets personnels.</i>	69	31
38.	Medication is administered by the caregiver/staff. <i>Les médicaments sont administrés par la responsable/personnel.</i>	97	3
39.	Residents are weighed on admission to the foster home. <i>Les résidents sont pesés à leur admission à la résidence.</i>	28	72
40.	Residents are weighed periodically. <i>Les résidents sont pesés régulièrement.</i>	25	75
41.	Dressing is supervised by the caregiver/staff. <i>L'habillement des résidents est supervisé par la responsable/personnel.</i>	74	26
42.	Residents do not possess an adequate amount of clothes. <i>Les résidents n'ont pas en leur possession suffisamment de vêtements.</i>	24	76

ANNEXE C

		Yes/True Oui/Vrai (%)	No/False Non/Faux (%)
43.	Residents are not allowed to park their vehicle next to the foster home (if they had a car). <i>Les résidents ne sont pas autorisés à stationner leur voiture à côté de la résidence (s'ils avaient une voiture).</i>	84	16
44.	Residents are restricted in displaying their personal effects and decorating their room. <i>On restreint la possibilité pour les résidents d'accrocher ou de décorer leur chambre avec leurs effets personnels.</i>	16	84
45.	Residents' personal effects are checked for forbidden items upon admission. <i>On vérifie les effets personnels des résidents pour des objets qui ne sont pas permis à l'admission.</i>	64	36
46.	Residents' personal effects are checked for forbidden items periodically. <i>On vérifie les effets personnels des résidents pour des objets qui ne sont pas permis périodiquement.</i>	50	50
47.	Residents cannot rest in bed during the day, apart from naptime. <i>Les résidents ne sont pas autorisés à s'étendre sur leur lit durant le jour, en dehors des heures de sieste.</i>	5	95
48.	Residents do not wash their own clothes. <i>Les résidents ne font pas leur propre lavage.</i>	79	21
49.	Residents are not fully responsible for their own possessions. <i>Les résidents n'ont pas à assumer la pleine responsabilité de leurs effets personnels.</i>	15	85
50.	Residents cannot lock the door while they are in the toilet. <i>Les résidents ne peuvent pas verrouiller la porte lorsqu'ils sont à la toilette.</i>	15	85
51.	Residents cannot lock the door while they are in the shower or bath. <i>Les résidents ne peuvent pas verrouiller la porte lorsqu'ils sont dans le bain ou la douche.</i>	19	81
52.	Resident's bath or shower is supervised. <i>Les bains ou douches des résidents sont supervisés.</i>	73	27
53.	Residents cannot choose themselves when to take a bath or shower. <i>Les résidents ne peuvent pas choisir d'eux-mêmes quand prendre un bain ou une douche.</i>	22	78

ANNEXE C

		Yes/True Oui/Vrai (%)	No/False Non/Faux (%)
54.	Residents are not allowed to smoke in their rooms. <i>Les résidents ne sont pas autorisés à fumer dans leur chambre.</i>	98	2
55.	The resident's personal belongings are catalogued. <i>Les effets personnels des résidents sont enregistrés.</i>	4	96
56.	Residents can find a corner, or a space where they know they can be alone and peaceful (including their room). <i>Les résidents peuvent trouver un coin, un espace où ils savent qu'ils peuvent être seuls et tranquilles (incluant leur chambre).</i>	97	3
57.	Residents cannot choose a single room. <i>Les résidents ne peuvent pas choisir une chambre seule.</i>	15	85
58.	Residents are not seen in the foster home by a social worker. <i>Les résidents ne sont pas vus à la résidence par un travailleur social.</i>	3	97
59.	Residents are not seen in the foster home by a psychologist. <i>Les résidents ne sont pas vus à la résidence par un psychologue.</i>	96	4
60.	Residents are not seen in the foster home by a nurse. <i>Les résidents ne sont pas vus à la résidence par une infirmière.</i>	27	73
61.	Residents are not seen in the foster home by a family doctor <i>Les résidents ne sont pas vus à la résidence par un médecin de famille.</i>	88	12
62.	The foster home does not have a store especially for the residents. <i>La résidence n'a pas de magasin spécialement pour les résidents.</i>	92	8
63.	There is no library for the residents in the foster home (books/reading area). <i>Il n'y a pas de bibliothèque spécialement pour les résidents à la résidence (livres/endroit pour lire).</i>	24	76
64.	Caregiver/staff does not wear a uniform. <i>La responsable/personnel ne porte pas un uniforme.</i>	100	0

Environnement (O'Driscoll, 1985).

65. Are there shopping facilities available within:
Y a-t-il des magasins accessibles?

(a) Walking distance without a main street to cross? <i>A distance de marche, sans avoir à traverser une rue principale ?</i>	
(b) Walking distance with one or more main streets to cross? <i>A distance de marche avec une ou deux rues principales à traverser :</i> (i) With crossing or lights <i>Avec une intersection ou des lumières?</i> (ii) Without crossing or lights <i>Sans intersection ou lumières?</i>	98% 2%
(c) One bus/métro journey without transferring? <i>Par l'autobus ou le métro sans avoir à faire le transfert?</i>	
(d) Two or more buses or transferring on the métro? <i>En prenant deux autobus ou plus ou en changeant de métro?</i>	

66. Is there a bar within:
Y a-t-il un bar?

(a) Walking distance without a main street to cross? <i>A distance de marche, sans avoir à traverser une rue principale?</i>	
(b) Walking distance with one or more main streets to cross? <i>A distance de marche avec une ou deux rues principales à traverser :</i> (i) With crossing or lights <i>Avec une intersection ou des lumières?</i> (ii) Without crossing or lights <i>Sans intersection ou lumières?</i>	77% 2%
(c) One bus/métro journey without transferring? <i>Par l'autobus ou le métro sans avoir à faire le transfert?</i>	21%
(d) Two or more buses or transferring on the métro? <i>En prenant deux autobus ou plus ou en changeant de métro?</i>	

67. Is there a café/local restaurant within:
Y a-t-il un restaurant du coin/quartier?

(a) Walking distance without a main street to cross? <i>A distance de marche, sans avoir à traverser une rue principale?</i>	
(b) Walking distance with one or more main streets to cross? <i>A distance de marche avec une ou deux rues principales à traverser :</i> (i) With crossing or lights <i>Avec une intersection ou des lumières?</i> (ii) Without crossing or lights <i>Sans intersection ou lumières?</i>	96% 2%
(c) One bus/métro journey without transferring? <i>Par l'autobus ou le métro sans avoir à faire le transfert?</i>	2%
(d) Two or more buses or transferring on the métro? <i>En prenant deux autobus ou plus ou en changeant de métro?</i>	

68. Is there a day center/social club within:
Y a-t-il un Centre de jour ou un Club social?

(a) Walking distance without a main street to cross? <i>A distance de marche, sans avoir à traverser une rue principale?</i>	
(b) Walking distance with one or more main streets to cross? <i>A distance de marche avec une ou deux rues principales à traverser :</i> (i) With crossing or lights <i>Avec une intersection ou des lumières?</i> (ii) Without crossing or lights <i>Sans intersection ou lumières?</i>	42%
(c) One bus/métro journey without transferring? <i>Par l'autobus ou le métro sans avoir à faire le transfert?</i>	53%
(d) Two or more buses or transferring on the métro? <i>En prenant deux autobus ou plus ou en changeant de métro?</i>	5%

69. Is there a park within:

Y a-t-il un parc?

(a) Walking distance without a main street to cross? <i>A distance de marche, sans avoir à traverser une rue principale?</i>	
(b) Walking distance with one or more main streets to cross? <i>A distance de marche avec une ou deux rues principales à traverser :</i> (i) With crossing or lights <i>Avec une intersection ou des lumières?</i> (ii) Without crossing or lights <i>Sans intersection ou lumières?</i>	98%
(c) One bus/métro journey without transferring? <i>Par l'autobus ou le métro sans avoir à faire le transfert?</i>	2%
(d) Two or more buses or transferring on the métro? <i>En prenant deux autobus ou plus ou en changeant de métro?</i>	

70. Is there a cinema within:

Y a-t-il un cinéma?

(a) Walking distance without a main street to cross? <i>A distance de marche, sans avoir à traverser une rue principale?</i>	4%
(b) Walking distance with one or more main streets to cross? <i>A distance de marche avec une ou deux rues principales à traverser :</i> (i) With crossing or lights <i>Avec une intersection ou des lumières?</i> (ii) Without crossing or lights <i>Sans intersection ou lumières?</i>	35%
(c) One bus/métro journey without transferring? <i>Par l'autobus ou le métro sans avoir à faire le transfert?</i>	57%
(d) Two or more buses or transferring on the métro? <i>En prenant deux autobus ou plus ou en changeant de métro?</i>	4%

71. Is the rate of offences against the person within the district of residence compared with the national average per hundred thousand population:

Est-ce que le taux de criminalité contre la personne dans le secteur de la résidence, se compare à la moyenne nationale par cent mille de population.

(a) lower or the same? <i>Plus bas ou le même?</i>	95%
(b) higher? <i>Plus haut?</i>	5%

72. Is the rate of offences against property within the district of residence compared with the national average per hundred thousand population:

Est-ce que le taux de criminalité contre la propriété dans le secteur de la résidence, se compare à la moyenne nationale par cent mille de population?

(a) lower or the same? <i>Plus bas ou le même?</i>	97%
(b) higher? <i>Plus haut?</i>	3%