

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MARJORIE DÉSORMEAUX-MOREAU

ÉLABORATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ À DOMICILE  
DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE QUI  
AFFECTE LA SANTÉ MENTALE

MAI 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

## **Cette thèse a été dirigée par :**

---

Ginette Aubin, directrice de recherche, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Nadine Larivière, codirectrice de recherche, Ph.D.

Université de Sherbrooke

## **Jury d'évaluation de la thèse :**

---

Ginette Aubin, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Jacques Quintin, Ph.D.

Université de Sherbrooke

---

Laurence Roy, Ph.D.

McGill University

Thèse soutenue le 27/06/2017

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

## Sommaire

L'accès à un domicile joue un rôle important dans le processus de rétablissement des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. Or, plusieurs d'entre elles sont contraintes de se loger dans des milieux de piètre qualité, lesquels sont associés à des risques accrus pour leur santé et leur sécurité. Bien qu'ils ne leur soient pas exclusifs, ces risques peuvent être exacerbés par les limitations cognitives et fonctionnelles qui accompagnent souvent les troubles touchant la santé mentale. Les acteurs qui interviennent auprès de cette clientèle peuvent dès lors, en certaines occasions, observer des situations susceptibles de soulever des questionnements relatifs à la sécurité à domicile. Très peu de connaissances sont toutefois disponibles en ce qui concerne les facteurs influant sur la sécurité à domicile de ces personnes. Qui plus est, aucun outil diffusé n'est disponible pour soutenir la réflexion des acteurs qui font face à une situation où la sécurité à domicile d'une personne qui présente une telle condition est possiblement compromise. Ce travail de recherche avait pour but d'élaborer un outil visant à soutenir l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale. La méthode sur laquelle reposent les présents travaux s'est inscrite dans un cadre intégré où les résultats, à mesure qu'ils étaient obtenus, alimentaient les étapes suivantes. La recherche avait trois objectifs, soit : (1) documenter les facteurs influant sur la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale; (2) modéliser le phénomène; et (3) élaborer un outil qui puisse en soutenir l'évaluation. Le premier volet s'est déroulé en trois étapes, soit : (1) l'identification de facteurs contributifs dans les écrits et leur validation de contenu par des experts ( $n = 11$ ); (2) la

consultation de divers acteurs ( $n = 30$ ) susceptibles d'être interpellés par la question de la sécurité à domicile; et (3) une recherche documentaire visant à explorer la dimension éthique du phénomène. Les résultats issus du premier volet montrent que la sécurité à domicile dépend autant de facteurs de risque que de facteurs de protection. Ils démontrent également que la sécurité à domicile comporte une dimension subjective, laquelle est notamment fonction des valeurs de l'observateur. Dans le second volet de la recherche, les données issues des entretiens menés précédemment ont été traitées suivant l'analyse qualitative par théorisation proposée par Paillé (1994). Les résultats combinés des premier et second volets permettent d'associer ces facteurs soit aux caractéristiques de la personne, à l'environnement ou à l'activité/l'occupation, soit à leur interaction. La modélisation du phénomène met d'ailleurs en évidence sa nature à la fois multidimensionnelle et multifactorielle. Enfin, le troisième volet a impliqué l'élaboration d'une ébauche de l'outil ainsi que l'évaluation de son acceptabilité clinique par des utilisateurs potentiels ( $n = 20$ ). Il a ce faisant été possible de proposer l'outil SÉCuRE, lequel comprend un canevas de cotation, de même qu'un guide d'accompagnement. SÉCuRE a été conçu de sorte que son utilisation puisse contribuer à systématiser l'appréciation des facteurs contributifs tout en offrant un cadre pour considérer autant les attentes et les besoins des acteurs concernés que les considérations éthiques potentielles. En terminant, les résultats soutiennent la clarté, l'exhaustivité, la pertinence ainsi que l'utilité clinique de l'outil proposé.

## Table des matières

Sommaire .....	iv
Listes des tableaux .....	xiv
Liste des figures .....	xvi
Remerciements.....	xvii
Introduction.....	1
Organisation de la thèse .....	3
Contexte théorique .....	6
Troubles affectant la santé mentale.....	7
Portrait des conditions d’hébergement et d’habitation des personnes vivant avec une problématique affectant la santé mentale .....	8
Survol historique de l’hébergement des personnes avec un trouble qui affecte la santé mentale.....	8
Modèles résidentiels actuels .....	10
Politiques et orientations soutenant l’accès à un milieu de vie dans la communaut.....	12
Conditions d’hébergement et d’habitation actuelles des Canadiens et Canadiennes vivant avec une problématique affectant la santé mentale.....	13
Conditions d’hébergement et d’habitation actuelles en Mauricie .....	13
Le domicile .....	14
Le domicile, un lieu central aux activités quotidiennes.....	16
Le domicile, un facteur influant sur la santé.....	17
L’influence du domicile sur la santé mentale .....	18

Bénéfices du domicile pour les personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale.....	18
Enjeux relatifs à l'accès au domicile pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. ....	20
La sécurité.....	22
Conception de la sécurité dans le domaine de la santé .....	22
Conception de la sécurité à domicile .....	23
Facteurs influant sur la sécurité des personnes vivant avec une problématique qui affecte la santé mentale en contexte domiciliaire. ....	24
Exposition à la violence et à la criminalité .....	25
Qualité des logements accessibles .....	25
Facteurs de risque inhérent à la négligence de soi.....	26
Atteinte à l'intégrité physique .....	27
Manifestations inhérentes aux troubles affectant la santé mentale.....	28
Évaluation des situations où la sécurité à domicile d'une personne vivant avec une problématique de santé mentale est présumée compromise .....	28
L'approche fondée sur le jugement professionnel et l'influence des valeurs sur la perception de la sécurité à domicile .....	29
L'approche actuarielle et ces limites .....	30
Le jugement professionnel structuré.....	30
Outils d'évaluation de la sécurité à domicile disponibles.....	31
Pertinence de l'étude.....	35
Cadre conceptuel.....	35
Méthode.....	37
Buts et objectifs visés.....	38



Paradigme de recherche et position sociale .....	39
Devis de recherche et démarche méthodologique.....	40
Survol de la méthode employée .....	40
1. Phase de planification .....	41
2. Phase d'élaboration.....	43
3. Phase d'évaluation .....	44
Certification éthique.....	45
Chapitre 1. Sécurité à domicile et troubles mentaux graves : élaboration d'un outil d'évaluation.....	46
Abrégé.....	48
Introduction et recension des écrits.....	49
Sécurité à domicile.....	50
Sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave.....	52
Évaluer la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave.....	54
But de l'étude.....	57
Méthodologie .....	58
Opérationnaliser le concept à mesurer (étape 1).....	59
Préciser l'utilisation prévue de l'outil (étape 2).....	59
Constituer une banque d'énoncés (étape 3) .....	60
Évaluer la validité de contenu (étape 4).....	61
Première phase de validation. ....	61
Seconde phase de validation. ....	62

Analyse des données .....	63
Considérations éthiques .....	64
Résultats .....	64
Constitution d'une banque d'énoncés .....	64
Évaluation de la Validité de Contenu .....	65
Description des participants.....	65
Première phase de validation et révision subséquente de l'outil. ....	66
Seconde phase de validation et révision subséquente de l'outil. ....	69
L'ESGR après la validation de contenu .....	70
Discussion .....	73
Forces et limites de l'étude .....	76
Recommandation pour la recherche.....	77
Conclusion .....	77
Références .....	79
Chapitre 2. Modelizing home safety as experienced by people with mental illness.....	86
Abstract .....	88
Introduction.....	89
Literature overview .....	90
Method .....	91
Selection of participants.....	91
Data collection .....	93
Data analysis .....	95

Results.....	97
Participants.....	97
Findings.....	100
1) Contributing factors.....	100
2) The multidimensional nature of home safety for people with a mental disorder .....	101
3) Interactive nature of home safety contributing factors.....	109
Ethical issues raised .....	112
Discussion .....	114
Practice implications.....	118
Strengths and limitations.....	119
Future research directions.....	119
References.....	121
Appendix.....	125
Chapitre 3. Home safety issues experienced by people with mental health condition: Theoretical reflection on related ethical issues .....	128
Abstract .....	130
Introduction.....	131
Methodology .....	132
Results.....	134
Selected documents.....	134
Key ethical dilemmas identified .....	135
Autonomy of the person versus the practitioner's duty of beneficence. ..	136

The rights of the person versus public safety and welfare.....	138
Professional duties versus care. ....	139
Discussion.....	141
Limitations of current knowledge and research recommendations .....	143
Recommendations for practice .....	144
Conclusion .....	144
References.....	146
Addenda au Chapitre 3.....	151
Précisions concernant les aspects méthodologiques .....	151
Précisions concernant les dilemmes éthiques identifiés .....	156
Précisions concernant la provenance des exemples cliniques .....	156
Chapitre 4. SÉCURE: A clinical tool for comprehensively assessing home safety of people with mental illness.....	157
Abstract.....	159
Introduction.....	160
Method .....	163
1. Planning phase .....	163
2. Development phase.....	167
3. Evaluation phase .....	169
Sampling .....	169
Data collection and analysis .....	170
Ethical considerations .....	171
Results.....	171

Clarity .....	174
Exhaustiveness.....	175
Relevance and clinical utility.....	176
Additional enquiries.....	177
SÉCuRE.....	177
Discussion.....	180
SÉCuRE, a structured framework to support a reflective process.....	181
The unique contribution of occupational therapists.....	182
SÉCuRE, a tool that aims to align home safety assessment with the recovery concept.....	183
Strengths and limitations of the study.....	184
Future research.....	185
Conclusion .....	185
References.....	187
Discussion .....	191
Synthèse et mise en perspective des principaux résultats.....	192
Facteurs contributifs à la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale.....	192
Proposition d'une modélisation de la sécurité à domicile.....	195
Enjeux relatifs à l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale.....	196
Élaboration de SÉCuRE.....	199
Retombées de l'étude.....	201
Retombées pour l'avancement des connaissances.....	201

Retombées pour la pratique clinique.....	201
Retombées pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale.....	203
Forces des travaux.....	205
Limites des travaux .....	206
Pistes de développement futur .....	207
Conclusion .....	210
Références .....	213
Appendice A. Méthodes de recrutement et critères de sélection des participants de l'étude.....	233
Appendice B. Certification éthique.....	237
Appendice C. Lettres d'information et formulaire de consentement utilisés dans le cadre des entretiens visant à documenter les facteurs contributifs .....	241
Appendice D. Formulaires de données sociodémographiques utilisés dans le cadre des entretiens visant à documenter les facteurs contributifs .....	260
Appendice E. Matériel soumis aux participants qui ont pris part à la validation de l'interprétation de l'information recueillie issue des entretiens menés pour documenter les facteurs contributifs .....	264
Appendice F. Lettres d'information et formulaire de consentement utilisés dans le cadre de l'appréciation de l'acceptabilité clinique de l'outil .....	280

## Listes des tableaux

### Tableau

1	Portrait actuel des ressources résidentielles en santé mentale en Mauricie .....	15
2	Outils d'évaluation pour la sécurité à domicile selon l'aspect, la clientèle cible et l'approche évaluative .....	33
3	Aspects méthodologiques des trois étapes composant la phase de planification.....	42
4	Aspects méthodologiques caractérisant la phase d'évaluation .....	45
5	Outils d'évaluation de la sécurité à domicile selon la composante évaluée et la clientèle cible.....	56
6	Caractéristiques des experts ergothérapeutes ayant procédé à l'évaluation de la validité de contenu de l'ESGR .....	66
7	Descriptifs des cotes d'évaluation de l'ESGR .....	68
8	Recruitment method and selection criteria of respondents .....	92
9	Demographic characteristics of subgroups of participants (N = 30).....	99
10	Contributing factors related to the characteristics of the person .....	103
11	Contributing factors related to the characteristics of the environment .....	104
12	Contributing factors related to the characteristics of the occupations.....	106
13	Contributive factors according to the type of participants by whom they were mentioned * .....	107
14	Damage that could result from a home incident .....	112
15	Databases and keywords used to conduct documentary research .....	133
16	Key ethical dilemmas identified in the selected documents.....	136
17	Caractéristiques des 17 articles abordant des enjeux éthiques inhérents à la question de la sécurité à domicile .....	152

Tableau

18 Participant Characteristics by Round of Consultations.....172

19 Sample Enquiries Formulated by Experts and Modifications Made to the  
Tool’s Prototypes ..... 173



## Liste des figures

### Figure

1	Illustration schématique de la démarche d'élaboration de l'outil.....	41
2	Schéma des étapes de conception d'un outil d'évaluation inspirée de la démarche proposée par Waltz et ses collaborateurs (2010).....	58
3	Exemples d'énoncés tirés du formulaire de cotation de l'ESGR .....	71
4	Extrait du sommaire de résultats de l'ESGR .....	72
5	Schematic model of the contributive factors associated with the interaction between all dimensions of home safety .....	110
6	Schematic model of the dynamic interaction between all dimensions of home safety, which are the person and the home environment's characteristics as well as the activity and occupation.....	111
7	Mapping of the proposed process to support the assessment of home safety .....	164
8	Mapping of the proposed process to support the assessment of home safety .....	168
9	Excerpt from the structured canvas (step 2) .....	179
10	Présentation schématique de l'évolution du format de l'outil SÉCuRE.....	199

## Remerciements

La gratitude est une vertu qui, selon plusieurs études du champ de la psychologie positive, contribue au bien-être ainsi qu'à la bonne santé émotionnelle de ceux qui la cultivent. Cette thèse débute donc par une série de « merci », adressée aux personnes qui ont alimenté ma réflexion pendant ce parcours doctoral ainsi qu'à celles qui m'ont soutenue à travers les épreuves de la vie rencontrées en parallèle.

Je remercie mes directrices de recherche, Ginette Aubin et Nadine Larivière, qui ont su promouvoir mon autonomie et encourager mes initiatives. Je souligne par ailleurs la contribution des membres de mon comité de thèse, Marcos Balbinotti et Paul Morin, qui, par leurs pistes de réflexion, m'ont amenée à élargir mes horizons. Enfin, je remercie les participants qui ont généreusement accepté de partager leur vécu, leurs expériences et leurs réflexions au bénéfice de ce projet. C'est en vous écoutant, en vous réécoutant, en vous lisant et en vous relisant que j'en suis venue à articuler, à nuancer et à préciser ma compréhension de ce qu'est la sécurité à domicile.

Quelqu'un m'a déjà dit que « la plus belle qualité d'une thèse, c'est d'être terminée ». À l'époque, j'avais trouvé l'affirmation simpliste et réductrice, mais elle a pris tout son sens, littéralement, dans les dernières années de mon parcours doctoral. La soutenance et le dépôt de cette thèse sont en effet le fruit de la détermination, de la ténacité, de la persévérance, voire de l'entêtement, dont j'ai fait preuve pour mener ce projet à terme. D'ailleurs, je ne pourrais trop remercier mon amie Anne, pour son écoute et son soutien

inestimable dans les réflexions qui ont ponctué mon processus doctoral, mais surtout, face aux défis de la vie. Je tiens également à exprimer toute ma gratitude à mon époux Ricardo, pour avoir su m'offrir les moyens de réaliser mon projet doctoral. Merci d'être cet homme attentionné, drôle et prévenant! J'apprécie d'autant plus l'aide et le soutien que tu as su m'offrir que je suis tout à fait consciente que le contexte était, pour toi aussi, particulièrement difficile. Et à ma Rosinette, qui est indéniablement la plus merveilleuse et extraordinaire des trouvailles que j'ai pu faire dans ces dernières années. Par la force, le courage et la résilience dont tu fais preuve, je sais d'ores et déjà que tu sauras, toi aussi, attraper et nourrir cette petite flamme par laquelle tu pourras t'épanouir!

Enfin, je souligne l'appui financier des Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), des Instituts de recherche en santé du Canada, de l'Association canadienne d'ergothérapie, de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ainsi que de la Fondation des Universités du Québec. Merci à tous les autres organismes qui m'ont également accordé un soutien financier pendant la durée des présents travaux.

## **Introduction**

Les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale<sup>1</sup> ont pendant longtemps été considérées comme des « citoyens de seconde zone », jugés incapables de prendre soin d'eux-mêmes en raison des manifestations inhérentes à leur condition. À travers les époques, ces personnes ont fait l'objet d'une prise en charge d'abord familiale, paroissiale et communautaire, puis médicale (Cellard & Nadon, 1986). La tendance actuelle consiste toutefois à favoriser l'inclusion dans la collectivité des personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale. Dans un tel contexte, l'offre de services ne peut se limiter à des soins et traitements médicaux, mais doit également comprendre des services connexes visant à faciliter l'accès au domicile (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2013).

Bien qu'un domicile à soi peut contribuer à un mode de vie indépendant (Lee, Wong, & Rothbard, 2009), il peut également soulever des enjeux en ce qui concerne la sécurité à domicile de certaines personnes aux prises avec un trouble affectant la santé mentale. Le travail de recherche présenté dans cette thèse doctorale a comme but d'outiller l'ensemble

---

<sup>1</sup> L'une des personnes invitées à participer à la présente étude avait exprimé un profond malaise en constatant que le vocable « trouble mental » était employé dans la lettre d'information qui lui avait été remise et en avait souligné le caractère stigmatisant. Ainsi, bien que la plupart des écrits emploient les vocables « trouble mental » ou encore « maladie mentale », il sera plutôt question, dans ce document, de « troubles affectant la santé mentale ».

des acteurs qui se questionnent quant à la sécurité à domicile de personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale, ces dernières incluses.

Le présent chapitre vise à introduire les travaux réalisés, ainsi qu'à exposer comment s'y intègrent les quatre articles scientifiques que comprend cette thèse. Il précise d'abord le contexte dans lequel s'inscrit l'étude et dresse un portrait des conditions d'hébergement et d'habitation des personnes qui vivent avec un trouble touchant la santé mentale. Les notions de domicile et de sécurité sont par la suite situées, de façon à asseoir les concepts nécessaires à la compréhension des enjeux relatifs à la sécurité en contexte domiciliaire. Ce chapitre présente ensuite brièvement la nature des travaux réalisés, exposant dans ce dessein les objectifs visés, et se termine en introduisant les articles compris dans cette thèse.

### **Organisation de la thèse**

Cette thèse comprend neuf sections. Divisée en deux, la présente section a d'abord introduit la problématique de recherche étudiée et situe maintenant l'organisation du document. La seconde section expose quant à elle le contexte théorique dans lequel s'inscrit l'étude et dresse un portrait des conditions d'hébergement et d'habitation des personnes qui vivent avec un trouble touchant la santé mentale. Les notions de domicile et de sécurité sont par la suite situées, de façon à asseoir les concepts nécessaires à la compréhension des enjeux relatifs à la sécurité en contexte domiciliaire. La troisième

section présente les aspects méthodologiques inhérents aux travaux réalisés en introduisant les objectifs visés de même qu'en présentant un bref survol de la méthode.

Les sections 4, 5, 6 et 7 sont constituées des chapitres 1 à 4, lesquels exposent les articles qui constituent le corps de cette thèse. Le « Chapitre 1. Sécurité à domicile et troubles mentaux graves : élaboration d'un outil d'évaluation » rapporte l'élaboration et la validation de contenu de l'Évaluation de la sécurité et de la gestion des risques (ESGR). L'ESGR fut élaboré sur la base d'une collecte de données et d'analyses amorcées dans le cadre des travaux de maîtrise de l'étudiante (Désormeaux-Moreau, 2012). Une réflexion approfondie, réalisée dans le cadre du présent projet doctoral, a permis d'en resituer le contexte théorique, en plus de mener à la bonification des analyses initialement réalisées. Le « Chapitre 2. Modelizing home safety as experienced by people with mental illness » fait état des résultats issus de la consultation de divers acteurs touchés par le phénomène de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. Ces résultats comprennent une description empirique du phénomène ainsi qu'une proposition de modélisation. Le « Chapitre 3. Home safety issues experienced by people with mental health condition: Theoretical reflection on related ethical issues » rapporte les conclusions d'une recherche documentaire visant à identifier les enjeux éthiques soulevés par les situations pouvant compromettre la sécurité à domicile de personnes vivant avec un problème affectant la santé mentale. Le « Chapitre 4. SÉCURE: assessing globally home safety of people with mental illness » présente, quant à lui, la démarche d'élaboration de l'outil SÉCuRE (pour *Soutien à l'Évaluation Contextualisée et à une*

*Réflexion Explicitée sur la sécurité à domicile en santé mentale*). Il convient de préciser que ces quatre articles portent sur le même projet de recherche doctoral, ce qui explique qu'ils comportent des redondances qui peuvent alourdir le texte de la thèse.

La huitième section présente d'abord une synthèse ainsi qu'une mise en perspective des principaux résultats de la recherche. Elle expose ensuite les retombées des présents travaux, puis aborde les forces et les limites de la recherche. La thèse se termine par une brève conclusion où les aspects les plus importants sont repris et où la portée globale des travaux est mise en évidence.



## **Contexte théorique**

Visant à exposer le contexte théorique sur lequel repose la thèse, cette section débute en introduisant la clientèle ciblée par les présents travaux, à savoir les personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale. La section se poursuit en dressant un portrait historique et actuel des conditions d'hébergement et d'habitation de ces personnes, puis en abordant les notions de domicile et de sécurité. La section se termine en présentant les enjeux relatifs à l'évaluation de la sécurité en contexte domiciliaire, de même que les outils d'évaluation disponibles.

### **Troubles affectant la santé mentale**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013) propose de concevoir les troubles affectant la santé mentale comme un « ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui », un état dont les manifestations peuvent être limitatives, voire incapacitantes, sur le plan du fonctionnement et de la participation sociale. La gravité de ces troubles peut d'ailleurs être établie en fonction de leurs répercussions fonctionnelles (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 1989, 2005), suivant un continuum se déclinant en 1) personnes vulnérables et susceptibles de développer un trouble mental; 2) personnes aux prises avec un trouble courant ou modéré et dont le fonctionnement habituel est entravé; et 3) personnes aux prises avec un trouble grave, lesquelles rencontrent des incapacités significatives sur le plan des capacités fonctionnelles et des compétences sociales.

Au Québec, c'est environ 20 % de la population qui, dans leur vie, ont été affectés par au moins un trouble de santé mentale (Institut de la statistique du Québec, 2012). De ces personnes, 18 % ont été touchés par un trouble dit « léger ou modéré » (lesquels sont souvent des troubles dépressifs ou des troubles anxieux) et entre 1 et 3 % ont été touchés par un trouble dit « grave » (généralement des troubles bipolaires et apparentés ou des troubles relevant du spectre de la schizophrénie) (Rouillon, 2008).

### **Portrait des conditions d'hébergement et d'habitation des personnes vivant avec une problématique affectant la santé mentale**

Au Québec, comme ailleurs en Occident, les conditions et les milieux de vie privilégiés pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale ont beaucoup évolué au fil du temps. La section qui suit dresse d'abord un survol historique des conditions d'hébergement des personnes qui vivaient au Québec avec un trouble affectant la santé mentale. Elle s'attarde ensuite aux modèles résidentiels actuels.

### **Survol historique de l'hébergement des personnes avec un trouble qui affecte la santé mentale**

De la colonisation à la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, les personnes aux prises avec un trouble affectant la santé mentale qui vivaient sur le territoire qui est aujourd'hui la Province de Québec étaient essentiellement prises en charge par la communauté. En effet, près de 80 % de la population vivait alors en milieu rural, là où le réseau d'entraide collective « arrivait encore à absorber les indigents [telles que les personnes aux prises avec un trouble affectant la santé mentale] » (Cellard & Nadon, 1986, p. 350). Gardés par

leur famille ou la communauté religieuse, les « fous » dits « dociles » contribuaient alors aux tâches et à la subsistance (Cellard, 1991), tandis que ceux qui étaient considérés « fous indigents ou furieux » étaient dirigés soit vers les prisons communes, soit vers certains hôpitaux où, à partir de la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, un nombre restreint de places (ou loges) leur est réservé (Cellard & Nadon, 1986; Wallot, 1998).

De façon analogue à ce qui s'était observé en Europe et dans le reste de l'Amérique du Nord, c'est sur un fond de crise économique et démographique grave que les premiers asiles, le Montreal Lunatic Asylum (1839-1845), puis l'Asile de Beauport (1845-1893), furent créés (Cellard, 1991; Keating, 1993). La thérapie d'usage correspondait au départ à ce qui se pratique en Europe et en Amérique du Nord (inspirée des principes édictés par Pinel et impliquant travail et activités en plein air), mais la surpopulation fait en sorte que les conditions de vie et la qualité des soins se dégradent (Cellard & Nadon, 1986). Bien que le modèle asilaire évolue par la suite suivant la médicalisation de la « folie » ainsi que la demande d'une intervention étatique accrue dans le domaine de l'assistance (Wallot, 1998), l'institution demeure le modèle d'hébergement privilégié pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale.

Au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, l'avènement des premiers traitements pharmacologiques qui permettent une certaine gestion des symptômes associés aux troubles qui affectent gravement la santé mentale contribue à rendre possible une nouvelle forme de prise en charge (Beaudry, 1996; Krieg, 2001; Sedgwick, Cockburn, & Trentham, 2007). Au

Québec, ce sera toutefois la prise de conscience collective des conditions réservées aux patients en institution (Dorvil & Guttman, 1996; Wallot, 1998) et la tenue de la commission Bédard sur les hôpitaux psychiatriques qui donneront le coup d'envoi à la désinstitutionnalisation (Dorvil & Guttman, 1996). Les changements amorcés avec la désinstitutionnalisation s'opérationnalisent autant par la déshospitalisation que la non-institutionnalisation (Dorvil & Guttman, 1996; Nour et al., 2010), des processus qui, dans les mêmes années, ont également cours ailleurs au Canada (Sealy, 2012; Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement social, 2016). Au pays, la déshospitalisation aura jusqu'à ce jour mené à la fermeture de plus de 80 % des lits réservés à une clientèle psychiatrique (Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement social, 2016). La non-institutionnalisation aura pour sa part permis d'éviter ou d'écourter la durée de nouvelles hospitalisations (Dorvil & Guttman, 1996).

**Modèles résidentiels actuels.** Mis en place à la suite des premières phases de désinstitutionnalisation, le modèle dit « de traitement résidentiel » inclut les ressources intermédiaires (pavillons et résidences de groupe), les ressources de type familiales (familles d'accueil) et les appartements supervisés (Dorvil, Morin, Beaulieu, & Robert, 2005; Morin, Robert, & Dorvil, 2001). Ce modèle se caractérise par un continuum linéaire de services (Dorvil et al., 2005; Piat et al., 2008) où la personne évolue d'une forme d'hébergement très encadrée à une autre qui l'est moins à mesure que son état clinique se

stabilise (Tsemberis & Eisenberg, 2000) et qu'elle gagne en autonomie (Dorvil et al., 2005). Sa visée « évolutive » lui confère un caractère thérapeutique (Dorvil et al., 2005) qui, selon certains, l'amène à confondre l'hébergement et le traitement (Carling, 1993; Hogan & Carling, 1992). Développé pour répondre à ces critiques, le modèle alternatif (Morin et al., 2001; Piat et al., 2008) comprend les approches dites « Logement avec soutien / Supported housing » et « Priorité au logement / Housing First », lesquelles promeuvent un mode de vie indépendant ainsi qu'une offre communautaire de services de santé mentale (Lee et al., 2009; Morin et al., 2001; Piat et al., 2008). Ce modèle se rapporte en ce sens à des milieux de vie autonomes ainsi qu'à des services de soutien professionnels réguliers (Dorvil et al., 2005; Morin et al., 2001) offerts dans la communauté et selon les besoins des personnes (Lee et al., 2009), indépendamment du lieu d'habitation (Piat et al., 2008). Les conclusions d'un nombre croissant d'études tendent à démontrer qu'avec le soutien approprié, une grande majorité de personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale sont effectivement en mesure de vivre et de fonctionner dans un milieu de vie autonome (Pearson, Montgomery, & Locke, 2009; Tsemberis & Eisenberg, 2000).

Les initiatives et les mesures qui ont été mises en place dans les dernières années s'avèrent cohérentes avec les préférences résidentielles exprimées par les principaux intéressés. Une méta-analyse réalisée en 1993 faisait déjà ressortir qu'entre 60 et 70 % des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale préféreraient vivre dans un domicile qui leur serait propre (Tanzman, 1993). Les conclusions d'un nombre croissant d'études confirment cette préférence (Bengtsson-Tops, Ericsson, & Ehliasson, 2014;

Browne & Courtney, 2005a; Forchuk, Nelson, & Hall, 2006; Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015; Henwood, Derejko, Couture, & Padgett, 2015; Piat et al., 2008).

***Politiques et orientations soutenant l'accès à un milieu de vie dans la communauté.***

Au cours des dernières années, diverses politiques ont été adoptées pour promouvoir et mettre en place des services en santé mentale orientés vers une structure communautaire (Commission de la santé mentale du Canada, 2012; MSSS, 2005, 2015; Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement social, 2016). S'appuyant sur l'approche du rétablissement, celles-ci visent à favoriser la vie dans la collectivité des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale (Bengtsson-Tops et al., 2014; Commission de la santé mentale du Canada, 2012, 2015; Kirby & Keon, 2006; Marcheschi, Brunt, Hansson, & Johansson, 2013; MSSS, 2015; OMS, 2013).

Au Québec, les objectifs ciblés dans le « *Plan d'action en santé mentale de 2015-2020* » (MSSS, 2015) réaffirment la volonté du gouvernement de favoriser « une formule du logement autonome accompagné d'un soutien approprié dans la communauté (soutien de base non intensif (SBNI), soutien d'intensité variable (SIV), suivi intensif dans le milieu (SIM)) » (p. 22). Le SIV et le SIM s'adressent spécifiquement aux personnes aux prises avec un trouble qui affecte gravement leur santé mentale, lesquelles, par l'instabilité de leur état mental, sont plus susceptibles de recourir régulièrement aux services d'urgence ou de vivre des hospitalisations prolongées (MSSS, 2002, 2015). Visant à

favoriser l'acquisition de capacités nécessaires au fonctionnement autonome dans la collectivité (MSSS, 2002, 2015), ces deux programmes peuvent contribuer de façon déterminante à l'intégration sociale ainsi qu'à l'accès et au maintien d'un domicile.

***Conditions d'hébergement et d'habitation actuelles des Canadiens et Canadiennes vivant avec une problématique affectant la santé mentale.*** En ce qui concerne l'accès au logement, il convient de préciser que les personnes qui présentent un trouble affectant la santé mentale doivent souvent se contenter de logements de piètre qualité (Forchuck et al., 2006). Au Canada, c'est près de 520 700 d'entre elles qui seraient mal logées (Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement social, 2016), c'est-à-dire qui se retrouvent dans un milieu de vie qui n'est pas conforme aux normes en vigueur ou qui se voient privées des services connexes dont elles ont besoin pour bien fonctionner. De ces personnes, 23 % sont en situation d'itinérance (Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale, & Conseil canadien de développement social, 2016).

***Conditions d'hébergement et d'habitation actuelles en Mauricie.*** En Mauricie<sup>1</sup>, plus de 88 % des places d'hébergement en santé mentale se trouvent dans la communauté, toutes en milieu supervisé (A. Sauvé, communication personnelle, 22 juin 2017). De façon cohérente avec les orientations du Plan d'action ministérielle en santé mentale

---

<sup>1</sup> La Mauricie est l'une des 17 régions administratives de la province du Québec, au Canada.



(MSSS, 2015), une réorganisation de l'offre est toutefois présentement en cours. Cette réorganisation vise à permettre la fermeture de 150 places en ressources de type familiales (RTF) et l'augmentation du nombre de places en logement autonome avec supervision ou en ressources intermédiaires à visée de réadaptation ou de rétablissement (A. Sauvé, communication personnelle, 22 juin 2017). Le Tableau 1 dresse le portrait des ressources résidentielles actuelles en santé mentale pour la région.

### **Le domicile**

Le domicile est un concept qui, dans son sens premier, confère une existence légale reconnue à celui qui y réside et lui permet ainsi d'exercer certains de ses droits civils (p. ex., droits politiques et électoraux) (Publications Québec, 2016; Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2015). Au sens usuel, le terme « domicile » est employé pour référer au lieu de résidence ou d'habitation d'un individu (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2015). Selon le contexte, le domicile se rapportera tantôt à un « logement », c'est-à-dire au lieu physique qui sert d'habitat humain, tantôt à un réel « chez-soi » (Flamand, 2004).

Tableau 1

*Portrait actuel des ressources résidentielles en santé mentale en Mauricie*

Milieu d'habitation	Nombre de places
Services résidentiels publics (A. Sauvé, communication personnelle, 22 juin 2017)	
Hébergement institutionnel	40 lits d'hospitalisation longue durée 24 places en réadaptation intensive
Ressource intermédiaire (RI)	122 places
Ressource de type familiale (RTF):	268 places
Logements supervisés	96 places <i>8 places d'hospitalisation dans la communauté *</i>
Organismes communautaires d'hébergement (ROBSM régions 04-17, 2015)	
Hébergement d'urgence/ temporaire	83 places
Hébergement transitoire	35 places
Logements supervisés	19 places
<i>Note.</i> * Ces places représentent seulement celles où les personnes bénéficient de services résidentiels publics.	

Le chez-soi (*home* dans les écrits anglophones) comporte une dimension subjective et relève d'une expérience humaine (Mallett, 2004). Porteur d'un bagage à la fois historique et temporel (Sixsmith, 1986), le chez-soi arbore un symbolisme qui est notamment associé à l'enfance ainsi qu'au contexte familial. Il représente également un ancrage pour la personne qui y réside (Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement

social, 2016). Le chez-soi et les objets qui le composent représentent une continuité de soi (Devlin, 1994; Noble, 2004) et sont donc intimement liés à l'identité personnelle (Jacobs, 2011; Mallett, 2004; Molony, 2010; Sixsmith, 1986). Ainsi, bien qu'il soit possible de se loger dans un lieu sans nécessairement l'investir, comme cela peut être le cas pour des milieux de vie qui sont parfois temporaires ou transitifs (p. ex., motels, résidences étudiantes, maisons de chambre), il est généralement admis que le choix et l'aménagement du chez-soi reflètent l'individualité et l'unicité de celui qui y réside (Devlin, 1994; Molony, 2010). Le sens accordé au chez-soi est par ailleurs fortement influencé par le caractère émotionnel des interactions sociales qui y prennent place. Qu'elles soient entretenues avec un proche, un colocataire, un voisin ou toute autre personne, ces interactions pourront être associées à des sentiments positifs, tels que le confort, la sécurité et l'intimité (Lindström, Lindberg, & Sjöström, 2011; Mallett, 2004; Molony, 2010), ou encore négatifs, tels que la marginalisation, l'oppression et la persécution (Mallett, 2004).

### **Le domicile, un lieu central aux activités quotidiennes**

Qu'il revête ou non un caractère affectif, le domicile représente un lieu central à la réalisation de multiples activités quotidiennes (Dunn, Hayes, Hulchanski, Hwang, & Potvin, 2006; Mallett, 2004; Molony, 2010). Le domicile s'avère en ce sens intimement lié au mode de vie de la ou des personnes qui y résident et est par conséquent associé non seulement aux activités qui s'y déroulent, mais également à leurs habitudes et leurs routines (Jensen, 2009; Veal, 1993). Le domicile contribue ainsi à structurer la vie quotidienne (Lindström et al., 2011) et soutient par le fait même une multitude

d'opportunités (Molony, 2010; Sixsmith, 1986), lesquelles peuvent contribuer à l'émergence d'un sentiment personnel de contrôle et de maîtrise (Molony, 2010). Favorisant de ce fait l'autonomisation, l'*empowerment*, le domicile confère liberté et pouvoir, notamment par rapport à la gestion de l'espace, du temps et des occupations (Molony, 2010).

### **Le domicile, un facteur influant sur la santé**

Un domicile abordable et de qualité est considéré comme un déterminant de la santé par plusieurs auteurs (Dahlgren & Whitehead, 1991; Dunn, 2000, 2002; Krieger & Higgins, 2002; MSSS, 2012; OMS, 1986, 2009; Raphael & Bryant, 2006). Certains attributs du domicile (p. ex., espace restreint, surpeuplement, taux d'humidité, ventilation inadéquate, présence d'agents physiques, chimiques et biologiques toxiques) se répercutent en effet directement sur la santé et l'intégrité physique (Bryant, 2003; Dunn, 2002; Jacobs, 2011). Le montant alloué au logement se répercutera quant à lui indirectement sur la santé, en ce sens que le fait de consacrer une part importante de son revenu pour se loger réduit les ressources disponibles pour subvenir à d'autres besoins de base, notamment en ce qui concerne les soins de santé et la saine alimentation (Bryant, 2009; Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement social, 2016). Les problèmes d'accès économique au domicile sont également associés à une moins bonne santé mentale, notamment puisque le fait de vivre dans un milieu de piètre qualité est une source de stress

en soi (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009; Evans, Wells, Chan, & Saltzman, 2000).

**L'influence du domicile sur la santé mentale.** Quelques études ont mis en évidence que le domicile peut contribuer à ce que celui qui y réside accède à un état de relative sérénité ainsi qu'à l'atteinte d'un équilibre mental. Des résultats empiriques soutiennent sur ce point le rôle fondamental que joue le domicile sur le plan de la sécurité ontologique. La sécurité ontologique se caractérise par la confiance qu'a un individu en la continuité de son environnement social et matériel (Giddens, 1990) et est donc intimement liée aux activités qui prennent place dans un contexte spatial et temporel routinier (Dupuis & Thorns, 1998) tel que le domicile. Le domicile contribue ainsi au développement de l'identité et de l'actualisation de soi; au sentiment de contrôle et de liberté; à l'exercice des routines quotidiennes; ainsi qu'à l'intimité, tant chez les aînés (Dupuis & Thorns, 1998) et les personnes résidant dans des logements sociaux (Mee, 2007) que chez les personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale (Padgett, 2007). Il est d'ailleurs de nos jours admis que chez ces dernières, l'accès à un domicile contribue au processus de rétablissement (Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015; Nelson et al., 2013; Tsai, Bond, & Davis, 2010).

***Bénéfices du domicile pour les personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale.*** Un nombre croissant d'études tend à documenter les retombées positives de l'accès à un domicile pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé

mentale. Leur stabilité résidentielle et la réduction de l'itinérance, de même que leur satisfaction à l'égard de leurs conditions et de leur qualité de vie, comptent ainsi parmi ces bénéfices (Bengtsson-Tops et al., 2014; Henwood et al., 2015; Henwood, Matejkowski, Stefancic, & Lukens, 2014; Kloos & Shah, 2009; Nelson et al., 2013; Whitley, Harris, & Drake, 2008; Wright & Kloos, 2007).

La mise en place de mesures stratégiques pour favoriser l'accès à un domicile pour les personnes aux prises avec un trouble qui affecte la santé mentale peut, quant à elle, contribuer à réduire les coûts relatifs à l'utilisation de services publics. Une étude commandée par la Société d'habitation du Québec (SHQ) a en effet fait ressortir que les programmes offerts à ces personnes permettent une économie nette de neuf millions de dollars (AECOM, 2013). L'un de ces programmes, AccèsLogis Québec (Société d'habitation du Québec, 2012), permet de soutenir les initiatives visant la mise en place de logements communautaires abordables pour des personnes ayant des besoins particuliers en matière d'habitation, incluant les personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale. Le Programme supplément au loyer (PSL) (Services Québec, n.d.) offre, quant à lui, un soutien financier qui permet à la personne éligible de choisir un logement anonyme tout en ne payant que 25 % du coût du loyer. Parallèlement, l'accès au domicile peut contribuer à la réalisation d'activités productives, compte tenu du fait que ce n'est en effet qu'une fois les besoins de base comblés, notamment en matière de sécurité et de logement, qu'il est possible de s'y consacrer (Henwood et al., 2015). Bien que secondaire, une telle retombée est notable puisque l'absence et le sous-rendement au travail induits par les

problèmes et troubles qui affectent la santé mentale engendrent des coûts indirects importants (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Ces coûts indirects comprennent les pertes de revenus associés à l'absentéisme ou encore au sous-rendement au travail dû à la maladie (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

***Enjeux relatifs à l'accès au domicile pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale.*** Pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale, l'accès à un domicile ne s'accompagne pas que de bénéfices. Les conclusions d'une étude corrélationnelle prédictive font en effet ressortir que si la qualité de l'environnement résidentiel peut contribuer au rétablissement, elle peut également contribuer à la détresse (Wright & Kloos, 2007). Une inadéquation entre les besoins ou les capacités de la personne et les caractéristiques de son milieu de vie pourra entraîner des répercussions sur son état de santé (Torres, 2010); s'accompagner d'un risque d'isolement accru, de rechutes, de difficultés sur le plan de la gestion de la médication (Dorvil et al., 2005; Morin et al., 2001); ou encore, être associé à la discrimination et à la stigmatisation (Dorvil et al., 2005). Ainsi, la contribution positive du domicile sur le fonctionnement et le rétablissement ne s'actualisent que dans les cas où l'environnement domiciliaire est adéquat et perçu sécuritaire (Browne & Courtney, 2005b; Piat, Boyer, Cloutier, Fleury, & Lesage, 2012; Wright & Kloos, 2007). Or, tandis que les personnes qui vivent avec un problème affectant la santé mentale associent elles-mêmes leur rétablissement à la qualité de leur milieu de vie, elles rapportent n'avoir qu'un choix limité de logements (Browne & Courtney, 2005a; Forchuk et al., 2006; Kidd et al., 2016; Unité

de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement social, 2016). Compte tenu de moyens financiers réduits, elles se voient en effet souvent contraintes de se loger dans des domiciles de piètre qualité, situés dans des secteurs défavorisés (Bengtsson-Tops et al., 2014; Byrne et al., 2013; Clément, Levesque, & Rouleau, 2015; Elliott, Taylor, & Kearns, 1990; Forchuk et al., 2006; Vila-Rodriguez et al., 2013; Wong & Stanhope, 2009), lesquels sont associés à une exposition accrue à des risques pour la santé et la sécurité (Adair et al., 2014; Adamkiewicz et al., 2011; Camilloni et al., 2013). Parallèlement, moins de 5 % des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale bénéficieraient d'un soutien ou d'un suivi dans la collectivité (Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale & Conseil canadien de développement social, 2016), ce qui est particulièrement préoccupant considérant que ces derniers (soutien et suivi) jouent un rôle déterminant dans la capacité de ces personnes à vivre et à fonctionner à domicile (MSSS, 2002, 2015).

Au final, le logement autonome est associé à un mode de vie indépendant (Lee et al., 2009) qui repose moins sur le système de santé. Alors qu'il permet à la personne d'exercer un plus grand contrôle sur son quotidien, il peut également l'amener à prendre des risques qui pourront, dans certains cas, soulever des enjeux sur le plan de la sécurité (Titterton, 2005).



## **La sécurité**

Dans le langage usuel comme dans le domaine de la santé, la sécurité est souvent définie par l'absence de danger et est la plupart du temps associée à la notion de risque (Titterton, 2005). N'étant toujours qu'éventuel (Paulin, 2006), le risque renvoie à la probabilité que survienne un événement indésirable qui menace l'intégrité physique ou morale d'une personne (Macciocchi & Stringer, 2001).

### **Conception de la sécurité dans le domaine de la santé**

Dans le domaine de la santé, il est généralement question de « sécurité des patients », une notion qui réfère justement à la réduction des risques de dommages inutiles (World Health Organization [WHO], 2009), ou encore à l'atténuation des actes dangereux (Davies, Hebert, & Hoffman, 2003). Dans ce domaine, le risque est typiquement centré sur des aspects négatifs (Titterton, 2005) et se rapporte généralement aux facteurs qui peuvent contribuer à la survenue d'un incident (WHO, 2009). Une telle conception se traduit généralement par une approche centrée sur la réduction du risque (Ryan, 1998; Titterton, 2005). Or, si toute action s'accompagne d'une certaine forme de risque, c'est également le cas de l'inaction. La préparation de repas illustre bien cette idée. Cette occupation, par sa nature même, est propice aux incidents puisqu'elle requiert l'utilisation d'instruments et d'appareils (p. ex., couteau, surface de cuisson) qui présente un danger potentiel. Il n'en demeure toutefois pas moins que la plupart des personnes qui cuisinent ne se blessent pas systématiquement, bien qu'il s'agisse effectivement d'une possibilité. Qui plus est, si les personnes qui s'abstiennent de cuisiner évitent de s'exposer à un tel

risque, elles n'en retirent pas non plus les bénéfices, lesquels incluent l'alimentation ainsi que l'expérience de plaisir ou d'apprentissage qui y est parfois associée.

Le peu de connaissances scientifiques disponibles en ce qui concerne la sécurité des patients qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale abordent des enjeux qui relèvent essentiellement des milieux institutionnels ou encore qui concernent les professionnels et le personnel soignant (Brickell et al., 2009).

### **Conception de la sécurité à domicile**

Appliquée au contexte domiciliaire, la sécurité est généralement décrite en fonction de facteurs tributaires de la personne, de son environnement, ainsi que de ses activités et ses occupations (Allen, 1992; Chiu & Oliver, 2006; Florio, Alles, & Stafford, 1979; Maurice et al., 1998; McNulty & Fisher, 2001). Les facteurs qui se rapportent à la personne incluent ses attitudes, ses habitudes, ses connaissances ou encore ses comportements (Chiu & Oliver, 2006; Florio et al., 1979; Maurice et al., 1998; WHO, 2009). Les facteurs qui se rapportent à l'environnement relèvent d'attributs qui peuvent être de nature physique, culturelle, technologique, politique, sociale, économique ou organisationnelle (Chiu & Oliver, 2006; Florio et al., 1979; Maurice et al., 1998; WHO, 2009). Enfin, la réalisation de certaines activités et occupations peut influencer sur la sécurité à domicile (Allen, 1992; Chiu & Oliver, 2006; Florio et al., 1979).

Parfois associée à l'indépendance fonctionnelle (McNulty & Fisher, 2001), la sécurité à domicile est décrite comme le résultat de l'équilibre ou de l'interaction dynamique entre les différents attributs qui caractérisent le milieu de vie (Chiu & Oliver, 2006; Hébert, Brassat-Latulippe, Bourgault-Côté, Meilleur, & Chiu, 2009; Letts, Marshall, & Cawley, 1995; Maurice et al., 1998). Aucune étude empirique ne s'est toutefois attardée à décrire comment et en quoi les composantes mentionnées ci-haut sont liées à la sécurité à domicile.

Les écrits récents qui abordent les enjeux liés à la sécurité à domicile portent principalement sur la prévention des blessures chez les aînés (Clemson, 2014; Eriksen, Greenhalgh-Stanley, & Engelhardt, 2015; Greenberg et al., 2016; Szanton, Roth, Nkimbeng, Savage, & Klimmek, 2014; Tomita, Saharan, Rajendran, Nochajski, & Schweitzer, 2014) ou encore chez les enfants (Jackson, 2016; Morrongiello, McArthur, & Bell, 2014; Morrongiello, Widdifield, Munroe, & Zdzieborski, 2014; Mulvaney, Watson, Smith, Coupland, & Kendrick, 2014). Certains s'intéressent à la sécurité des soins prodigués à domicile (Doran et al., 2014; Jones, 2016; Lang et al., 2014; Peters, 2014; Rahn, 2015).

**Facteurs influant sur la sécurité des personnes vivant avec une problématique qui affecte la santé mentale en contexte domiciliaire.** Très peu de connaissances spécifiques sont disponibles quant à la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. Il s'agit d'une importante lacune dans le contexte où

l'accès à un logement autonome représente la préférence pour plusieurs d'entre elles, en plus d'être le modèle résidentiel privilégié par l'organisation actuelle des services. Quelques facteurs susceptibles d'influer sur la sécurité à domicile de ces personnes peuvent néanmoins être dégagés.

***Exposition à la violence et à la criminalité.*** Dans la communauté et dans le contexte domiciliaire, les personnes présentant un trouble qui affecte la santé mentale formulent elles-mêmes des inquiétudes relatives à leur sécurité, notamment en ce qui a trait à l'exposition à la violence et à la criminalité (Kidd et al., 2016; Piat et al., 2012). Cette préoccupation est d'ailleurs fondée puisque le taux de crimes violents contre les personnes ayant un trouble affectant gravement la santé mentale s'avère de onze fois supérieur à celui rencontré dans la population générale (Teplin, McClelland, Abram, & Weiner, 2005).

***Qualité des logements accessibles.*** En ce qui concerne les ressources résidentielles à proprement dit, les inquiétudes des personnes présentant un trouble qui affecte la santé mentale concernent l'accès à un logement salubre ainsi qu'à des équipements et du mobilier décent (Adair et al., 2014; Byrne et al., 2013). Comme mentionné précédemment, les personnes qui sont touchées par un trouble affectant la santé mentale doivent effectivement trop souvent se contenter de milieux de vie de piètre qualité et situés dans des environnements résidentiels défavorisés (Bengtsson-Tops et al., 2014; Byrne et al., 2013; Clément et al., 2015; Vila-Rodriguez et al., 2013; Wong & Stanhope, 2009). Ces

derniers s'accompagnent de risques accrus pour la santé et la sécurité (Adair et al., 2014) qui, bien qu'ils ne soient ni spécifiques ni exclusifs à ces personnes, peuvent se voir exacerbés par les limitations cognitives et fonctionnelles qui accompagnent souvent les troubles touchant la santé mentale. À la lumière de la compréhension de la sécurité à domicile présentée ci-haut, il est possible de constater que certaines des manifestations qui accompagnent les troubles mentaux sont en effet susceptibles d'amplifier les facteurs de risque soulevés par de telles conditions de vie. Il a été observé que la sécurité ainsi que la qualité de la réalisation des activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique par ces personnes sont fréquemment altérées (Aubin, Gélinas, Stip, Chapparo, & Rainville, 2009; Fossey, Harvey, Plant, & Pantelis, 2006; McNulty & Fisher, 2001). Les déficits cognitifs qui peuvent accompagner les troubles affectant la santé mentale (Fioravanti, Bianchi, & Cinti, 2012; Vrabie et al., 2015) peuvent nuire à l'identification des dangers potentiels ainsi qu'au choix et à la mise en place de stratégies de résolution de problèmes.

***Facteurs de risque inhérent à la négligence de soi.*** Dans certains cas, ces déficits pourront affecter la capacité d'une personne à gérer les risques de même qu'à se prémunir des conditions ou des situations pouvant nuire à sa propre sécurité et, ainsi, mener à une « négligence de soi ». La négligence de soi est un phénomène complexe (Braye, Orr, & Preston-Shoot, 2011; Day, McCarthy, & Leahy-Warren, 2012; Dong & Gorbien, 2005) qui résulte d'une incapacité à répondre aux besoins de base (s'alimenter, se vêtir, se loger, maintenir sa santé et son bien-être) (Leibbrandt, 2008) et à identifier des conditions de vie

non sécuritaires (Braye et al., 2011). La négligence de soi se caractérise par un fonctionnement compromis dans les activités quotidiennes et peut se manifester sur le plan des soins personnels, sur le plan de la santé et des soins requis par la condition médicale de l'individu (négligence physique et médicale); sur le plan de l'état physique de l'environnement domiciliaire (négligence environnementale); sur le plan des finances et des opérations qui y sont associées (négligence financière); ou encore dans plusieurs de ces domaines (négligence globale) (Burnett, 2015; Burnett et al., 2014). Bien que la négligence de soi n'accompagne pas systématiquement les troubles affectant la santé mentale, il n'en demeure pas moins que les personnes qui présentent ce type de conditions peuvent elles-mêmes présenter des limitations fonctionnelles pouvant se répercuter sur les différentes sphères de la négligence de soi. Si des données empiriques associent la négligence de soi aux problématiques de santé mentale (Braye, Orr, & Preston-Shoot, 2015; Halliday, Banerjee, Philpot, & Macdonald, 2000), le phénomène peut être observé chez des individus qui ne présentent pas de telles conditions.

*Atteinte à l'intégrité physique.* Une association est par ailleurs observée entre les troubles affectant la santé mentale et les blessures non fatales. Les personnes vivant avec de telles conditions rencontrent en effet près de deux fois plus de blessures que la population générale (McGinty, Baker, Steinwachs, & Daumit, 2013; Shadloo et al., 2016). Qui plus est, 70 % des hospitalisations causées par une blessure auto-infligée sont associées à un diagnostic en santé mentale (Institut canadien d'information sur la

santé, 2011). Bien que ces données ne permettent pas d'apprécier la prévalence des blessures infligées en contexte domiciliaire, elles invitent tout de même à la vigilance.

*Manifestations inhérentes aux troubles affectant la santé mentale.* Brickell et collaborateurs (2009) ont mis en lumière que les symptômes psychiatriques peuvent influencer sur la sécurité des patients en milieu institutionnel et il est possible de croire que ce peut également être le cas en contexte domiciliaire. À titre d'exemple, le fait qu'une personne convaincue que ses voisins « volent » son électricité décide de couper son alimentation en électricité alors que la température extérieure avoisine les - 20° Celsius soulèverait des enjeux évidents sur le plan de la sécurité à domicile. Ce pourrait aussi être le cas pour une personne qui, dans un état catatonique, ne sortirait plus de son lit.

Pour finir, divers facteurs sont susceptibles d'amener les intervenants qui offrent des services sociaux et de santé à domicile à se questionner sur la sécurité de personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. Dans de tels cas, il est essentiel que le regard qu'ils portent sur la situation découle d'une évaluation qui soit la plus globale et réfléchie possible.

### **Évaluation des situations où la sécurité à domicile d'une personne vivant avec une problématique de santé mentale est présumée compromise**

Deux approches sont traditionnellement utilisées en matière d'évaluation du risque et de la sécurité, soit le jugement professionnel non structuré et l'approche actuarielle (Falzer, 2013; McGuire, 2004).

**L'approche fondée sur le jugement professionnel et l'influence des valeurs sur la perception de la sécurité à domicile.** Largement utilisée dans le domaine de l'évaluation du risque (Kropp, 2008), l'approche fondée sur le jugement professionnel repose sur l'expertise et le jugement propre de l'intervenant (Falzer, 2013; Helmus & Bourgon, 2011). Par conséquent, les décisions qui en découlent sont particulièrement susceptibles d'être teintées des valeurs personnelles et professionnelles de l'évaluateur, du fait que la perception de la sécurité et l'appréciation du risque reposent sur une série de jugements sociaux, lesquels se modulent en regard à des normes socialement admises et construites (Titterton, 2011; Zinn & Taylor-Gooby, 2006). Qui plus est, lorsqu'il s'agit de statuer sur le « risque » qu'encourt un individu en contexte domiciliaire, l'opinion des intervenants repose sur un jugement qui se rapporte en fait à la perception de ce dernier quant à la situation d'autrui (MacLeod & Douthit, 2015), une perception qui variera selon les connaissances, les croyances et les valeurs de l'observateur (Heyman, 2010). Certaines valeurs sont d'ailleurs particulièrement susceptibles de teinter le regard que porte le professionnel sur les situations où la sécurité à domicile est possiblement compromise, qu'il s'agisse de valeurs relatives à la sécurité ou encore de valeurs relatives aux droits et libertés individuelles. Or, tandis que la préoccupation des sociétés occidentales contemporaines pour la sécurité est notable (Heyman, 2010), celle-ci peut parfois sembler difficilement conciliable avec les valeurs d'autonomie et d'autodétermination que prône l'approche du rétablissement (Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015) et l'approche centrée sur la personne (Lux, Motschnig-Pitrik, & Cornelius-White, 2013; Whalley Hammell, 2013) qui prévalent maintenant dans les services de santé mentale. Une telle



tendance peut s'expliquer par la peur qu'ont certains intervenants d'être perçus comme négligents advenant le cas où un incident surviendrait (Titterton, 2005). À l'inverse, le fait de systématiquement accorder la prévalence à l'autonomie peut nuire à une réelle compréhension des situations pour lesquelles des décisions doivent être prises (Hicks, Sims-Gould, Byrne, Khan, & Stolee, 2012).

**L'approche actuarielle et ces limites.** Quant à elle, l'approche actuarielle repose sur l'utilisation d'outils standardisés et d'algorithmes (Falzer, 2013) visant à mathématiquement comptabiliser des facteurs de risque à partir d'une liste structurée (Godin, 2004; McGuire, 2004). Certains lui reprochent son caractère mécanique et réductionniste (Godin, 2004; Hilton, Harris, & Rice, 2006), et ce, particulièrement lorsqu'il s'agit d'évaluer des phénomènes qui, à l'instar de la sécurité à domicile, doivent être contextualisés. L'approche actuarielle tend par ailleurs à créer un faux sentiment d'objectivité du fait qu'elle s'appuie sur un cadre et un processus d'évaluation standardisé, ainsi que sur une interprétation des résultats obtenus sur la base d'indices et de valeurs normatives. Or, toute évaluation suppose l'interprétation de l'information perçue (Fawcett, 2013), ce qui fait que l'évaluation qui s'appuie sur l'approche actuarielle sera elle aussi susceptible d'être influencée par les valeurs de l'évaluateur. Cette influence sera d'autant plus indue que l'évaluateur s'en croira prémunit.

**Le jugement professionnel structuré.** Dans le courant actuel de la pratique fondée sur des résultats probants (*evidence-based practice*), laquelle encourage l'utilisation

d'outils standardisés pour favoriser des évaluations valides et fidèles (Fawcett, 2013; Streiner, Norman, & Cairney, 2014), une troisième approche gagne en popularité (Hilton et al., 2006). Les outils qui relèvent de cette approche sont élaborés à partir de résultats probants et visent à soutenir un jugement professionnel structuré. Ils se présentent sous la forme d'aide-mémoires ou de listes d'énoncés (Heilbrun, Yashuhara, & Shah, 2010) et s'accompagnent de lignes directrices détaillées qui permettent une interprétation juste et précise de chacun des facteurs contributifs. Chacun des énoncés, qu'il soit apprécié de façon qualitative ou au moyen d'échelles (Borum, 1996; Borum, Lodewijks, Bartel, & Forth, 2010), contribue à informer l'appréciation globale (Falzer, 2013). Celle-ci ne sera pas calculée (Falzer, 2013), mais plutôt pondérée par le jugement professionnel, lequel sera influencé par l'expérience, les connaissances ainsi que par la capacité de l'évaluateur à identifier et à gérer les situations à risque (De Bortoli, Ogloff, Coles, & Dolan, 2016). Un nombre croissant d'études soutiennent l'utilité clinique et la validité d'outils qui relèvent de l'approche visant à soutenir un jugement professionnel structuré, notamment dans le domaine des risques de violences et dans le domaine de la maltraitance envers les enfants (De Bortoli et al., 2016). Ce type d'outil s'avère en effet particulièrement utile dans une perspective visant à soutenir la prise de décision quant à la mise en place d'interventions ciblées et appropriées pour les cas difficiles (De Bortoli et al., 2016).

**Outils d'évaluation de la sécurité à domicile disponibles.** Au moment d'amorcer les présents travaux, quelques outils permettaient d'évaluer, en tout ou en partie, la sécurité à domicile (voir Tableau 2). De ceux-ci, la majorité s'inscrit dans une approche

actuarielle, bien que certains visent à favoriser un jugement professionnel structuré. Aucun n'a été élaboré pour cibler l'ensemble des facteurs susceptibles d'influencer la sécurité à domicile des personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale. Certains outils étaient néanmoins disponibles pour l'évaluation de la négligence de soi (Iris, Conrad, & Ridings, 2014; Rasmussen, Steketee, Frost, Tolin, & Brown, 2014). S'ils présentent un intérêt certain dans les cas où la sécurité à domicile est compromise par une problématique de négligence de soi, s'y limiter pourrait occulter les situations où le danger encouru ne relève pas d'une telle problématique. Il importe en effet de rappeler que la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble affectant la santé mentale peut être compromise pour des raisons qui lui sont externes. À titre d'exemple, ces personnes vivent souvent dans un état de précarité économique qui augmente la probabilité qu'elles aient à se loger dans un domicile de piètre qualité qui, comme mentionné précédemment, s'accompagnerait lui-même d'un certain nombre de facteurs de risque (p. ex., installations physiques qui ne sont pas conformes aux normes en vigueur, salubrité réduite).

Tableau 2

*Outils d'évaluation pour la sécurité à domicile selon l'aspect, la clientèle cible et l'approche évaluative*

Outils d'évaluation	Aspect de la sécurité évalué	Clientèle cible	Approche
Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents (Sanford, Pynoos, Tejral, & Browne, 2002)	Environnement physique	Aînés	2
Cougar Home Safety Assessment (Fisher & Ewonishon, 2006)	Environnement physique	Aînés	1
Grille d'évaluation de la sécurité des personnes souffrant de démence et vivant à domicile (GES)/ Safety Assessment Scale for People with Dementia Living at Home (SAS) (de Courval et al., 2006)	Risque d'accident à domicile	Aînés présentant une démence	1
Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) (Mackenzie, Byles, & Higginbotham, 2002)	Chutes et mobilité	Aînés	2
Home Environmental Assessment Protocol (HEAP) (Gitlin et al., 2002)	Environnement physique	Aînés présentant une démence	1

*Note.* 1) Outil reposant sur une approche actuarielle; 2) Outil visant à favoriser le jugement professionnel.

Tableau 2

*Outils d'évaluation pour la sécurité à domicile selon l'aspect, la clientèle cible et l'approche évaluative (suite)*

Outils d'évaluation	Aspect de la sécurité évalué	Clientèle cible	Approche
Kohlman Evaluation of Living Skills (KELS) (Thomson, 2016)	Besoins d'assistance pour accomplir les activités de la vie quotidienne	Aînés Personnes avec un trouble affectant la santé mentale	1
Psychogeriatric and risk behavior assessment scale (Parbas) (Nikolova, Carignan, Moscovitz, & Demers, 2004)	Comportements à risques	Aînés avec un trouble affectant la santé mentale	2
Safe at home (Robnett, Hopkins, & Kimball, 2003)	Adéquation entre la personne et son environnement (évaluation réalisée en milieu clinique)	Multi-âge Multi-déficit	2
SAFER-HOME v.3/ Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (Chiu & Oliver, 2006; Chiu, Oliver, Marshall, & Letts, 2001; Hébert et al., 2009)	Sécurité à domicile	Multi-âge Multi-déficit	1
Self-Assessment of the Physical Housing Environment (Fänge & Iwarsson, 1999)	Perception de la personne Environnement physique	Multi-âge Multi-déficit	1
Westmead Home Safety Assessment (WeHSA) (Clemson, Fitzgerald et Heard, 1999)	Chutes et mobilité	Aînés	1

*Note.* 1) Outil reposant sur une approche actuarielle; 2) Outil visant à favoriser le jugement professionnel.

### **Pertinence de l'étude**

Cette section aura permis de mettre en évidence qu'aucune étude ne s'est attardée à documenter les facteurs qui contribuent à la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale. Le peu de connaissance sur le sujet représente une lacune importante considérant que ces personnes sont maintenant nombreuses à vivre dans leur propre domicile. Qui plus est, alors que ces personnes sont susceptibles de rencontrer un certain nombre de facteurs susceptibles de compromettre leur sécurité à domicile, aucun outil n'est disponible pour en soutenir l'évaluation.

### **Cadre conceptuel**

Sur la base des connaissances jusqu'alors disponibles, il fut postulé que la sécurité à domicile pourrait résulter de l'adéquation entre les caractéristiques de la personne, les exigences de l'environnement dans lequel elle évolue, de même que les activités et occupations dans lesquelles elle s'engage. Les bases théoriques du Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) (Townsend, Polatajko, & Craik, 2013) furent ainsi initialement retenues considérant qu'elles s'articulent justement autour du triptyque « personne-environnement-occupation ». Ce choix fut néanmoins révisé compte tenu de la catégorisation arbitraire que ce modèle impose à la dimension occupationnelle (soins personnels, productivité et loisirs) (Hammell, 2009), laquelle peut s'avérer problématique en regard à certaines activités susceptibles de soulever des enjeux de sécurité (p. ex., consommation de substances psychoactives). Le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) (Law et al., 1996) a en fin de compte semblé plus

approprié pour témoigner du caractère interactionnel de la sécurité à domicile sans pour autant nier la nature idiosyncrasique de l'occupation.

Élaboré à partir de concepts empruntés aux théories de l'adéquation entre la personne et l'environnement, aux théories de l'occupation et à l'approche centrée sur la personne (Law et al., 1996; Strong et al., 1999), le PEO conceptualise le rendement occupationnel comme étant le résultat de l'interaction dynamique entre la personne, son environnement ainsi que ses occupations (Law et al., 1996; Strong et al., 1999). Ce modèle conçoit la personne comme un être unique qui présente des capacités et des compétences qui lui sont propres (Law et al., 1996). L'environnement renvoie pour sa part au contexte dans lequel la personne se met en action et peut agir soit comme obstacle, soit comme facilitateur au rendement occupationnel (Law et al., 1996). Enfin, les occupations réfèrent aux tâches ainsi qu'aux activités réalisées pour répondre aux besoins intrinsèques de la personne en matière de soins personnels, d'accomplissement et d'expression de soi (Law et al., 1996).

## **Méthode**



Les paragraphes qui suivent présentent la visée, de même que le paradigme de recherche et la position sociale dans lesquels s'inscrit la thèse. Ils présentent également le devis de recherche, ainsi que la démarche méthodologique sur laquelle repose la recherche.

### **Buts et objectifs visés**

Cette étude avait pour but de concevoir un outil pour les cliniciens qui ont à se prononcer sur la sécurité à domicile de personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale. Cet outil s'adresse aux cliniciens qui soit se rendent à domicile et qui sont préoccupés pour des questions de sécurité, soit qui ont à se prononcer sur la question dans le cadre de leur mandat. Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

1. documenter les facteurs susceptibles d'influencer la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale;
2. modéliser le phénomène;
3. élaborer un outil conçu pour soutenir l'évaluation de la sécurité à domicile de personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale;
4. apprécier l'acceptabilité clinique de l'outil.

### **Paradigme de recherche et position sociale**

Ce projet de recherche s'inscrit dans un paradigme pragmatique, lequel suppose que la connaissance et le savoir naissent de la relation entre des actions et leurs conséquences, ce qui suppose qu'ils ne s'acquièrent qu'à travers une conjonction d'actions et de réflexions (Biesta, 2010). Ce paradigme s'avère particulièrement indiqué du fait que les présents travaux ont été menés par une ergothérapeute clinicienne, sur un terrain qui présentait des similitudes et des liens marqués avec sa pratique clinique. Celle-ci s'est de ce fait trouvée investie d'un rôle de praticienne (*ergothérapeute*) – chercheuse (De Lavergne, 2007). Vécues dans la synchronicité, ces deux positions (c.-à-d. « chercheuse » et « praticienne ») se sont influencées de façon dialogique tout au long du processus doctoral, ce qui explique qu'une place importante a été accordée aux considérations pratiques et que la priorité a été donnée à l'action (De Lavergne, 2007).

Le fait d'inscrire l'étude dans un paradigme pragmatique qui, tout en acceptant l'existence de réalités multiples et singulières (Creswell & Clark, 2007), reconnaît que toutes réalités et toutes perceptions ne sont pas équivalentes (Johnson & Onwuegbuzie, 2004) s'avère également cohérent avec la visée de l'étude, à savoir l'élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité à domicile. En effet, si l'étude reposait sur la prémisse que la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale est un phénomène contextuel, associé à des valeurs, des normes culturelles et d'importants enjeux éthiques, elle s'appuyait tout de même sur la conviction qu'un outil d'évaluation

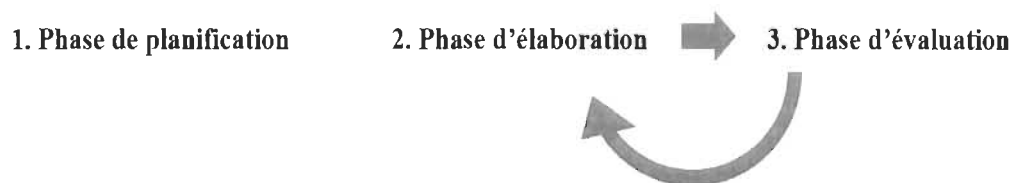
élaboré sur la base de résultats de recherche demeure plus valide qu'une interprétation libre.

### **Devis de recherche et démarche méthodologique**

De façon cohérente avec les objectifs visés, il s'agit d'une étude qui s'inscrit dans une approche pragmatique (Morgan, 2007) qui s'intéresse à la résolution de problèmes pratiques et à l'application des connaissances. Elle relève par ailleurs d'un devis recherche de développement (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 1990; Loiselle & Harvey, 2007; van der Maren, 1995), lequel utilise des connaissances scientifiques et des données de recherche pour élaborer et perfectionner des instruments de mesure ou des outils. Elle s'inscrit plus spécifiquement dans une conception intégrée de la recherche de développement, une conception où l'élaboration et la mise à l'essai sont « des étapes concomitantes et interdépendantes, plutôt que séquentielles » (Loiselle & Harvey, 2007, p. 44).

### **Survol de la méthode employée**

La démarche retenue comporte trois phases et est adaptée aux étapes d'élaboration d'un outil proposées par quelques auteurs (Kielhofner, 2006; Streiner et al., 2014; Van der Maren, 1995; Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) (voir Figure 1). Cette démarche repose sur un processus à caractère itératif qui a permis de mener la révision et la bonification de l'outil élaboré à mesure que des données étaient recueillies. Pour des fins de compréhensibilité, elle sera toutefois présentée de façon somme toute séquentielle.



*Figure 1.* Illustration schématique de la démarche d'élaboration de l'outil.

### **1. Phase de planification**

La première phase de la démarche avait pour objectif de circonscrire le phénomène étudié de manière à alimenter l'élaboration de l'outil tout en soutenant ses validités de contenu et de construit (Netemeyer, Bearden, & Sharma, 2003). Cette phase s'est déclinée en trois étapes (voir Tableau 3).

La première étape de la phase de planification comportait deux visées, soit : 1) identifier des facteurs susceptibles de contribuer à la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale dans des écrits et des outils d'évaluation diffusés; et 2) procéder à la validation de contenu par des experts des facteurs contributifs préalablement documentés<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cette première étape de la phase de planification fait l'objet du premier article qui compose cette thèse.

Tableau 3

*Aspects méthodologiques des trois étapes composant la phase de planification*

Étapes	Visée	Sources d'information	Analyse
Étape 1	Identifier des facteurs contributifs et procéder à leur validation de contenu	Recherche documentaire ( $n = 13$ ) Consultation d'ergothérapeutes experts ( $n = 11$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indice de validité de contenu (Lynn, 1986; Polit, Beck, &amp; Owen, 2007; Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee, &amp; Rauch, 2003)</li> <li>▪ Analyse de contenu (Mucchielli, 2006)</li> </ul>
Étape 2	Documenter les facteurs contributifs à la sécurité à domicile et modéliser le phénomène	Entretiens semi-dirigés auprès : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale (<math>n = 8</math>)</li> <li>▪ de proches (<math>n = 8</math>)</li> <li>▪ d'intervenants de la santé et des services sociaux (<math>n = 7</math>)</li> <li>▪ d'acteurs de la communauté soit des représentants de la sécurité publique (<math>n = 3</math>), de la sécurité incendie (<math>n = 2</math>), des services de protection des animaux (<math>n = 2</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse par théorisation enracinée (Paillé, 1994)</li> </ul>
Étape 3	Explorer la dimension éthique de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale	Recherche documentaire ( $n = 17$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse thématique (Mucchielli, 2009)</li> </ul>

La théorie et la consultation d'experts n'étant pas suffisantes pour circonscrire le concept à évaluer, la démarche de conceptualisation a été approfondie de manière à bonifier la compréhension du phénomène et mieux circonscrire le contexte dans lequel il s'inscrit. La seconde étape de la phase de planification visait donc à documenter les facteurs susceptibles d'influencer la sécurité à domicile. Elle a pour ce faire impliqué la consultation de divers acteurs, de manière à documenter leur perception de la sécurité à domicile (la leur, celle de leur proche ou de leur client) ainsi que les facteurs qui, selon eux, influencent la sécurité à domicile<sup>1</sup>.

Faisant écho à la pratique professionnelle de l'auteure, les résultats obtenus au terme de cette seconde étape ont fait ressortir l'influence des enjeux éthiques associés aux problématiques de sécurité à domicile sur leur évaluation. La troisième étape de la phase de planification a ainsi consisté en un retour aux écrits pour y relever les enjeux éthiques susceptibles d'accompagner ce type de situation<sup>2</sup>.

## **2. Phase d'élaboration**

Prenant appui sur les résultats issus de la phase de planification, la seconde phase de la démarche avait pour objectif de déterminer l'utilisation prévue et le format de l'outil, de même que d'en élaborer un prototype. Cette étape a consisté en un travail essentiellement réflexif qui, amorcé dès le début de l'étude, visait à déterminer comment

---

<sup>1</sup> La seconde étape de la phase de planification fait l'objet du deuxième article qui compose cette thèse.

<sup>2</sup> La troisième étape de la phase de planification fait l'objet du troisième article qui compose cette thèse.

transposer les résultats issus de la phase de planification sous la forme d'un outil d'évaluation<sup>1</sup>.

### **3. Phase d'évaluation**

Enfin, la phase d'évaluation visait à apprécier l'acceptabilité clinique de l'outil. Pour se faire, des utilisateurs potentiels ont été recrutés à titre d'experts et ont été invités à se prononcer sur la pertinence, l'exhaustivité, l'utilité et la clarté de l'outil suivant un processus itératif. Une version préliminaire de l'outil a pour ce faire été soumise à un premier groupe de participants, bonifiée à la lumière de la rétroaction obtenue, puis soumise à un second groupe d'experts et ainsi de suite, pour un total de quatre tours de consultation (voir Tableau 4).

L'Appendice A présente un survol des méthodes de recrutement ainsi que des critères de sélection des participants ayant participé à la recherche, selon la phase de la démarche.

---

<sup>1</sup> L'élaboration de l'outil comme démarche intégrée, de la phase de planification à la phase d'évaluation, fait l'objet du quatrième article qui compose cette thèse.

Tableau 4

*Aspects méthodologiques caractérisant la phase d'évaluation*

Consultation	Sources d'information	Analyse
1 <sup>re</sup> chaîne	Entretien de groupe avec 5 intervenants du SI	Analyse de contenu (Mucchielli, 2006) au moyen de thèmes prédéfinis : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ clarté;</li> <li>▪ exhaustivité;</li> <li>▪ représentativité;</li> <li>▪ utilité clinique</li> </ul>
2 <sup>e</sup> chaîne	Entretien de groupe avec 7 intervenants du SI	
3 <sup>e</sup> chaîne	Entretien de groupe avec 4 ergothérapeutes	
4 <sup>e</sup> chaîne	Entretiens avec 4 ergothérapeutes	

**Certification éthique**

Les travaux réalisés ont reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (voir Appendice B) et le consentement écrit de tous les participants a été obtenu. Les lettres d'information, le formulaire de consentement, de même que les questionnaires sociodémographiques utilisés dans le cadre des entretiens menés lors de la phase de planification sont respectivement présentés aux Appendices C et D. Le matériel soumis aux participants qui ont pris part à la validation de l'interprétation des résultats issus de ces consultations est pour sa part présenté à l'Appendice E. L'Appendice F présente les lettres d'information et le formulaire de consentement utilisés dans le cadre de l'évaluation de l'acceptabilité de l'outil élaboré.



## **Chapitre 1**

Sécurité à domicile et troubles mentaux graves : élaboration d'un outil d'évaluation

# **Sécurité à domicile et troubles mentaux graves : élaboration d'un outil d'évaluation<sup>1</sup>**

**Marjorie Désormeaux-Moreau, Ph.D. (candidate). erg.<sup>1</sup>**

**Claire Dumont, Ph.D. erg.<sup>2</sup>**

**Ginette Aubin, Ph.D. erg.<sup>3</sup>**

**Nadine Larivière, Ph.D. erg.<sup>4</sup>**

- <sup>1</sup> Étudiante au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7 Téléphone : 819-374-6299  
Courrier : [desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)
- <sup>2</sup> Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7
- <sup>3</sup> Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7
- <sup>4</sup> École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Centre affilié universitaire, Sherbrooke; Centre de recherche Fernand-Seguin/Hôpital Louis-H.; 2500 boul de l'Université, Sherbrooke, QC, J1K 2R1

---

<sup>1</sup> Une première version du texte de ce premier chapitre fut soumise à la *Revue canadienne d'ergothérapie* (RCE) le 17 avril 2013. La version finale du manuscrit, lequel fut rédigé dans son intégralité par l'étudiante sous la supervision des coauteurs, fut acceptée le 4 septembre 2014 et publiée en avril 2015.

### Abrégé

**Description.** L'évaluation de la sécurité à domicile est un enjeu important dans le contexte où les modèles actuels d'hébergement pour les personnes aux prises avec un trouble mental grave favorisent un mode de vie plus autonome. **But.** Cet article décrit l'élaboration et la validation de contenu d'un outil d'évaluation ergothérapeutique pour les personnes aux prises avec un trouble mental grave, l'*Évaluation de la sécurité à domicile et de la gestion des risques* (ESGR). **Méthodologie.** L'ESGR a été élaboré à partir de connaissances scientifiques et d'expériences cliniques. L'évaluation de la validité de contenu s'est faite en deux phases et a impliqué la consultation de onze experts. **Résultats.** Dans sa forme actuelle, l'ESGR comprend 67 énoncés organisés en trois catégories (environnement, occupation, personne). **Conséquences.** Selon les experts consultés, l'ESGR présente un intérêt clinique pour soutenir les ergothérapeutes dans l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Les énoncés sont clairs et représentatifs du concept ainsi que de la clientèle cible.

**Mots-clés :** évaluation de la sécurité, ergothérapie\*, validation, logement, trouble mental  
safety evaluation, occupational therapy\*, validation, housing\*, mental illness

### Introduction et recension des écrits

L'organisation actuelle des services de santé mentale s'appuie sur l'approche du rétablissement, laquelle plaide pour la pleine citoyenneté des personnes aux prises avec un trouble mental grave et favorise l'intégration ainsi que la vie dans la communauté de ces personnes (Commission de la santé mentale du Canada, 2012; Kirby et Keon, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2005). Découlant de cette approche, un modèle d'hébergement privilégiant l'accès à des logements autonomes avec un soutien professionnel régulier et externe au milieu (*supported housing*) a été développé (Piat, Lesage, Dorvil, Boyer, Couture et Bloom, 2008). Un tel modèle rejoint les préférences de la majorité des personnes aux prises avec un trouble mental grave. En effet, entre 53 et 79 % d'entre elles préféreraient un milieu de vie autonome (Browne et Courtney, 2005; Forchuck, Nelson et Hall, 2006; Nelson, Hall et Forchuk, 2003; Piat *et al.*, 2008; Tanzman, 1993). Certaines personnes aux prises avec un trouble mental grave considèrent d'ailleurs qu'un logement autonome traduit un bon fonctionnement dans la communauté (Tsai, Stroup et Rosenheck, 2011) et le perçoivent comme un objectif à atteindre (Browne et Courtney, 2005). Comparativement aux milieux de vie plus encadrés, le logement autonome peut également permettre un plus grand contrôle sur la gestion du temps (Morin, Dorvil et Robert, 2001) et offre davantage d'opportunités en matière d'activités sociales et de loisirs (Browne et Courtney, 2005). Récemment, le projet de recherche Chez Soi (*At Home* dans les écrits anglophones), qui visait à documenter l'efficacité du modèle Logement d'abord (*Housing First*) (Goering *et al.*, 2014), a mis en lumière qu'un logement autonome adéquat contribue au rétablissement et à la stabilité résidentielle chez les personnes itinérantes présentant un

trouble mental grave ou encore des troubles concomitants de dépendance et de maladie mentale (Nelson *et al.*, 2013). Reste toutefois qu'étant associé à un mode de vie indépendant qui repose moins sur le système de santé (Lee, Wong et Rothbard, 2009), le logement autonome peut soulever des questionnements en matière de sécurité à domicile. Dans ce contexte, les ergothérapeutes qui pratiquent auprès d'une clientèle présentant des troubles mentaux sont davantage appelés à se rendre à domicile, ce qui les amène parfois à observer et à s'interroger sur des conditions et des modes de vie pouvant compromettre la sécurité à domicile. Jusqu'à présent, les écrits en ergothérapie sur le sujet se sont principalement attardés aux risques liés à l'environnement physique ou encore à la prévention des chutes. La question de la sécurité à domicile dans le domaine de la santé mentale demeure à être explorée.

### **Sécurité à domicile**

La sécurité à domicile est tributaire de facteurs qui relèvent de la personne, de son environnement (Chiu et Oliver, 2006; Florio, Alles et Stafford, 1979; Maurice *et al.* 1998; McNulty et Fisher, 2001), ainsi que de ses activités (Chiu et Oliver, 2006; McNulty et Fisher, 2001) et ses occupations (Allen, 1992). Elle est intimement liée à la notion de facteur de risque, lequel se rapporte aux circonstances ou aux actions pouvant contribuer à la survenue d'un incident, autrement dit d'un événement s'accompagnant de conséquences néfastes et de dommages inutiles (World Health Organization [WHO], 2009). Les facteurs de risque peuvent se rapporter à un ou plusieurs attributs du milieu de vie, lesquels renvoient à l'environnement (physique, culturel, technologique, politique, social, économique et

organisationnel), à la personne (attitudes, capacités, habitudes, connaissances ou comportements) ou encore à la nature même de l'occupation (préparer un repas comporte davantage de risques que lire le journal) (Chiu et Oliver, 2006; Florio *et al.*, 1979; Maurice *et al.*, 1998; WHO, 2009). À titre d'exemple, l'accumulation d'objets hétéroclites qui limiterait les déplacements dans le domicile constitue un risque de chute, en plus d'exacerber les risques de propagation en cas d'incendie et de nuire à l'accès au logement par les services d'urgence en cas de besoin.

Les incidents à domicile, tels les lésions corporelles (brûlures, coupures ou autres), le vol de bien par autrui ou les intoxications (alimentaires, médicamenteuses, chimiques ou aux substances psychoactives), prennent place dans un contexte donné (Florio *et al.*, 1979). La sécurité à domicile résulte en fait de l'interaction entre les différentes composantes d'un milieu de vie, ce qui explique que la précarité d'un seul attribut puisse engendrer un niveau de risque inacceptable (Hébert, Brassat-Latulippe, Bourgault-Côté, Meilleur et Chiu, 2009) et ainsi affecter la sécurité globale d'un individu. Conséquemment, le maintien de la sécurité à domicile relève de la capacité à identifier les risques et les dangers potentiels, de même que de l'élaboration et de la mise en place des stratégies de résolution de problèmes (McNulty et Fisher, 2001). Or, certaines personnes sont incapables d'identifier les risques auxquels elles sont exposées, ce qui peut avoir pour conséquence de compromettre leur sécurité à domicile. L'incapacité de se protéger des facteurs de risque et de se prémunir des conditions ou des

situations pouvant nuire à sa propre sécurité se rapporte à la négligence de soi<sup>1</sup> (Braye, Orr et Preston-Shoot, 2011; Leibbrandt, 2008). Cette étude s'intéresse tout particulièrement à ce type de problématique qui s'inscrit dans une perspective à la fois psychomédicale et socioculturelle (Braye *et al.*, 2011). Des données empiriques supportent une association significative entre la négligence de soi et une santé physique et mentale fragile; des troubles de la personnalité; un dysfonctionnement du lobe frontal; la déficience nutritionnelle; la douleur; des limitations fonctionnelles; de même que des facteurs sociaux comme un réseau social réduit, une situation économique précaire et un historique d'événements traumatiques (Braye *et al.*, 2011).

**Sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave.** Les troubles mentaux se manifestent par « un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique [ou] une altération des fonctions mentales » (Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 21). Ils sont considérés graves lorsqu'ils interfèrent de façon significative avec les relations et les compétences sociales, de même qu'avec les capacités fonctionnelles et la productivité (MSSS, 1989, 2005). À notre connaissance, aucune donnée épidémiologique ne permet d'apprécier la prévalence des incidents domiciliaires qui affectent spécifiquement les personnes aux prises avec un trouble mental grave, ce qui fait qu'il n'est pas possible de la mettre en

---

<sup>1</sup> Les vocables négligence de soi ou autonégligence sont employés dans les écrits francophones pour traduire le terme anglophone « self-neglect » (Le Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées, n.d.; MacKnight, 2001; Santé Canada, 1999).

perspective avec la prévalence des incidents qui surviennent en contexte domiciliaire chez la population générale, ou encore chez d'autres groupes d'individus vulnérables. Toutefois, un certain nombre de facteurs de risque pouvant être rencontrés par les personnes aux prises avec un trouble mental grave exacerbent les risques rencontrés en contexte domiciliaire. Il a ainsi notamment été observé que 70 % des personnes qui présentent une problématique de la sécurité à domicile découlant d'une négligence de soi présentent également un trouble mental (Halliday, Banerjee, Philpot et Macdonald, 2000). La relation entre les deux conditions est d'autant plus importante chez les personnes âgées de moins de 65 ans (Halliday *et al.*, 2000).

Chez les personnes aux prises avec un trouble mental grave, un environnement domiciliaire perçu sécuritaire contribue au fonctionnement et au rétablissement (Browne et Courtney, 2005; Piat, Boyer, Cloutier, Fleury et Lesage, 2012; Wright et Kloss, 2007). Elles identifient ainsi elles-mêmes la sécurité comme un facteur clé dans leur adaptation et leur stabilité résidentielle (Kloos et Shah, 2009; Whitley, Harris et Drake, 2008; Wright et Kloss, 2007). En contexte domiciliaire, les besoins formulés par les personnes présentant un trouble mental en matière de sécurité portent sur l'exposition à la violence et à la criminalité (agressions ou violation de domicile) (Browne et Courtney, 2005; Piat *et al.*, 2012), de même que sur l'accès à un logement salubre ainsi qu'à des équipements et du mobilier décent (Nelson *et al.*, 2003). Or, les personnes qui présentent un trouble mental grave doivent souvent se contenter de logements de piètre qualité en milieu défavorisé (Forchuck *et al.*, 2006), lesquels sont associés à une exposition accrue aux risques pour leur santé et leur



intégrité physique (Adamkiewicz *et al.*, 2011; Camilloni *et al.*, 2013). Par ailleurs, la sécurité et l'efficacité des personnes présentant un trouble mental grave dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique peuvent être réduites (Fossey, Harvey, Plant et Pantelis, 2006) en raison de la nature inhérente de leur condition qui s'accompagne généralement de déficits cognitifs sur le plan des fonctions exécutives (Martinez-Aran *et al.*, 2007) et du traitement de l'information (Aubin, Gélinas, Stip, Chapparo et Rainville, 2009). Leur capacité à gérer des risques et à maintenir leur sécurité au quotidien, laquelle repose sur l'identification des dangers potentiels de même que sur les stratégies de résolution de problèmes (Allen, 1992), peut alors s'en voir affectée.

**Évaluer la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave.** Les ergothérapeutes sont souvent appelés à contribuer à l'évaluation de la sécurité à domicile (McNulty et Fisher, 2001), notamment en raison de leurs compétences en matière d'analyse d'activité qui leur permettent d'apprécier l'impact possible des facteurs de risque pouvant être rencontrés en contexte domiciliaire, lesquels, comme mentionné précédemment, relèvent à la fois de l'environnement domiciliaire, des caractéristiques de l'individu, ainsi que de ses activités et ses occupations. La sécurité à domicile étant liée au fonctionnement de la personne dans son milieu de vie (Allen, 1992; Anemaet et Moffat-Trotter, 1999; Chiu et Oliver, 2006), il apparaît que son évaluation s'inscrit clairement dans le champ d'expertise de la profession ergothérapique.

Quelques outils d'évaluation de la sécurité à domicile sont présentement disponibles (voir Tableau 5). Certains s'attardent spécifiquement à l'environnement physique (Fisher et Ewonishon, 2006; Sanford, Pynoos, Tejral et Browne, 2002) ou aux risques de chute (Clemson, Fitzgerald et Heard, 1999), mais ne permettent pas une évaluation exhaustive de la sécurité à domicile. Un autre a été élaboré pour une utilisation en milieu hospitalier (Robnett, Hopkins et Kimball, 2002). McNulty et Fisher (2001) ont toutefois observé qu'une évaluation en milieu naturel permet une estimation plus fidèle de la sécurité à domicile des personnes. Certains outils permettent une évaluation multifactorielle et contextualisée (Chiu, Oliver, Marshall et Letts, 2001; CLSC Côte-des-Neiges, 2006; Hébert *et al.*, 2009; Nikolova, Carignan, Moscovitz et Demers, 2004), c'est-à-dire qu'ils considèrent divers facteurs de risque de manière à tenir compte de la globalité d'une situation donnée. De ceux-ci, certains ont été élaborés et validés pour être utilisés auprès des aînés (CLSC Côte-des-Neiges, 2006; Nikolova *et al.*, 2004) et s'attardent à des facteurs de risque qui ne sont pas nécessairement présents chez la clientèle aux prises avec un trouble mental grave comme les risques liés à l'errance, aux étouffements, ou encore à la mobilité. Un seul de ces outils considère la symptomatologie associée aux troubles mentaux graves (Nikolova *et al.*, 2004). Toutefois, il évalue très sommairement les risques liés à l'environnement et à la façon dont les tâches, les activités ou les occupations sont réalisées, ce qui représente une lacune dans l'évaluation de la sécurité à domicile.

Tableau 5

*Outils d'évaluation de la sécurité à domicile selon la composante évaluée et la clientèle cible*

Outils d'évaluation	Composante évaluée	Clientèle cible
Comprehensive Assessment and Solution Process for Aging Residents (Sanford <i>et al.</i> , 2002)	Environnement physique	Aînés
Cougar Home Safety Assessment (Fisher & Ewonishon, 2006)	Environnement physique	Aînés
Physical Housing Environment (Fänge & Iwarsson, 1999)	Environnement physique	Multi-âge Multi-clientèle
Westmead Home Safety Assessment (WeHSA) (Clemson <i>et al.</i> , 1999)	Chutes et mobilité	Aînés
Safe at home (Robnett <i>et al.</i> , 2002)	Adéquation entre la personne et son environnement	Multi-âge Multi-clientèle
Grille d'évaluation de la sécurité des personnes souffrant de démence et vivant à domicile (GES)/ Safety Assessment Scale for People with Dementia Living at Home (SAS) (de Courval <i>et al.</i> , 2006)	Risque d'accidents à domicile	Aînés présentant une démence
SAFER-HOME v.3/ Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (Chiu <i>et al.</i> , 2001; Hébert <i>et al.</i> , 2009)	Sécurité à domicile	Multi-âge Multi-clientèle
Psychogeriatric and risk behavior assessment scale (Parbas) (Nikolova <i>et al.</i> , 2004)	Comportements à risque	Aînés aux prises avec un trouble mental

Une évaluation de la sécurité à domicile qui tient compte des facteurs de risque qui sont spécifiques à un contexte et à une personne donnée est nécessaire pour statuer sur la sécurité globale de cette dernière. Un tel outil d'évaluation n'est présentement pas disponible pour cibler l'ensemble des besoins de la clientèle aux prises avec un trouble mental grave. Les préjudices associés à une évaluation inadéquate de la sécurité à domicile peuvent être majeurs, brimer de façon indue la liberté individuelle (McGuire, 2004; Titterton, 2004), compromettre le droit à un mode de vie indépendant ou à l'inverse, entraîner des conséquences tragiques en matière d'accidents (Duffy, Doyle et Ryan, 2004). En effet, il ne faut pas négliger que la perception de ce qui constitue un risque et de ce qui peut poser une « menace pour la sécurité » varie d'un individu à l'autre. Comment donc s'engager dans une pratique centrée sur le client lorsqu'il est question de sécurité à domicile et que des enjeux éthiques et légaux, notamment en lien avec la capacité à identifier les dangers potentiels ainsi qu'à y remédier, sont en jeu? Le besoin de disposer d'un outil d'évaluation de la sécurité à domicile validé pour les personnes aux prises avec un trouble mental grave et visant à soutenir les décisions cliniques des ergothérapeutes a motivé cette étude.

### **But de l'étude**

Cette étude vise à concevoir un outil d'évaluation de la sécurité à domicile des personnes présentant un trouble mental grave. Cet article porte sur la première portion de cette dernière, à savoir l'élaboration d'une première version de l'outil et sa validation de contenu par un groupe d'ergothérapeutes. Les phases subséquentes porteront sur la validation de contenu par des clients et d'autres acteurs liés à la problématique de la sécurité à domicile des

personnes aux prises avec un trouble mental grave, de même que sur l'évaluation de la validité de construit et de la fidélité inter-juge.

### Méthodologie

Cette étude relève d'un devis recherche de développement (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990; van der Maren, 1995). L'élaboration de l'Évaluation de la sécurité à domicile et de la gestion des risques (ESGR) s'inspire des étapes proposées par Waltz, Stickland et Lenz (2010) (voir Figure 2). Cet article présente les quatre premières étapes de cette démarche.

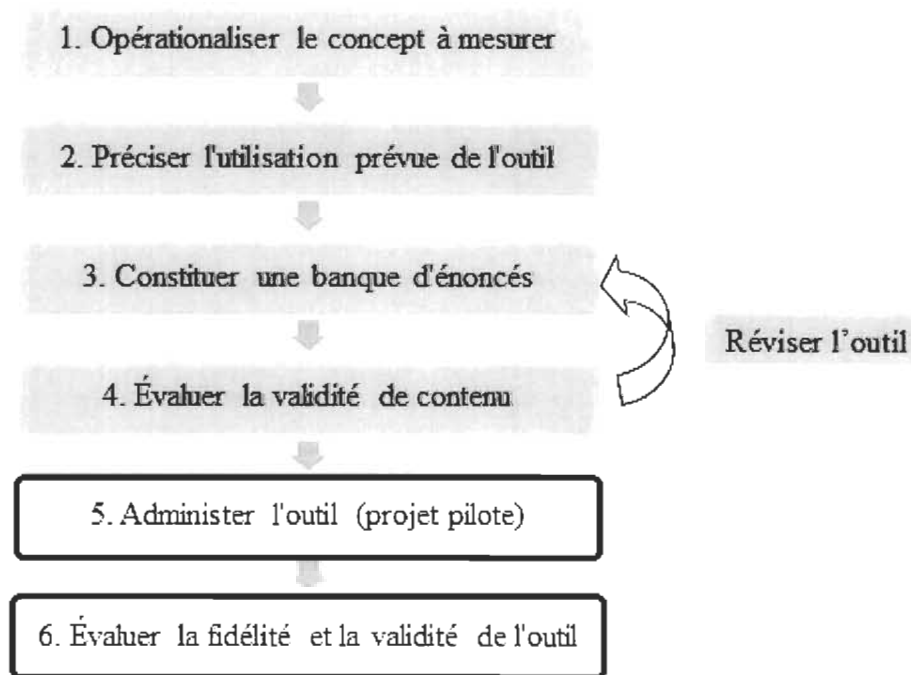


Figure 2. Schéma des étapes de conception d'un outil d'évaluation inspirée de la démarche proposée par Waltz et ses collaborateurs (2010).

### **Opérationnaliser le concept à mesurer (étape 1)**

À la lumière de la recherche documentaire présentée plus haut, les auteures de cet article définissent la sécurité à domicile comme un concept multidimensionnel et multifactoriel qui réfère à la nature et au nombre de facteurs de risque pour la sécurité à domicile d'une personne, de même qu'à la probabilité qu'ils mènent à un incident dans un contexte donné. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCRO-E) (Polatajko, Townsend et Craik, 2007) a été retenu pour opérationnaliser et situer la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Le MCRO-E conceptualise le rendement occupationnel comme l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation ainsi que l'environnement. La personne se définit par les dimensions cognitive, affective et physique, de même que la spiritualité. L'occupation se compose des domaines (soins personnels, productivité et loisirs) alors que l'environnement se divise en composantes physiques, sociales, culturelles et institutionnelles. Le MCRO-E considère l'engagement comme le degré d'importance accordé à l'occupation ou encore le degré de satisfaction qu'elle suscite chez l'individu qui s'y adonne (Polatajko *et al.*, 2007). L'ESGR reprend ainsi les catégories « environnement », « domaine de l'occupation » et « dimensions de la personne ».

### **Préciser l'utilisation prévue de l'outil (étape 2)**

S'inspirant des travaux de Robnett et collaborateurs (2002) sur la prédiction de la sécurité à domicile à la suite de l'obtention du congé d'une unité de soin ainsi que sur la documentation scientifique selon laquelle la sécurité à domicile n'est pas dichotomique, mais

se présente plutôt selon un continuum, l'ESGR s'inscrit dans une vision générique privilégiant le jugement clinique plutôt qu'un seuil critique. Il est conçu sous la forme d'une grille dont les énoncés s'appuient sur des données de recherche et vise à soutenir le raisonnement clinique et l'évaluation de l'ergothérapeute, laquelle se fera par observations, mises en situation et entrevues. L'ESGR s'inscrit donc dans le courant de la pratique fondée sur les résultats probants qui repose sur une combinaison d'expertise clinique et de résultats de recherche (Law, Pollock et Stewart, 2004).

### **Constituer une banque d'énoncés (étape 3)**

L'élaboration de la version préliminaire de l'ESGR s'est faite à partir de l'expérience clinique de la première auteure de l'article au programme de santé mentale d'un Centre local de services communautaires (CLSC) de la région du Centre-du-Québec (Québec), un contexte qui, de par la mission même du programme, l'amenait à faire des interventions à domicile. Ce CLSC a été choisi pour des raisons de convenance. Des écrits scientifiques, de même que trois outils d'évaluation de la sécurité à domicile, le *Safer-Home* (Chiu *et al.*, 2001), le PARBAS (Nikolova *et al.*, 2004) et le *Cougar Home Safety Assessment* (Fisher et Ewonishon, 2006) ont également inspiré l'élaboration des énoncés. Ces outils ont été retenus, car ils couvrent la majorité des facteurs de risque susceptibles d'être rencontrés par la clientèle cible de l'ESGR. Un expert en matière d'électricité et de sécurité incendie a ensuite été consulté pour clarifier les normes relatives à ces deux domaines.

#### **Évaluer la validité de contenu (étape 4)**

La validité de contenu renvoie à l'exhaustivité de l'outil (Streiner et Norman, 2008), à la représentativité des énoncés par rapport au concept à mesurer et à la clientèle visée (Streiner et Norman, 2008), ainsi qu'à leur clarté (Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee et Rauch, 2003). Selon Rubio et collaborateurs (2003), la validation d'un outil de mesure se doit de débiter par une validation de contenu. Un panel d'experts ( $n = 11$ ) a en ce sens été constitué (Polit, Beck et Owen, 2007; Streiner et Norman, 2008). Les experts sollicités dans le cadre d'une validation de contenu possèdent une connaissance du phénomène à l'étude, laquelle peut avoir été acquise par une implication en recherche (Baker, Lovell et Harris, 2006; Grant et Davis, 1997; Petry, Maes et Vlaskamp, 2007), par la pratique clinique (Baker *et al.*, 2006; Grant et Davis, 1997; Petry *et al.*, 2007) ou par leur expérience personnelle, comme c'est le cas notamment pour les utilisateurs de services ou les aidants (Mullen, 2003; Petry *et al.*, 2007). Conformément aux écrits sur le sujet (Lynn, 1986; Polit *et al.*, 2007), deux phases de validation ont été menées.

**Première phase de validation.** Une technique d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné et par réseau a été utilisée pour recruter les experts. Dans le cadre de cette étude, des individus familiers avec les problématiques de sécurité à domicile que peuvent rencontrer les personnes aux prises avec un trouble mental grave, soit par leurs travaux en recherche, soit par leur pratique clinique, étaient recherchés. Ainsi, pour prendre part à l'étude, les participants devaient : (1) être ergothérapeutes; (2) avoir des contacts directs, dans le cadre de leurs fonctions, avec une clientèle aux prises avec un trouble mental grave



vivant à domicile depuis au moins cinq ans; et (3) maîtriser le français. Bien que Baker et collaborateurs (2006) soulèvent qu'un nombre quelconque d'années d'expérience ne constitue nullement une garantie quant à l'expertise d'un individu, il a été jugé qu'une période de cinq années aura suffisamment exposé le participant aux problématiques de sécurité à domicile qui peuvent être vécues par les personnes ayant un trouble mental grave pour qu'il se soit familiarisé avec le phénomène.

Les experts ont été invités à remplir un questionnaire électronique interactif adapté de celui proposé par Rubio et collaborateurs (2003). Chaque expert devait évaluer la représentativité et la clarté des énoncés selon une échelle ordinale à quatre niveaux variant de 1 (*l'énoncé n'est pas représentatif*) à 4 (*l'énoncé est représentatif*) (Rubio *et al.*, 2003). L'évaluation de la clarté utilisait la même échelle. Une justification était demandée lorsque les experts attribuaient une cote de 1 ou de 2. Au terme du questionnaire, les experts devaient également se prononcer sur l'exhaustivité de l'outil.

Une bonification de la version préliminaire de l'ESGR a été effectuée à la lumière des résultats de la première phase de validation. Les énoncés qu'au moins un expert n'avait pas jugé clairs et représentatifs ont fait l'objet d'une discussion et d'un consensus entre les deux premières auteures de l'article.

**Seconde phase de validation.** La procédure d'évaluation de la seconde phase de validation de contenu était la même que lors de la phase précédente.

### **Analyse des données**

Conformément aux recommandations de Polit et ses collaborateurs (2007), des indices de validité de contenu (IVC) ont été calculés pour les énoncés (IVC-É) et pour l'outil (IVC-O). Deux IVC-É ont été calculés pour chaque énoncé, l'un pour la représentativité et l'autre pour la clarté (Lynn, 1986; Rubio *et al.*, 2003). Puisque le nombre d'experts consultés était supérieur à cinq ( $n = 11$ ), des IVC-É d'au moins 0,78 et des IVC-O de 0,90 et plus étaient considérés comme satisfaisants. Ces seuils d'acceptabilité tiennent compte de l'erreur standard de proportion. Les IVC-É ont été calculés à partir des cotes attribuées par les experts : les cotes de 3 et de 4 ont été dénombrées, puis divisées par le nombre total d'énoncés (Lynn, 1986; Polit *et al.*, 2007; Rubio *et al.*, 2003). Les cotes de 1 et de 2 n'ont pas été prises en compte dans le calcul, mais ont orienté les besoins en matière de reformulation, de modification et de suppression d'énoncés (Polit et Beck, 2006). Les IVC-O représentent quant à eux la moyenne des IVC-É (Polit *et al.*, 2007). Dans le cadre de cette étude, un IVC-O a été calculé pour la représentativité et un autre pour la clarté.

Les commentaires ajoutés par les experts ont été traités de façon quantitative et qualitative pour trianguler les résultats et orienter la révision de l'outil. Considérant le volume restreint des données à traiter, un codage manuel a été effectué. Des codes prédéfinis reprenant les besoins de révision proposés par Polit et Beck (2006) ont été utilisés. Le code *Reformulation* référait au besoin de rendre un énoncé plus compréhensible d'un point de vue linguistique; le code *Modification* au besoin de fusionner ou de scinder des énoncés ou encore de rectifier leur contenu; et le code *Suppression* au besoin d'éliminer un énoncé.

### **Considérations éthiques**

Puisque l'échantillon se compose de professionnels sollicités pour leur opinion d'expert, le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières a jugé qu'une certification éthique n'était pas nécessaire.

### **Résultats**

Par souci de cohérence, les résultats sont présentés selon les étapes 3 et 4 décrites dans la méthodologie.

### **Constitution d'une banque d'énoncés**

La version préliminaire de l'ESGR se composait de 75 énoncés organisés selon les trois catégories du MCRO-E et comprenait deux sections. La première section exposait brièvement les bases théoriques de l'outil et les instructions relatives à son utilisation, tandis que la seconde section constituait le formulaire de cotation. La version préliminaire de l'ESGR proposait une cotation des facteurs de risque selon quatre critères, à savoir *sécuritaire*, *obstacle*, *facilitateur* ou *non applicable*. Une section commentaires permettait l'ajout de renseignements complémentaires et un sommaire de résultats mettait visuellement en évidence le nombre d'énoncés associé à chacun des critères de cotation.

### **Évaluation de la Validité de Contenu**

L'évaluation de la validité de contenu des énoncés a mis en lumière certaines limites et lacunes de l'ESGR. Les IVC calculés et les commentaires recueillis pour chacune des deux phases de validation sont présentés ci-après.

**Description des participants.** Onze ergothérapeutes, un homme et dix femmes, ont participé à la première phase de validation. Ils provenaient de différentes régions du Québec ainsi que de différents milieux et avaient en moyenne 22,5 années d'expérience clinique au moment de la consultation (voir Tableau 6). Certains travaillaient dans des milieux multiculturels et d'autres principalement auprès d'une clientèle caucasienne francophone. Dix des onze experts initiaux ont participé à la seconde phase de validation.

Tableau 6

*Caractéristiques des experts ergothérapeutes ayant procédé à  
l'évaluation de la validité de contenu de l'ESGR*

Caractéristiques	Experts (n = 11)
<b>Genre</b>	
Homme	1
Femme	10
<b>Expérience en santé mentale (années)</b>	
[5 – 9,9]	1
[10 – 14,9]	3
[15 – 19,9]	2
[20 – 24,9]	0
[25 – 29,9]	3
[30 – 35]	2
<b>Milieu de pratique (établissement)</b>	
Centre hospitalier (psychiatrie)	4
Centre local de services communautaires (CLSC)	3
Clinique externe de psychiatrie	2
Université	2
<b>Milieu de pratique (urbanisation)</b>	
Urbain	3
Semi-urbain	8

**Première phase de validation et révision subséquente de l'outil.** La première phase de validation a fait ressortir le besoin de clarifier le concept de sécurité à domicile et de le situer par rapport aux troubles mentaux graves. Trois experts ont demandé que des exemples soient associés à certains énoncés pour en faciliter la compréhension. La

première section de l'ESGR a donc été modifiée pour lui donner la forme d'un guide d'utilisation qui assure une compréhension commune des énoncés et qui expose plus clairement l'objectif et les bases théoriques de l'outil. En réponse au commentaire d'un expert, le formulaire de cotation de l'ESGR a été modifié pour que les énoncés soient cotés selon qu'ils représentent un *facteur de risque absent*; un *facteur de risque faible*; un *facteur de risque modéré*; un *facteur de risque grave*; ou un *facteur de protection* (voir Tableau 7). La cote *non applicable* a été conservée et la cote *non observable* ajoutée pour rendre compte du fait que l'information est parfois insuffisante pour que l'évaluateur puisse porter un jugement.

Sur le plan de l'exhaustivité, la première phase de validation a fait émerger le code *Ajout*, lequel s'est ajouté aux codes prédéfinis. Sur ce point, la nécessité de tenir compte de la consommation de substances psychoactives, des dimensions affectives et relationnelles, ainsi que des responsabilités associées au fait d'avoir une personne ou un animal à sa charge a été soulevée. Six énoncés ont quant à eux été jugés redondants.

Tableau 7

*Descriptifs des cotes d'évaluation de l'ESGR*

Cotes	Descriptif
Facteur de risque absent	Il n'y a aucun risque en ce qui a trait à la sécurité du client, d'autrui et de l'environnement physique, le terme « absent » incluant également les facteurs de risque négligeables.
Facteur de risque faible	Le maintien à domicile sécuritaire n'est pas remis en question, des suggestions et des recommandations sont nécessaires pour favoriser un niveau de sécurité optimal.
Facteur de risque modéré	L'intégrité et le fonctionnement du client risquent d'être irrémédiablement compromis si les conditions actuelles de maintien à domicile ne changent pas, une détérioration de la situation étant prévisible à moyen terme, une intervention doit être mise en place.
Facteur de risque grave	L'intégrité et la sécurité du client sont présentement menacées et la situation actuelle de maintien à domicile représente un risque imminent pour le client, d'où la nécessité d'une intervention immédiate.
Facteur de protection	Caractéristiques permettant de compenser ou pallier aux facteurs de risque, qui protègent contre le risque ou en atténuent les conséquences.

Pour ce qui est de la représentativité, les IVC-É calculés pour la version préliminaire de l'ESGR variaient entre 0,7273 et 1,000, avec un IVC-O de 0,9644. Seuls deux énoncés de la catégorie *domaine de l'occupation* présentaient un IVC-É se situant sous le seuil acceptable de 0,7800. Pour la clarté, des IVC-É variant entre 0,7273 et 1,0000 ont été calculés pour la version préliminaire de l'ESGR, pour un IVC-O de 0,9423. Trois énoncés ont obtenu un IVC-É sous le seuil acceptable, dont un dans la catégorie *environnement* et deux dans la

catégorie *dimensions de la personne*. Les énoncés se situant sous le seuil acceptable ou identifiés comme étant problématiques ont tous fait l'objet d'une révision. À titre d'exemple, l'énoncé « Les services reçus du système de santé ou d'un organisme communautaire minimisent la prise de risque du client » a été jugé difficile à comprendre et une « reformulation plus concrète » a été demandée.

**Seconde phase de validation et révision subséquente de l'outil.** Les commentaires recueillis pendant la seconde phase de validation ont montré que le guide d'utilisation révisé a été bien accueilli par les experts qui l'ont qualifié de « très bien fait », de « complet » et de « très aidant ». Seulement deux commentaires ont été formulés concernant l'exhaustivité de la version bonifiée de l'ESGR. Un des experts a suggéré que la notion de style occupationnel soit abordée et un autre a proposé d'ajouter un énoncé concernant la propreté de la vaisselle.

Les données recueillies font ressortir que les énoncés de la version bonifiée de l'ESGR sont clairs et représentatifs du phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave selon les ergothérapeutes consultés à titre d'experts. Tous les énoncés de la version bonifiée ont obtenu un IVC-É de 1,000, sauf deux énoncés de la catégorie *environnement* pour lesquels des IVC-É de 0,9846 ont été calculés pour la clarté. Les experts ont suggéré qu'une formulation axée sur les capacités fonctionnelles de la personne soit utilisée pour mieux refléter la nature holistique de l'ergothérapie. À titre d'exemple, l'énoncé « *Les difficultés pratiques mettent le client à risque* » est devenu « *Le*



*client utilise correctement les objets usuels de son environnement* ». Le contenu de certains énoncés a également été modifié, comme c'est le cas pour l'énoncé « *L'organisation temporelle (initier, poursuivre et terminer) du client affecte la réalisation sécuritaire de ses tâches, activités ou occupations* » qui est devenu « *Le client est en mesure de planifier et de s'organiser dans la tâche* ». Comme précédemment, les énoncés jugés problématiques ont tous fait l'objet d'une révision.

### **L'ESGR après la validation de contenu**

L'ESGR révisée comprend un guide d'utilisation, plus informatif que dans la version préliminaire, qui expose notamment les bases théoriques de l'ESGR. Le guide d'utilisation propose également des renseignements complémentaires relatifs aux normes du bâtiment et à la réglementation sur la salubrité et l'entretien des logements, ainsi que des exemples en lien avec la quasi-totalité des énoncés, ce qui en facilite la compréhension et en illustre le sens. Dans sa version révisée, l'ESGR comprend 67 énoncés, dont 32 relatifs à *l'environnement*, 14 aux *domaines de l'occupation* et 21 aux *dimensions de la personne*. La Figure 3 présente un extrait du formulaire de cotation de l'ESGR révisé à la lumière des deux phases de validation.

Énoncés	Facteur de risque absent	Facteur de risque faible	Facteur de risque modéré	Facteur de risque sévère	Facteur de protection	N/A	N/O	Commentaires
<b>RISQUES ASSOCIÉS À L'ENVIRONNEMENT</b>								
7 Les prises de courant ainsi que les interrupteurs sont couverts d'une plaque et le câblage n'est pas exposé.								
11 Au moins un téléphone opérationnel est accessible en cas d'urgence.								
31 Des animaux de compagnies sont présents.								
[...]								
<b>RISQUES ASSOCIÉS AUX DOMAINES DE L'OCCUPATION</b>								
33 Les produits utilisés pour les soins d'hygiène sont convenables et conformes à l'usage prévu.								
34 Les médicaments sont utilisés comme prescrits.								
44 Le paiement des factures de chauffage respecte les délais.								
[...]								
<b>RISQUES ASSOCIÉS AUX DIMENSIONS DE LA PERSONNE</b>								
50 Le client est capable d'interpréter les signaux (visuels, sonores, olfactifs...) de son environnement.								
54 Le client peut anticiper les situations à risque.								
67 Les croyances du client et les pratiques qui en découlent sont socialement acceptables.								
[...]								

Figure 3. Exemples d'énoncés tirés du formulaire de cotation de l'ESGR.

En ce qui concerne l'interprétation des résultats, l'ESGR n'a pas été conçu pour fournir un seuil qui permettrait de statuer de manière dichotomique sur le niveau de sécurité à domicile. Ce sont plutôt les nuances que fera ressortir l'analyse de l'ergothérapeute qui détermineront ce qui est « suffisamment sécuritaire ». Pour faciliter ce processus clinique, l'ESGR fournit un tableau sommaire des résultats visant à présenter un portrait du niveau de sécurité à domicile et à orienter le raisonnement clinique (voir Figure 4).

<b>ESGR : SOMMAIRE DE RÉSULTATS</b>			
	Environnement (32 énoncés)	Occupation (14 énoncés)	Personne (21 énoncés)
Nombre d'énoncés avec un facteur de risque absent			
Nombre d'énoncés avec un facteur de risque faible			
Nombre d'énoncés avec un facteur de risque modéré			
Nombre d'énoncés avec un facteur de risque sévère			
Nombre d'énoncés avec un facteur de protection			
Nombre d'énoncés non observés			
Nombre d'énoncés non applicables			

**Suite à votre évaluation, considérez-vous que le client :**

- Est sécuritaire à domicile
- Bénéficierait d'interventions mineures pour être sécuritaire à domicile
- Vit dans une situation où sa sécurité est compromise et où une intervention rapide est nécessaire
- Vit dans une situation de danger imminent qui demande une intervention immédiate des services d'urgence et de protection

Figure 4. Extrait du sommaire de résultats de l'ESGR.

## Discussion

L'évaluation de la sécurité à domicile des personnes qui présentent un trouble mental grave et qui vivent en logement est un enjeu clinique que rencontrent de plus en plus d'ergothérapeutes. Une évaluation ergothérapique de la sécurité à domicile peut contribuer à identifier les facteurs de risque qui, tel qu'explicité en introduction, peuvent être associés à l'un ou plusieurs attributs du milieu de vie. Une telle évaluation peut faciliter la mise en place d'interventions ciblées et contextualisées visant à limiter les incidents, lesquels peuvent par exemple découler d'une gestion inadéquate de la médication, d'une salubrité précaire des lieux ou encore d'une utilisation inadéquate des électroménagers, et par conséquent, contribuer au maintien d'un « chez-soi ». Cela est cohérent avec le désir de plusieurs personnes aux prises avec un trouble mental grave d'accéder au logement autonome (Browne et Courtney, 2005; Piat *et al.*, 2008) et avec les orientations québécoises et canadiennes en matière de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2012; MSSS, 2005). Cet article rapporte les premières étapes de l'élaboration et de la validation d'un outil d'évaluation de la sécurité à domicile ciblant les besoins des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Au terme de cette étude, tant les IVC que les commentaires recueillis soutiennent la validité de contenu de l'ESGR. Les experts consultés considèrent qu'il présente un intérêt clinique, certains ayant spontanément mentionné vouloir l'expérimenter.

Dans le contexte où les services de santé mentale adoptent une approche inclusive axée sur le rétablissement, il est important que les personnes aux prises avec un trouble mental grave restent libres d'accéder et de maintenir un chez-soi, d'autant plus que le risque de

perdre leur indépendance est une préoccupation importante (Faulkner, 2012). Bien qu'un diagnostic de trouble mental grave ne devrait pas amener les intervenants à considérer d'emblée que la sécurité à domicile est compromise, il importe que ceux qui constatent des situations problématiques disposent d'un outil ciblant l'ensemble des besoins des personnes ayant un trouble mental grave. La visée de l'ESGR n'est pas d'amener les ergothérapeutes à juger les habitudes parfois marginales qu'adoptent certains individus, mais plutôt à s'attarder à leur composante sécuritaire. L'un des rôles de l'évaluateur est d'identifier les facteurs de risque à domicile, d'en prévoir les conséquences potentielles (un manque d'attention pendant la préparation d'un repas pourrait par exemple être à l'origine d'une blessure) et d'en estimer la probabilité. Les pratiques actuelles entourant l'évaluation de la sécurité à domicile s'appuient sur une vision universelle et objective du risque qui met l'accent sur la protection de l'intégrité des personnes. Or, bien que la sécurité comporte effectivement une dimension objective qui repose sur des paramètres factuels d'ordre comportemental et environnemental, elle comporte également une dimension subjective se rapportant au sentiment de sécurité (Maurice *et al.*, 1998) et à la tolérance au risque. Dès lors, la sécurité à domicile ne constitue pas un phénomène objectif, mais représente plutôt le produit d'une série de jugements sociaux (Lauder, Davidson, Anderson et Barclay, 2005), lesquels se modulent en regard à des normes socialement admises et construites. L'appréciation du niveau global de sécurité à domicile sera donc notamment influencée par la tolérance sociale au risque, de même que par la tolérance au risque de l'évaluateur.

L'ESGR a été élaboré pour soutenir une démarche rigoureuse facilitant la formulation de recommandations ciblées et concrètes pour permettre le maintien du « chez-soi » et ce faisant, pour ultimement favoriser la sécurité à domicile dans le cadre du rétablissement des personnes aux prises avec un trouble mental grave. L'ESGR est un outil qui vise à soutenir le jugement clinique d'ergothérapeutes qui cherchent à promouvoir un équilibre entre d'une part, la protection de l'intégrité physique et mentale des personnes et d'autre part, leurs droits et libertés. S'appuyant sur la prémisse selon laquelle le degré de sécurité à domicile est intimement lié au rendement occupationnel, l'ESGR s'articule autour du triptyque personne-environnement-occupation, ce qui est cohérent avec la documentation scientifique portant sur la sécurité à domicile (Allen, 1992; Chiu et Oliver, 2006; Florio *et al.*, 1979; McNulty et Fisher, 2001). Il est prévu que l'ESGR soit utilisé dans le cadre d'une démarche qui tient compte des particularités associées aux troubles mentaux graves comme les préférences domiciliaires ainsi que la symptomatologie et qui, conformément aux conclusions de McNulty et Fisher (2001), prend place dans le milieu naturel de la personne.

Il importe, lorsqu'il est question d'évaluation de la sécurité à domicile, que l'ergothérapeute demeure vigilant compte tenu du fait que les problématiques de sécurité à domicile qui résultent d'une négligence de soi suscitent généralement un malaise chez les personnes (proches, intervenants ou autres) qui y sont confrontées. Ces problématiques soulèvent souvent des dilemmes éthiques, opposant des enjeux et des valeurs qui demeurent irréconciliables, bien que tous aussi légitimes (Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec, 2013). L'équilibre entre les droits de la personne ainsi que les devoirs

et obligations professionnels des intervenants, notamment en termes de bienveillance et de bienfaisance, représente l'un des principaux dilemmes éthiques qui se dégagent des écrits portant sur les problématiques de la sécurité à domicile (voir notamment Blass *et al.*, 2006; Braye *et al.*, 2011; Dong et Gorbien, 2005; Naik, Teal, Pavlik, Dyer et McCullough, 2008; Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor et Whybrow, 2002). La capacité de la personne à prendre des décisions et son droit à l'autonomie ou à l'autodétermination constituent, aux yeux des intervenants, des enjeux importants. Par ailleurs, les intervenants développent souvent un sentiment de responsabilité à l'égard de la personne aux prises avec une problématique de sécurité à domicile, ainsi qu'à l'égard du public. À cet effet, le souci qu'ont plusieurs intervenants de protéger les proches et le voisinage ressort de plusieurs écrits (voir notamment Day, 2010; Dong et Gorbien, 2005; Lauder *et al.*, 2005; Naik *et al.*, 2008; Torke et Sachs, 2008).

### **Forces et limites de l'étude**

La stratégie de recherche retenue constitue une force dans cette étude, la validité de contenu des énoncés de l'ESGR étant soutenue tant par les résultats quantitatifs que qualitatifs. Le fait que seuls des ergothérapeutes aient participé au processus de validation représente une limite puisque leur conception de la sécurité à domicile diffère possiblement de celles des personnes aux prises avec un trouble mental ou de leurs proches ou d'autres disciplines.

### **Recommandation pour la recherche**

Une étude est présentement en cours pour documenter de façon empirique le phénomène de la sécurité à domicile selon la perspective des personnes aux prises avec un trouble mental, de leurs proches et de divers acteurs de la communauté. Il est prévu que les étapes subséquentes de l'élaboration de l'ESGR s'attardent à la manière d'intégrer la dimension éthique au processus évaluation de la sécurité à domicile. Enfin, la poursuite de la validation de l'ESGR et sa traduction en anglais sont également prévues.

Par ailleurs, bien que quelques écrits scientifiques, principalement dans le domaine du travail social, abordent les enjeux éthiques associés à la sécurité à domicile, le phénomène demeure principalement étudié dans une perspective clinique. Il serait pertinent que des études ultérieures s'attardent à la question sous un angle socioéthique. Enfin, il serait nécessaire qu'une étude soit menée pour documenter et comparer la prévalence des incidents domiciliaires chez les personnes ayant un trouble mental grave à celle de la population générale et d'autres groupes vulnérables.

### **Conclusion**

Cette étude apporte une contribution unique concernant la sécurité à domicile en proposant l'élaboration d'un outil d'évaluation en français, l'ESGR, spécifiquement conçu pour une clientèle aux prises avec un trouble mental grave. Cet outil vise à soutenir le raisonnement clinique des ergothérapeutes. Les résultats montrent que la version révisée de l'ESGR satisfait les experts consultés. En proposant que l'évaluation de la sécurité à domicile



tienne compte de l'interaction entre des facteurs de risque relevant autant de la personne, de son environnement que de ses occupations, cette étude suggère que les ergothérapeutes jouent un rôle de premier plan dans ce domaine.

### **Messages clés**

- L'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave ne se limite pas à l'environnement physique ni aux risques de blessures physiques.
- L'ESGR reconnaît que l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave est multifactorielle et doit être contextualisée.
- Selon les experts consultés, l'ESGR est un outil pertinent qui pourra guider l'ergothérapeute dans l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave.

## Références

- Adamkiewicz, G., Zota, A. R., Fabian, M. P., Chahine, T., Julien, R., Spengler, J. D. et Levy, J. I. (2011). Moving environmental justice indoors: Understanding structural influences on residential exposure patterns in low-income communities. *American Journal of Public Health, 101*(1), 238-245. doi: 10.2105/ajph.2011.300119
- Allen, C. K. (1992). Cognitive disabilities. Dans Katz, N. (dir.), *Cognitive rehabilitation: Models for intervention in occupational therapy*. Boston (MA). Andover Medical. 1-21.
- Anemaet, W. K., & Moffa-Trotter, M. E. (1999). Promoting safety and function through home assessments. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 15*(1), 26-55.
- Aubin, G., Gélinas, I., Stip, E., Chapparo, C. et Rainville, C. (2009). Daily functioning and information processing strategies among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services, 60*(6), 817-822. doi: 10.1176/appi.ps.60.6.817.
- Baker, J., Lovell, K. et Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher, 14*(1), 59-70.
- Blass, D. M., Rye, R. M., Robbins, B. M., Miner, M. M., Handel, S., Carroll, J. L. Jr., et Rabins, P. V. (2006). Ethical issues in mobile psychiatric treatment with homebound elderly patients: The psychogeriatric assessment and treatment in city housing experience. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(5), 843-848. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00706.x
- Braye, S., Orr, D. et Preston-Shoot, M. (2011). Conceptualising and responding to self-neglect: The challenges for adult safeguarding. *Journal of Adult Protection, 13*(4), 182-193. doi: 10.1108/14668201111177905
- Browne, G. et Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(3), 311-326. doi: 10.1080/01612840590915694
- Camilloni, L., Farchi, S., Chini, F., Giorgi Rossi, P., Borgia, P. et Guasticchi, G. (2013). How socioeconomic status influences road traffic injuries and home injuries in Rome. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion, 20*(2), 134-143. doi: 10.1080/17457300.2012.692695
- Chiu, T. et Oliver, R. (2006). Factor analysis and construct validity of the SAFER-HOME. OTJR: *Occupation, Participation and Health, 26*(4), 132-142.

- Chiu, T., Oliver, R., Marshall, L. et Letts, L. (2001). *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation (SAFER) tool manual*. Toronto, ON: COTA Comprehensive Rehabilitation and Mental Health Services.
- Clemson, L., Fitzgerald, M. H. et Heard, R. (1999). Content validity of an assessment tool to identify home fall hazards: The Westmead Home Safety Assessment. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 171-179.
- CLSC Côte-des-Neiges. (2006). Grille d'évaluation de la sécurité des personnes souffrant de démence et vivant à domicile. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), i-iv. doi: 10.1177/000841740607300501
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Consulté à : [www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507\\_MHCC\\_FR\\_final.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_FR_final.pdf)
- Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec. (2013). *Les enjeux éthiques*. Consulté à : <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quelques-notions-dethique/les-enjeux-ethiques.html>
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L. et Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Day, M. R. (2010). Self-neglect: A challenge and a dilemma. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(2), 73-75. doi: 10.1016/j.apnu.2010.02.002
- de Courval, L. P., Gélinas, I., Gauthier, S., Gayton, D., Liu, L., Rossignol, M., ... Dastoor, D. (2006). Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(2), 67-75.
- Dong, X. et Gorbien, M. (2005). Decision-making capacity: The core of self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), 19-36.
- Duffy, D., Doyle, M. et Ryan, T. (2004). Risk assessment and management in acute mental health care. Dans Harrison, M., Howard, D. et Mitchell D. (dir.), *Acute mental health nursing: From acute concerns to the capable practitioner*. Thousand Oaks (CA). Sage Publications, Inc. 144-161.
- Fänge, A., & Iwarsson, S. (1999). Physical housing environment: Development of a self-assessment instrument. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 250-260. doi: 10.1177/000841749906600507

- Faulkner, A. (2012). The right to take risks. *Journal of Adult Protection*, 14(6), 287-296. doi: 10.1108/14668201211286066
- Fisher, G. et Ewonishon, K. (2006). *Cougar Home Safety Assessment- Version 4.0*. Consulté à : <http://www.misericordia.edu/images/ot/finalcougar07.pdf>
- Florio, A. E., Alles, W. F. et Stafford, G. T. (1979). *Safety education* (4<sup>e</sup> éd.). New York (NY). McGraw-Hill.
- Forchuck, C., Nelson, G. et Hall, B. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 42-52, doi: 10.1111/j.1744-6163.2006.00054.x
- Fossey, E., Harvey, C., Plant, G. et Pantelis, C. (2006). Occupational performance of people diagnosed with schizophrenia in supported housing and outreach programmes in Australia. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 409-419.
- Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., ... Aubry, T. (2014). *Rapport final du projet Chez Soi*. Consulté à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/24381/national-homechez-soi-final-report?terminial=38>
- Grant, J. S. et Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269-274.
- Halliday, G., Banerjee, S., Philpot, M. et Macdonald, A. (2000). Community study of people who live in squalor. *Lancet*, 355(9207), 882-886.
- Hébert, M., Brasslet-Latulippe, A., Bourgault-Côté, S., Meilleur, V. et Chiu, T. (2009). Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD) : version francophone du SAFER\_HOME v3. *Francophonie d'Amérique*, 28, 213-233. doi: 10.7202/044990ar
- Kirby, M. J. L. et Keon, W. J. (2006). *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Consulté à : <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/rep02may06-e.htm>
- Kloos, B. et Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44(3-4), 316-326. doi: 10.1007/s10464-009-9277-1

- Lauder, W., Davidson, G., Anderson, I. et Barclay, A. (2005). Self-neglect: The role of judgements and applied ethics. *Nursing Standard*, 19(18), 45-51. doi: 10.7748/ns2005.01.19.18.45.c3785
- Law, M., Pollock, N. et Stewart, D. (2004). Evidence-based occupational therapy: Concepts and strategies. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 51(1), 14-22.
- Lee, S., Wong, Y.-L. et Rothbard, A. B. (2009). Factors associated with departure from supported independent living programs for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 60(3), 367-373, doi: 10.1176/appi.ps.60.3.367.
- Leibbrandt, S. M. V. (2008). *Factors associated with self-neglect in community-dwelling older adults* (Thèse doctorale). Consulté à : <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=f717ce83-b572-4712-8d2c-a686ccdf2176%40sessionmgr104&vid=0&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d#db=psyh&AN=2008-99070-421>
- Le Réseau ontarien de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées. (n. d.). *Formes de maltraitance des personnes âgées*. Consulté à : <http://onpea.org/french/elderabuse/formsofelderabuse.html>
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Macknight, C. (2001). La négligence de soi chez les aînés : abolir le mur de la solitude. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, 4(4), 18-21
- Martinez-Aran, A., Vieta, E., Torrent, C., Sanchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Salamero, M., ... Ayuso-Mateos, J. L. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: The role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorder*, 9(1-2), 103-113. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00327.x
- Maurice, P., Lavoie, M., Levaque Charron, R., Chapdelaine, A., Bélanger Bonneau, H., Svanström, L., ... Romer, C. (1998). *Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels*. Consulté à : [http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/promotion\\_de\\_la\\_sec.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/promotion_de_la_sec.pdf)
- McGuire, J. (2004). Minimising harm in violence risk assessment: Pratical solution to ethical problems? *Health, Risk & Society*, 6(4), 328-345.
- McNulty, M. C. et Fisher, A. G. (2001). Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to estimate overall home safety in persons with psychiatric conditions. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), 649-655.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 1989). *Politique de santé mentale*. Consulté à : [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Consulté à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Morin, P., Dorvil, H. et Robert, D. (2001). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 88-105.
- Mullen, P. (2003). Delphi: Myths and reality. *Journal of Health Organization and Management*, 17(1), 37-52.
- Naik, A. D., Teal, C. R., Pavlik, V. N., Dyer, C. B. et McCullough, L. B. (2008). Conceptual challenges and practical approaches to screening capacity for self-care and protection in vulnerable older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, S266-270. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01979.x
- Nelson, G., Hall, G. B. et Forchuk, C. (2003). Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 22(1), 5-19.
- Nelson, G., Macnaughton, E., Caplan, R., Macleod, T., Townley, G., Piat, M., ... Goering, P. (2013). *Follow-up implementation and fidelity evaluation of the mental health commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross-site report*. Récupéré de <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/13611?terminal=23>
- Nikolova, R., Carignan, M., Moscovitz, N. et Demers, L. (2004). The Psychogeriatric and risk behavior assessment scale (PARBAS): A new measure for use with older adults living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39(2), 187-200. doi: 10.1016/j.archger.2004.03.003
- Organisation mondiale de la Santé. (OMS, 2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Consulté à : [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf)
- Petry, K., Maes, B. et Vlaskamp, C. (2007). Operationalizing quality of life for people with profound multiple disabilities: A Delphi study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(Part 5), 334-349.
- Piat, M., Boyer, R., Cloutier, S., Fleury, M.-J. et Lesage, A. (2012). Les conditions d'hébergement favorables au rétablissement : perspective des usagers et usagères. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 31(1), 67-85

- Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H., Boyer, R., Couture, A. et Bloom, D. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 247-269. doi: 10.7202/019677ar
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A. et Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Dans Townsend, E. A. et Polatajko, H. J. (dir.), *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497. doi: 10.1002/nur.20147
- Polit, D. F., Beck, C. T. et Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. doi: 10.1002/nur.20199
- Robnett, R. H., Hopkins, V. et Kimball, J. D. (2002). The SAFE AT HOME: A quick home safety assessment. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 20(3/4), 77-92. doi: 10.1080/J148v20n03\_06)
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S. et Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104. doi: 10.1093/swr/27.2.94
- Russell, C., Fitzgerald, M. H., Williamson, P., Manor, D. et Whybrow, S. (2002). Independence as a practice issue in occupational therapy: The safety clause. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 369-379.
- Sanford, J. A., Pynoos, J., Tejral, A. et Browne, A. (2002). Development of a comprehensive assessment for delivery of home modifications. *Physical & Occupational Therapy in Geriatric*, 20(2), 43-55.
- Santé Canada. (1999). *Négligence de soi chez les aînés*. Consulté à : [http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/violence/neglct\\_f.pdf](http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/violence/neglct_f.pdf)
- Streiner D. L. et Norman G. R. (2008). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use* (4<sup>e</sup> éd.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(5), 450-455.
- Titterton, M. (2004). *Risk and risk taking in health and social welfare*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

- Torke, A. M. et Sachs, G. A. (2008). Self-neglect and resistance to intervention: Ethical challenges for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1926-1927. doi: 10.1007/s11606-008-0807-6
- Tsai, J., Stroup, S. T. et Rosenheck, R. A. (2011). Housing arrangements among a national sample of adults with chronic schizophrenia living in the United States: A descriptive study. *Journal of Community Psychology*, 39(1), 76-88. doi: 10.1002/jcop.20418
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Waltz, C. F., Stickland, O. L. et Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research* (4<sup>e</sup> éd.). New York (NY): Springer Publishing Company.
- Whitley, R., Harris, M. et Drake, R. E. (2008). Safety and security in small-scale recovery housing for people with severe mental illness: An inner-city case study. *Psychiatric Services*, 59(2), 165-169.
- World Health Organization. (WHO, 2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1*. Consulté à : [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf)
- Wright, P. A. et Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 27(1), 79-89. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001



## **Chapitre 2**

Modelizing home safety as experienced by people with mental illness

# **Modelizing Home Safety as Experienced by People with Mental Illness<sup>1</sup>**

**Marjorie Désormeaux-Moreau, PhD (candidate). OT.<sup>1</sup>**

**Ginette Aubin, PhD. OT.<sup>2</sup>**

**Nadine Larivière, PhD. OT.<sup>3</sup>**

- <sup>1</sup> Psychology doctorate student, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7 téléphone : 819-697-0023 courriel : [desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)
- <sup>2</sup> Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7
- <sup>3</sup> École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Centre affilié universitaire, Sherbrooke; Centre de recherche Fernand-Seguin/Hôpital Louis-H.; 2500 boul de l'Université Sherbrooke, QC, J1K 2R1

---

<sup>1</sup> Une première version du texte de ce second chapitre fut soumise le 5 septembre 2016 au *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* (SJOT). La version finale du manuscrit, lequel fut rédigé dans son intégralité par l'étudiante sous la supervision des coauteures, fut publié en mai 2017.

### Abstract

**Rationale:** As more individuals with mental disorders now live in the community and as the custodial care housing model has shifted to supported housing, home safety has become a rising issue, however, not well documented. **Objectives:** To describe the phenomenon of home safety for people with a mental disorder as well as its contributing factors. **Methods:** A descriptive qualitative design was used. Individual interviews were conducted with persons with a mental disorder ( $n = 8$ ), while focus groups were conducted with relatives, health and social service providers and community stakeholders ( $n = 21$ ). The data were analyzed with the grounded theory analysis as described by Paillé (1994). **Results:** Findings suggest that home safety implies risk and protective factors, which are associated with (1) the person's characteristics; (2) the quality of the home environment; (3) the nature of the activities in which the individual engages. These dimensions are interrelated so that home incidents arise from a dynamic interaction between risk and protective factors. **Conclusions:** Home incidents therefore occur when the interaction between these dimensions is altered. Considering this situation, Occupational Therapists are well positioned to play a leading role and act as key contributors in the area of home safety in people with mental disorders.

**Keywords:** Housing\*, Occupational therapy\*, Risk, Safety

## Introduction

Based on the recovery approach, the current organization of mental health services values social integration and community living for people with mental disorders [1,2]. However, because of low income, many of these persons are limited to poor-quality housing located in underprivileged neighbourhoods [2–4], which are associated with greater risk for their health and safety [5,6]. In addition, the safety and quality of the accomplishment of activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs) has been found to be frequently impaired in people with a mental disorder [7–10]. Home safety has been described as being based on the identification of potential hazards as well as problem-solving strategies [9,11]. Yet, considering that cognitive deficits are often associated with mental disorders [12,13], the ability of people with mental illness to manage risk and maintain their home safety can therefore be affected.

Home safety issues experienced by people with a mental disorder can manifest in various ways. For example, someone with paranoid thoughts and ideations could live in a constant (perceived) fear that his waste and trash are stolen by secret services and therefore decide to get rid of it in the toilet, which could obstruct the evacuation pipe or cause flooding. A lack of discernment, for instance during an acute manic episode associated with bipolar disorder, could cause a person to put his clothes in the oven to speed up drying, with significant fire hazards. Finally, a person with severe depressive symptoms may not have the energy required for washing the dishes and instead, repeatedly reuse soiled plates, with an eventual risk of food poisoning.

## **Literature overview**

To our knowledge, there is no empirical evidence currently available describing the relationship between mental disorders and home incidents. It would indeed be very difficult to access such information because most home incidents are not reported and remain 'invisible'. Even when formal aid requests are made, such information is still often not accessible, given the fact that emergency services (e.g. public or fire safety department) and hospitals may not systematically record such data. However, based on the authors' (own) clinical experience and that of occupational therapists in their network, home safety appears to be a frequent and important issue for those providing services to people with mental disorders.

Yet, currently there isn't a complete portrait of the factors affecting the home safety of individuals with a mental disorder. Literature addressing home safety issues mainly concerns injury prevention for older adults [14–17] and children [18–20] or home care safety [21–24]. In the context of the home environment, safety is usually described in terms of contributing factors [25,26], those being mainly risk factors. It also relates to risk management and safety maintenance [9,11]. Home safety is also often presented as being closely related to the person's characteristics (e.g. health status, knowledge, abilities), daily activities and physical aspects of the home environment [11,25,26]. However, no empirical study has, to date and to our knowledge, comprehensively described how each of these contributed to home safety. The objectives of this study were therefore to address this knowledge gap, first by identifying contributing factors and second, by describing

home safety for people living with a mental disorder. A modelization of the phenomenon is presented as a result of the analyzes.

### **Method**

The study reported in this article was part of a broader research investigation that aimed to elaborate a clinical tool to foster clinical reasoning when facing home safety issues encountered by people with a mental disorder. It was based on a research development study design [27,28] and adopted a qualitative strategy and an inductive approach. It is the first phase of the study that is discussed in this article. It aimed to develop an understanding of how home safety is experienced by people living with a mental disorder, by identifying its contributing factors and modelizing their interactions.

#### **Selection of participants**

Participants were recruited in an administrative region of Quebec, a province of Canada, following a purposeful and network non-probability sampling technique after the study received the 'Université du Québec à Trois-Rivières' research ethics board approval. Participants included people living with a mental disorder, relatives, health and social services providers and community stakeholders. Table 8 shows the details of the recruitment method and of the selection criteria.

Table 8

*Recruitment method and selection criteria of respondents*

Respondents	Recruitment method	Selection criteria
Persons with a mental illness ( <i>n</i> = 8)	Voluntary participation Ads displayed in a community group providing services to people with mental illness and /or presentation of the research project by a service provider	Inclusion: a) have a mental illness attested by a medical diagnosis; b) 18 years old and over); c) living in the community; and d) being fluent in French. Exclusion: a) presenting with acute symptoms or being legally inapt to consent; and b) being homeless, living in a shelter or temporarily living with a none one at the time of the study.
Relatives ( <i>n</i> = 8)	Voluntary participation Presentation of the research project by the director of an organization offering support to parents and relatives of people with a mental illness	Inclusion: a) being a family member, friend or caregiver of a person with a mental illness; b) being concerned about their relative's home safety; and c) being fluent in French. Exclusion: none
Health and social services providers ( <i>n</i> = 7)	Invitation Via the first author's personal contacts	Inclusion: a) working in an institution/organization providing health and/or social services; b) providing direct services to people with a mental illness for at least one year; c) presenting an interest in people with a mental illness's home safety; and d) being fluent in French.
Community stakeholders ( <i>n</i> = 7)	Invitation Via the first author's personal invitation and presentation of the project to fire prevention, public security public, or animal's rights organizations	Inclusion: a) having experienced concerns for the home safety of an individual whose behaviour led to believe in mental health issues; b) having one year of professional experience or more and c) being fluent in French.

### **Data collection**

Data collection took place between April and November 2014. The participants with a mental disorder were interviewed individually in order to access deeper and more personal experiences and perceptions (lived experience). Individual interviews were also chosen due to the sensitive nature of the information being sought. One-on-one interviews were considered more relevant in order to provide adequate flexibility, so it could be adapted to each participant's needs in terms of attention, understanding or fatigability. Participants with a mental disorder were given the option of being interviewed at the time and location of their choice and were either met in their home ( $n = 5$ ), at the premises of a local community group ( $n = 1$ ) or at the first author's workplace ( $n = 2$ ). Relatives of people with a mental disorder were met through a group interview at a local community group meeting space ( $n = 8$ ). Health and social services providers as well as community stakeholders were met through group, dyad, or individual interviews, according to their availability. They were either interviewed on the university's premises ( $n = 9$ ) or at their workplace ( $n = 5$ ).

Data were collected by the first author by means of face-to-face semi-structured interviews which were recorded in digital format and then fully transcribed. Conducted interviews lasted between 22 and 136 minutes for individuals with a mental disorder. The one interview conducted with the group comprising relatives took 124 minutes while those conducted with health and social service providers as well as with community stakeholders lasted between 38 and 102 minutes. The questions focused on:



(1) participants' perception of their home safety (or their relative or clients' home safety), as well as on (2) the factors they believed influenced home safety (see Appendix). At the end, participants were also encouraged to express their views about issues related to home safety that had not been covered yet. As data collection and analysis progressed, interviews became more focused until emerging categories of contributing factors were saturated, that is to say when the interviews added nothing new in terms of categories [29]. Participants were also invited to complete a sociodemographic questionnaire that was adapted according to the group they represented. They included questions related to the type of housing they live in or to their involvement in home safety of people with a mental disorder (e.g. their perception of the intensity and frequency of their intervention).

Finally, participants were invited to corroborate the interpretation of the collected data. This was done to ensure the results' credibility and confirmability, that is the validity of the interpretation and its independence from the researchers' presuppositions [30]. To do so, interested participants were first provided with an oral or written feedback report of the data's interpretation, depending on their preferences. They were then asked to rate how well they thought the findings described the home safety of people with a mental disorder on a 5-point Likert scale (1 = Does not at all describe the phenomenon; and 5 = Describes the phenomenon very well). Participants were next invited to comment on the representativeness and completeness of the categories of contributing factors (risk and protection) as well as of incidents. They were also asked to indicate those that should be modified, removed or added, with a brief explanation. Participants were given the option

of responding by means of an electronic questionnaire hosted by Google Form ( $n = 6$ ), through a telephone conversation ( $n = 1$ ) or an in-person interview ( $n = 4$ ).

### **Data analysis**

In order to capture the participants' perspective, the data were examined through the analysis by grounded theory as proposed by Paillé [31,32], which is adapted from the grounded theory approach [33]. An analysis by grounded theory seemed appropriate based on the study aim to develop knowledge which would be rooted in the reality of various stakeholders. As home safety is related to different factors as mentioned in the above-mentioned studies without specification of their contribution, analysis by grounded theory seemed to be even more relevant. Indeed, analysis by grounded theory is an organizational and conceptual construction process [32] that is centered on the interactions between the various components of the phenomenon [31].

Paillé's approach aims to identify the elements or concepts that comprise the studied phenomenon and to link them in a model reproducing the relationships between these elements or concepts that are rooted in empirical data [31,32]. To do so, codification, categorization, linking, integration and modeling are done almost simultaneously. Codification and categorization respectively allow the researcher to grasp the essence of the participants' discourse and to make sense of previously coded representations, experiences and events [34]. Linking is the step aiming to establish links between the categories [31,35] while integration refocuses on the object under study by identifying the

main phenomenon based on the empirical data [34,35]. Finally, modeling implies the representation of the relationships that characterize the main phenomenon [31].

As proposed by Paillé, analysis by grounded theory allows three approaches to highlight the interaction between the identified categories: the empirical approach; the speculative approach; and the theoretical approach. The first is purely inductive while the second questions the interactions based on experience or logic [31]. For the purpose of the present study, the identification of the relationships between various categories was made in accordance with the last approach, which relies on scientific literature or on formal theoretical or conceptual frameworks [31]. Based on the theoretical associations made by various authors between function and home safety, it was hypothesized that the Person-Environment-Occupation (PEO) Model [36] could serve as a basis to highlight the empirical relationships in the obtained categories. PEO conceptualizes occupational performance as '*the dynamic experience of a person engaged in an occupation within an environment over time*' (p. 16). It is visually represented through interrelated circles standing for the three main dimensions (person, environment, occupation).

In the current study, coding and categorizing were carried out by the first author in parallel with data collection, in accordance with the dynamic and interactive perspective of grounded theory guidelines. Analytical memos were used to initiate and refine the process of defining the selected categories, as well as to narrow their parameters. Coding was validated by the two other authors in order to allow proper and grounded interpretation of

the data. To do so they consulted the excerpts associated with each code and confirmed that the assigned codes appropriately explained their essence. The identification of categories and relationships between them was also subjected to discussions between the three authors who all possess clinical and research experience with people living with a mental disorder.

## **Results**

### **Participants**

A total of 30 participants were recruited (see Table 9). Eight of those were persons with a mental disorder (e.g. mood, anxiety, psychotic, personality and/or substance abuse health problem). They were aged 48.5 years old on average and either lived alone or with a spouse in a social or private rental apartment, or lived in a rooming house. Seven participants were health and social services professionals. They had different professional backgrounds (occupational therapy, psychoeducation, medicine, social work, governmental policy agency) and had on average 9.4 years of clinical experience. The seven community stakeholders were a veterinarian and director of an animal shelter, fire prevention inspectors, and police officers and had on average 13.6 years of experience in their field. The group of relatives comprised eight participants who mentioned being mothers ( $n = 6$ ), daughters ( $n = 2$ ), sisters ( $n = 2$ ), a grandmother ( $n = 1$ ), a cousin ( $n = 1$ ) and a spouse ( $n = 1$ ) of a person with a mental disorder. Those relationships were non-exclusive categories and three participants of the relatives' group expressed being related to more than one person with a mental disorder. One indicated being the daughter, the

sister and the mother of people with a mental condition; another mentioned being the mother as well as the grandmother of people with a mental condition; and a last one stated being the mother, the cousin and the spouse of people with a mental condition. Relatives were aged on average 57.9 years old.

From those, three persons with a mental disorder, two relatives, five health and social services professionals and two community stakeholders participated in the validation of the analyzed data. The reasons why the others did not take part in this step was because of refusal ( $n = 4$ ), acute state of disorder ( $n = 1$ ), unreachable because of incorrect contact information provided ( $n = 4$ ) or no replies despite a reminder call and/or email ( $n = 10$ ).

Table 9

*Demographic characteristics of subgroups of participants (N = 30)*

	People with a mental illness (n = 8)	Health and social services providers (n = 7)	Community stakeholders (n = 7)	Relatives (n = 8)
Age				
Mean (SD)	48.5 (10.3)	37.3 (10.8)	43 (9.9)	57.9 (8.9)
Range	33-61	24-58	30-57	44-68
Years of experience				
Mean (SD)	----	9.4 (9.2)	13.6 (8.4)	----
Range		2-28	2-25	
Gender (no. of people, %)				
Female	5 (62.5)	4 (57.1)	3 (42.9)	8 (100)
Types of housing (no. of people, %)				
Social or private rental apartment (alone)	5 (62.5)			
Social or private rental apartment (with a spouse)	2 (25)	----	----	----
Rooming house	1 (12.5)			
Involvement in home safety (no. of people) *				
Active		4	2	4
Moderate		0	3	3
Peripheral	----	2	1	----
Low		----	----	1
None		1	1	----

\* Active: primary task within your professional duties / main sphere for which you offer regular support to your relative

Moderate: one of the primary tasks within your professional duties / one of the main spheres for which you offer regular support to your relative

Peripheral: task related but not central to your professional duties

Low: one of the main spheres for which you offer low and occasional support to your relative

None: does not represent a task related in any way to your professional duties

Low: one of the main spheres for which you offer low and punctual support to your relative

None: does not represent a task related in any way to your professional duties

## Findings

The integrated description of people with a mental disorder's home safety comprises three main findings that allow us to consider home safety as being a phenomenon (1) that relates to a set of contributing factors (2) that were found to be multidimensional; as well as (3) characterized by the interactive nature of home safety contributing factors. Ethical issues raised by home safety problems encountered by people with a mental disorder were an additional finding of this study.

**1) Contributing factors.** Home safety was identified by participants as resulting from the presence of risk and protective factors. Risks were associated with factors that can cause or contribute to the occurrence of an incident, while protective factors might help to avoid or mitigate its consequences. Most identified risk factors could be associated with their protective counterpart. People with a mental disorder mainly reported contributing factors as protective ones (e.g. having a good memory) while the other participants were more likely to present them as risk factors (e.g. memory deficits).

It also appeared that contributing factors may be directly observable manifestations or associated with objectively unsafe attitudes and behaviors. Observable manifestations were generally related to living conditions (as in the case of a functional smoke alarm or as in squalor) and to physical condition (such as precarious balance). Unsafe attitudes and behaviors could be related to a misjudgment regarding risk taking as in, for example, using a barbecue inside the home. Participants also reported risk factors which, while not

explicitly unsafe, raised doubts about home safety (as in the case of someone who would barricade him/herself for self-protection). Many participants expressed the idea that home safety is not a purely objective phenomenon and that *'it's difficult to say [what is safe or not] because it's really, uh in each person's opinion'* (a participant with a mental disorder). Risk perception was also said to be influenced by a set of elements within someone's personal and professional experiences and values.

Some of the identified contributing factors were specific to people presenting with a mental disorder, others could also be observed in people without mental disorder. In fact, certain symptoms related to mental disorders (e.g. loss of contact with reality, suspiciousness and paranoia, poor or decreased judgment, poor selfcontrol) were considered by all groups of participants as leading to attitudes and behaviors that can impact home safety. However, as raised by a participant living with bipolar disorder, risk factors encountered at home by people with mental disorders *'are not necessarily associated with mental health [issues]'*. Home safety can in fact be compromised by risk factors that may also be encountered in the general population, such as poor physical health status or a housing environment that is not up to safety standards. As eloquently illustrated by a mother from the relatives' group: *'often, for my son, it was a miserable housing from the very start [...] The owner doesn't care [...]'*.

**2) The multidimensional nature of home safety for people with a mental disorder.** Participants identified contributing factors that could be associated with three



different aspects, namely the person's characteristics, the home environment and the activities and occupations (see Tables 10–12). The person's characteristics referred to what is intrinsic to the person (that is, physical, psychological and affective dimensions). The home environment concerns all that is external to the person (including physical, technological, social and organizational components). Finally, activities and occupations were associated to whatever the person does or needs to do in order to live at home and maintain their place of living. Participants expressed the idea that certain activities and occupations are associated with increased risks (e.g. using a barbecue vs. reading the newspaper). None was identified as being, by nature, a protective factor. The manner in which activities or occupations are carried out and the interaction between the person's or the home environment's characteristics and the occupation itself were, however, identified as factors that might contribute to the mitigation of potential dangers.

Finally, while most contributing factors were mentioned by all groups of participants, some were identified only by a particular group (see Table 13). For example, decision-making autonomy was only mentioned by health and social service providers, while the presence of animals was identified as a contributing factor by all participants but relatives.

Table 10

*Contributing factors related to the characteristics of the person*

Contributing factors	Risk	Protective
Attitudes and behaviours towards risks	Attitudes and behaviour that promote risk-taking or exacerbate potential hazards	Attitudes and behaviours that support an effective risk management
Decision-making autonomy	Reduced decision-making capacity or decision-making autonomy	Ability to make or be involved in decisions, to exercise free, informed and continuous consent
Functional independence	Reduced ability to carry out daily activities	Ability to carry out daily activities
Physical health	Altered physical and mental health status/ condition (e.g. reduced endurance or muscular strength, joint damage or limitation, obesity, severe allergies)	Integrity of physical condition and health status
Mental health	Altered mental status/ function (e.g. cognitive deficits, depressed mood, anxiety, loss of contact with reality, mistrust and paranoia, addictions)	Satisfactory overall mental state (e.g. in terms of attention, memory, judgment, mental flexibility, and coping skills)
Personal sense of security	Low sense of security/ feeling of being in danger	Feeling of being out of danger and from someone's confidence in their ability to ensure their own safety
Risk management related knowledge and competence	Erroneous or limited knowledge, skills or competences	Sufficient knowledge, skills or competences to appropriately be able to manage potential hazard

*Note.* Adapted from Désormeaux-Moreau (44) with the author's authorization.

Table 11

*Contributing factors related to the characteristics of the environment*

Contributing factors	Risk	Protective
Housing and living conditions	Poor housing and living conditions (e.g. poor quality of physical installations and facilities, poor sanitary conditions)	Physical installations and facilities as well as sanitary conditions that meet security standards
Means of communication in the event of an emergency	Absence of means of communication in the event of an emergency	Possibility to access a means of communication in case of need
Access to quality housing	Limited access to housing meeting suitability and adequacy standards	Access to housing meeting suitability and adequacy standards
Landowner openness and involvement in housing maintenance	Poor involvement of the landowner towards facilities' maintenance and repairs or poor collaboration with the involved stakeholders	Landowner's openness and tolerance towards the person's lifestyle, involvement towards housing maintenance and collaboration with involved stakeholders
Access to formal support and services	Limited accessibility of support and services required by the person's condition (e.g. in terms of waiting time, proximity, accessibility criterion, continuity of care and services)	Appropriate accessibility of support and services required by the person's condition
Collaboration between the involved actors	Organizational constraints to multidisciplinary or intersectorial collaboration and to concerted interventions regarding home safety	Working conditions that promote multidisciplinary or intersectorial collaboration and spirit of openness of all those involved.

*Note.* Adapted from Désormeaux-Moreau (44) with the author's authorization.

Table 11

*Contributing factors related to the characteristics of the environment (suite)*

Contributing factors	Risk	Protective
Social support	Limited social interactions and support	Positive and appropriate social interactions and social support (e.g. relatives, friends, neighbours)
Neighborhood	Rough or violent neighborhood	Pleasant and peaceful neighborhood
Animal presence	Pets or unwanted animals' aggressive behaviour, altered health condition (especially if transmissible from animals to humans), or overpopulation	Pets' behaviours which may help the person being aware of its environment or even give the alert in case of potential problems
Stakeholders' values and expectations	Overvalorization of certain values over others (e.g. autonomy of confidentiality over safety)	Capacity of the involved stakeholders to consider and reflect on ethical issues
Stakeholders' knowledge and competences	Erroneous or limited knowledge, skills or competences of the involved stakeholders in terms of potential hazards (e.g. fire safety; animal welfare), therapeutic relationship or skills and expertise of other actors	General knowledge associated with home safety contributive factors and skills and expertise of certain actors. Critical judgment and appropriate awareness of their own knowledge

*Note.* Adapted from Désormeaux-Moreau (44) with the author's authorization.

Table 12

*Contributing factors related to the characteristics of the occupations*

Contributing factors	Risk	Protective
Nature of the occupation	<p>High demands of certain tasks and activities in terms of functions, regardless of who undertakes them.</p> <p>For example, home renovation and meal preparation are associated with increased risks compared to reading, watching the television or combing someone's own hair)</p>	<p>No activity has been identified as an absolute protective factor.</p> <p>Although, eating can be seen as a protective factor against malnutrition; eating perished or improperly prepared food may be dangerous and even fatal.</p>

*Note.* Adapted from Désormeaux-Moreau (44) with the author's authorization.

Table 13

*Contributive factors according to the type of participants by whom they were mentioned \**

Contributive factors associated with the characteristics of the person	
Attitudes and behaviours towards risks	Not mentioned by community stakeholders
Decision-making autonomy	Only mentioned by health and social service providers
Functional independence	Not mentioned by relatives
Physical health	
Mental health	
Personal sense of security	Not mentioned by community stakeholders nor by relatives
Risk management related knowledge and competence	

*Note.* \* No indication is provided when contributive factors related to a specific category were provided by all types of participants.

Table 13

*Contributive factors according to the type of participants by whom they were mentioned \* (suite)*

Contributive factors associated with the characteristics of the home environment	
Housing and living conditions	
Means of communication in the event of an emergency	Not mentioned by community stakeholders, nor by relatives
Access to quality housing	
Landowner openness and involvement in housing maintenance	
Access to formal support and services	
Collaboration between the involved actors	Not mentioned by people with a mental illness
Social support	
Neighborhood	
Animal presence	Not mentioned by relatives
Stakeholders' values and expectations	Not mentioned by people with a mental illness, nor by relatives
Contributive factors associated to the activity and occupation	
Nature of the occupation	

*Note.* \* No indication is provided when contributive factors related to a specific category were provided by all types of participants.

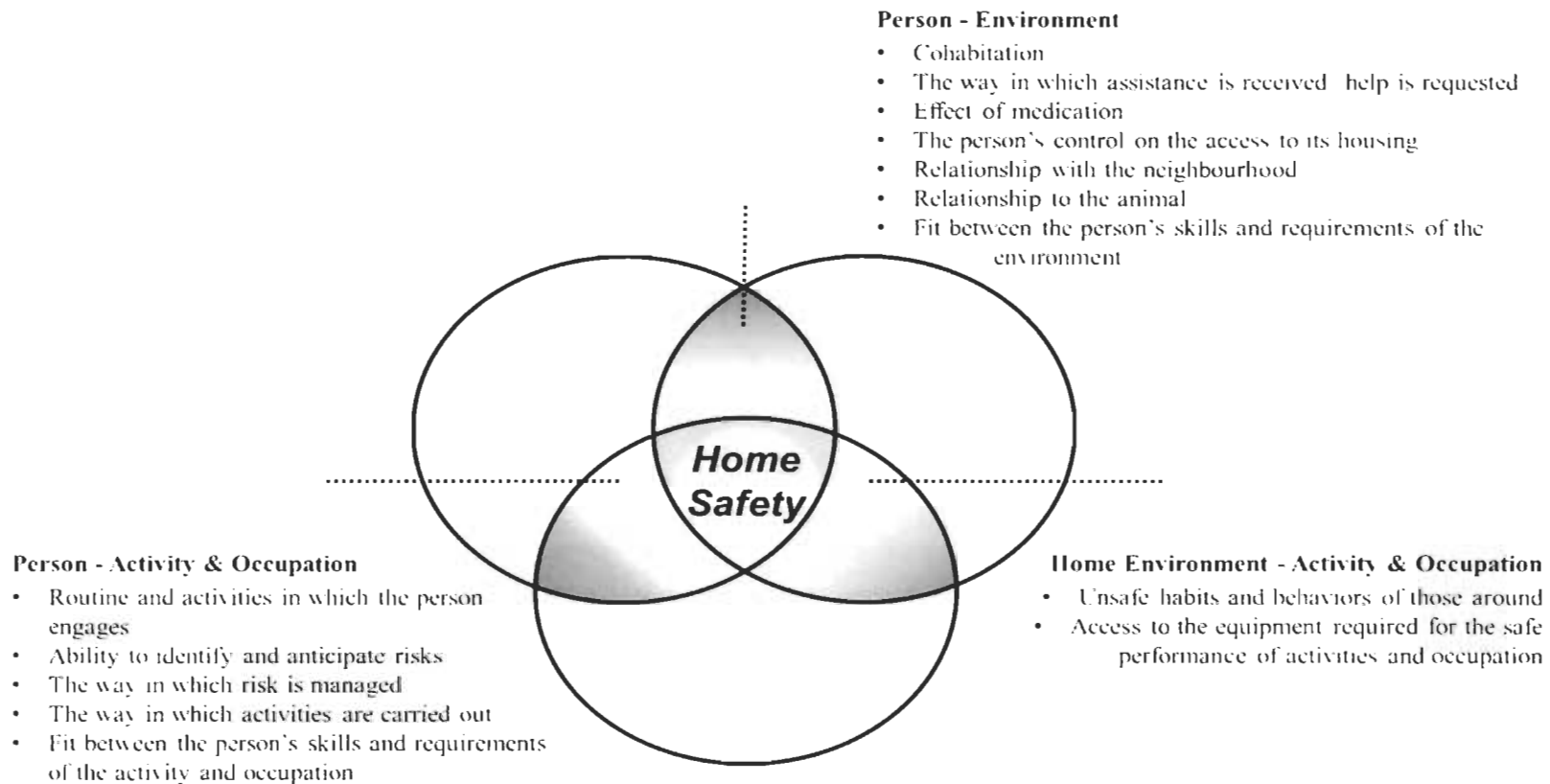
**3) Interactive nature of home safety contributing factors.** The discourse of participants showed that contributing factors interacted with one another across a range of settings and conditions (see Figure 5).

In fact, as captured by an animal protection representative: '*[home safety] seems to me [to] involves many facets' which need 'to be combined'*, to be linked to each other in order to understand the scope of the situation. Some of these factors will sometimes, in that sense, interact with one another so that protective factors could compensate for the risk factors involved and therefore, contribute to ensure safety. In other cases, risk factors will exacerbate one another, as described by a service provider:

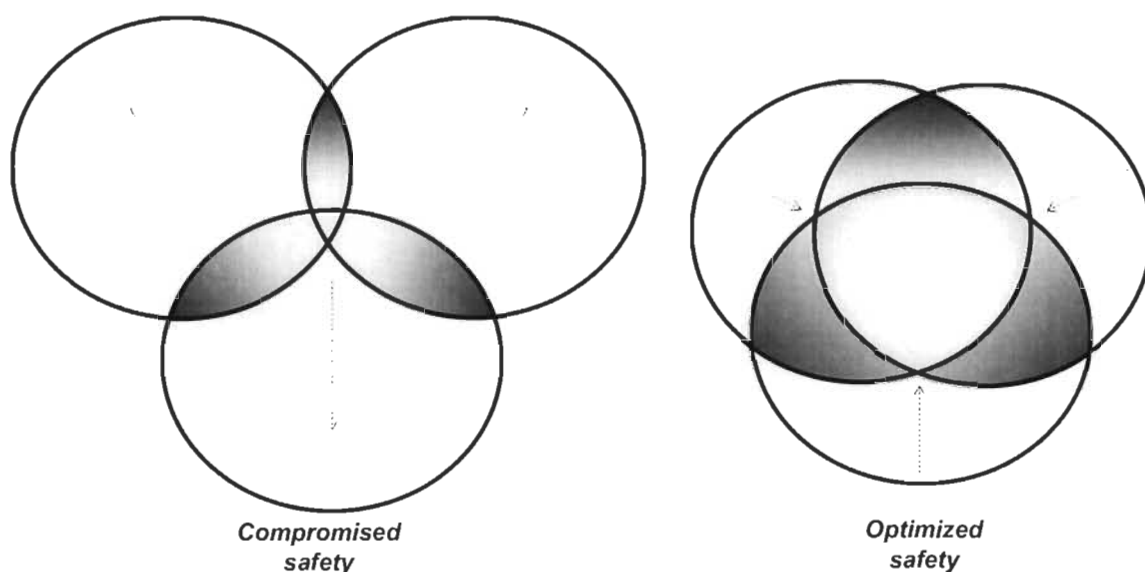
*[...] when it comes to clutter [sometimes] we can't walk except [sideways] [so] if there is a fire, we may not be able to evacuate. [Also, people living in such conditions] can be poisoned with the food that is stored no matter how, sometimes, the fridge isn't even reachable [...] If there is hoarding, it's easier to mix medication and therefore poison oneself. And actually, when there are animals, [...] there's stools that can be found everywhere and even dead animals sometimes.*

Home safety will be compromised when there is an incongruence between these dimensions, that is to say: 'when the requirements of the context [i.e. the demands of the home environment and of the activities in which the person engages at home] exceeds the person's abilities' (service provider) (see Figure 6).





*Figure 5.* Schematic model of the contributive factors associated with the interaction between all dimensions of home safety. The contributive factors associated to the interaction between the three dimensions that characterize home safety (person; environment; activity/occupation) can impact either positively or negatively on home safety. Let's think about the way in which assistance is received / help is requested. While denial of offered assistance or lack of help request when in need can be seen as a risk factors, a tendency to seek out for required help and support in a timely manner can, in turn, be seen as a protective factor. Adapted from Desormeaux-Moreau [44] with the author's' approval.



*Figure 6.* Schematic model of the dynamic interaction between all dimensions of home safety, which are the person and the home environment's characteristics as well as the activity and occupation. As they overlap more closely, home safety is optimized; as they overlap more distantly, home safety is compromised. Adapted from Desormeaux-Moreau with the author's approval.

A mismatch between demands of the environment, skills of the person, and the activities engaged in the home can foster the occurrence and greatly increase the likelihood of an incident. According to the participants, home incidents can result in either physical, emotional or psychological impairment of the person, or material damage (see Table 14). Finally, the participants also stressed that contributing factors being dynamic, their importance and duration vary across time. Health and social services professionals and community stakeholders mentioned in this regard that *'pronounced changes in lifestyle'* may raise concerns such as: *'Should we be worried or not? Has the situation changed? Did the person have skills that aren't there anymore? It may indicate that she's not going so well, that safety is altered or threatened [...]'* (a service provider).

Table 14

*Damage that could result from a home incident*

Type of damage		
Individual Level	Interpersonal Level	Material Level
Injuries	Conflicts	Material damage and equipment
Infections or physical illnesses	Abuses	Appliances or furniture deterioration
Worsening of psychiatric status or relapses	Aggression or crimes	Loss of housing
Intoxication or poisoning		Foreclosure or eviction
Heat exhaustion or hypothermia		Fire
Animal attack		
Death		

**Ethical issues raised.** A secondary outcome of the present study was associated with the ethical issues raised relative to people with a mental disorder's home safety. A feeling of discomfort or even helplessness was often present in the comments of health and social service providers when addressing risk management. Some were in fact hesitant about how to intervene given the potential impact on the therapeutic relationship. As expressed by a service provider:

*when it came to [therapeutic] relationship earlier, so [the person] can trust us, so we can work on safety [measures] with her, so she can manage it, well, if we go for coercive measures, we assume it'll break it. Not all the time, usually it can be recovered but... With, let's say, a new client for example [it may not be].*

The importance of a trust bond was also raised by participants from the relatives' group who expressed that when '*they trust us [and refer to us in case of problems]*', the relationship they have with their relative can represent an effective tool in the implementation of safety measures. They, however, also stressed that there are limits to what they can do, to the support they can offer. Many mentioned feeling overwhelmed by the situation and left on their own to handle problems that sometimes, exceed their skills. Such statements raise the issue of the caregivers' burden when '*the emotional connection [they] have with*' the person whose safety is compromised increases concerns and worries. It appeared that such context may foster significant emotional impact on the relatives.

A crucial importance seemed to be given to the person whose safety is compromised. However, most participants (including those presenting with a mental disorder) indicated concerns when the person's lifestyle and habits affected the safety of others. Participants mentioned, in that sense, the safety of those living with the person, those who visited as well as those living in the neighborhood (particularly in multiple-unit residential housing facilities). Simultaneously, the idea that legal and organizational constraints can sometimes contribute to maintaining home safety issues emerged from the interviews conducted with relatives, health and social services providers, and community stakeholders. A service provider expressed that due to the social and legal value given to the person's autonomy, '*the person's capacity [is often presumed] although [she, in reality,] is often lacking in judgment or insight regarding the actions she takes*'. He added that '*levers of action [are] almost absent or nonexistent in situations where the risk is not*

*imminent [...]* so that ‘*in some cases, [the over-evaluation of the person's right to autonomy] makes it difficult to assure home safety, leaving us as observers of the eventual drama [...]*’. Similarly, a police officer raised the fact that the rules on confidentiality limit the implementation of preventive intervention mechanisms:

*We can't speak openly, we can't say [for example] that it's Mrs. X who lives at number 53 on Church Street... [even though] we observe an escalation of the situation [...]. We can't prevent it [even though] we know it's a pending crisis, I have no rights in asking Health Services to give her the necessary [medical] care.*

A participant from the relatives' group expressed that as things currently stand, the access to information relative to the person whose safety is compromised ‘*relates to Chinese whispers [telephone game]. [The information is out there], but it is scattered, [which limits the implementation of effective and concerted interventions].*’

## **Discussion**

One of this study's objectives was to identify the factors affecting the home safety of people with a mental disorder. Several contributing factors, including those associated with the person's characteristics; to the characteristics of the home environment as well as to the way in which high, either cognitive or physical, requirements or risky activities (e.g. cooking vs reading; behaviors related to drug use) are carried out were consistent with those previously found with other populations [37]. In the area of home safety and risk assessment, contributing factors associated with the housing milieu are typically related to microenvironment characteristics (e.g. access to a means of communication; physical installations; dwelling's sanitary conditions). The results of this study indicate

that factors contributing to people with a mental disorder's home safety may, however, also belong to various meso or macro-environment characteristics (e.g. availability and affordability of quality housing; landowners' openness and involvement; collaboration between the involved actors; stakeholders' values and expectations towards the home safety issue). Although the quality of housing had already been identified as needs expressed by people with a mental disorder in terms of home safety [38,39], such findings represent an interesting addition to the understanding of the factors to consider when it comes to appreciating it. These features make it possible to situate home safety in a broader context which is not purely objective, but rather involves the person's and the observers' sense of security and risk tolerance.

Ultimately, all contributing factors were associated to the person, the home environment and the activities and occupations realized in that setting, as well as to the interaction between these three dimensions. Such a finding made it possible to empirically confirm the authors' initial assumption that the theoretical basis of the PEO Model could be helpful in drawing a clear and comprehensive understanding of home safety issues encountered by people with a mental disorder. The PEO model assumes 'the outcome of greater compatibility [between occupational performance's three major components, that is to say person, environment and occupation] is therefore represented as more optimal occupational performance' ([33], p. 17). Similarly, the findings of the present study suggest that home safety results from the continual interaction between contributing factors. Home safety is therefore on the one hand optimized when there is an increased

congruence between the characteristics of the person's and their home environment's characteristics, and the activities and occupations realized. It is on the other hand compromised when the interaction between those dimensions is altered towards the risk factors.

Home safety relates to both risks and protective factors. In fact, as previously mentioned, most identified contributing factors could contribute to either compromise or optimize home safety, depending on the context. This finding highlights the idea that home safety is context specific, which is consistent with Florio and colleagues' conception of home safety [26]. It also makes it possible to understand how, for example, living with a roommate can either contribute to the person's safety (e.g. if it is someone who can effectively support the person in the safe realization of activities of daily living) or compromise it (e.g. if it is someone, on the contrary, who adopts risky behaviors). While these authors considered home incidents as resulting from a sequence of events, the findings of this study allow for a slightly different comprehension. Our findings illustrate that home incidents occur in a multidimensional and multifactorial background where human behaviors are themselves determined by circumstances and context.

Drawing on the findings of the present study as well as on existing definitions of safety [9,11,26,40,41], people with a mental disorder's home safety can be defined as a condition resulting from an optimal fit between the characteristics of the person, the home environment and the activities. Ultimately, home safety stems from a balance between

protective and risk factors. An imbalance in favor of risk factors may contribute to the occurrence of incidents, with the potential of physically, emotionally or psychologically impairing the person, or the material or social environment.

Finding suggest that home safety is mostly compromised when there is a mismatch between the person's characteristics and the demands of their home environment or with the demands of the activities in which he/she engages at home. Such a mismatch can therefore alter the occupational performance in terms of quality and safety and potentially lead to home incidents. Thus, it appears appropriate to nuance Hébert and colleagues' understanding of home safety when stating that 'precariousness of one of these elements [i.e. the person's capacities, her activities and her environment] could create an unacceptable level of risk' (p. 1, free translation) [40]. In fact, all factors contributing to home safety dynamically interact with one another, none being sufficient in itself neither to compromise nor to ensure home safety. For example, someone presenting with significant cognitive limitations may present with an important risk of home incidents if that person lives alone and regularly uses a gas stove to prepare meals. It would, however, not be the case if a caregiver or spouse supports that person in meal preparation or if she benefits from a meal delivery service. It is rather by considering the sources of precariousness, that is, the risk factors, and by putting them into perspective with the protective factors involved that it will ultimately be possible to determine whether or not someone's home safety is at stake. This finding opens the door to an understanding of



home safety not as a dichotomous condition but rather as occurring following a continuum ranging from an imminently compromised safety to an optimized safety state.

### **Practice implications**

As home safety relates to occupational performance, its assessment appears to be in line with the expertise of occupational therapists (OTs). OTs are precisely trained to contextually assess the impact of the characteristics of the person and the environment on human daily functioning. Moreover, OTs have the ability to assess multifactorial problems and to appreciate the interaction between various components. They could therefore contribute to a comprehensive home safety assessment that would recognize the dynamic nature of home safety issues. In fact, OTs should position themselves as key contributors in the assessment of people with a mental disorder's home safety, as it is already often the case in other risk and safety-related areas such as driving or elders' home care services. By doing so, OTs could contribute to avoid situations in which important decisions concerning people with a mental disorder's lifestyle are taken based on reductionist risk assessments that would, for example, only consider contributing factors associated with the physical environment or the symptomatology of the psychiatric condition. OTs could indeed highlight the influence of all relevant contributing factors associated with each dimension of home safety and ultimately reach a conclusion on a person's overall home safety.

### **Strengths and limitations**

This study provides a better understanding of people with a mental disorder's home safety from the perspective of various stakeholders, including people with a mental disorder themselves, relatives and community actors, which to our knowledge, had to date only been done partially. Such a triangulation of information sources allows for the credibility and reliability of results [30,42]. Moreover, the use of memos and critical discussions among the authors favored the explanation of the reasoning and thinking underlying the categories' identification and modelization. This has helped ensure that the data's interpretation is accurate and rooted in the realities of participants [32,43]. The validation of the data's interpretation by participants also ensures their credibility and confirmability [30,42]. Findings' transferability seems reasonable considering that data saturation was obtained and since all the participants involved in the validation agreed with the analysis that had been made. In fact, although some have provided new examples to illustrate certain contributing factors, no new category was added. Finally, the most important limitation of this study is the fact that data collection was carried out in a single geographic location, which has a semi-urban and rural profile. Consultation with participants from other locations, including urban settings, could have allowed access to different perspectives.

### **Future research directions**

Based on the findings from this study, a clinical tool for the assessment of home safety is currently being developed. This tool, which has been named SÉCuRE (as for 'soutien à

l'évaluation contextualisée et à une réflexion explicitée sur la sécurité à domicile en santé mentale'), takes the form of a reflexive process supporting the contextualization of OT's recommendations regarding the home safety of their client with a mental disorder. This process involves taking into account the specific individual needs of these persons relative to their home safety as well as the ethical issues involved.

Finally, due to similarities in the nature of the conditions between psychiatric and neurological and neuropsychiatric disorders (e.g. autism spectrum disorder, head injuries, intellectual disability) it would be interesting to examine the phenomenon of home safety in these clientele, with the model proposed in this paper.

### **Disclosure of interest**

The first author has benefited from a doctoral scholarship of the Fonds de recherche du Quebec – Santé (FRQS) for the research presented in this article. The authors report no other conflicts of interest.

This paper is part of the doctoral thesis of the first author.

## References

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. [Internet] 2013. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1).
2. Bengtsson-Tops A, Ericsson U, Ehliasson K. Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014;23:409-18.
3. Byrne T, Prvu Bettger J, Brusilovskiy E, Irene Wong Y-L, Metraux S, Salzer MS. Comparing Neighborhoods of Adults With Serious Mental Illness and of the General Population: Research Implications. *Psychiatric Services*. 2013;64:782-8.
4. Wong Y-LI, Stanhope V. Conceptualizing community: A comparison of neighborhood characteristics of supportive housing for persons with psychiatric and developmental disabilities. *Social Science & Medicine*. 2009;68:1376-87.
5. Adair CE, Kopp B, Lavoie J, Distasio J, Hwang SW, Watson A, et al. Development and initial validation of the Observer-Rated Housing Quality Scale (OHQS) in a multisite trial of housing first. *Journal Of Urban Health*. 2014;91:242-55.
6. Adamkiewicz G, Zota AR, Fabian MP, Chahine T, Julien R, Spengler JD, et al. Moving Environmental Justice Indoors: Understanding Structural Influences on Residential Exposure Patterns in Low-Income Communities. *American Journal of Public Health*. 2011;101:S238-S45.
7. Fossey E, Harvey C, Plant G, Pantelis C. Occupational performance of people diagnosed with schizophrenia in supported housing and outreach programmes in Australia. *British Journal of Occupational Therapy*. 2006;69:409-19.
8. Aubin G, Stip E, G elinas I, Rainville C, Chapparo C. Daily functioning and information-processing skills among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2009;60:817-22.
9. McNulty MC, Fisher AG. Validity of using the assessment of motor and process skills to estimate overall home safety in persons with psychiatric conditions. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001;55:649-55.
10. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea J, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar disorders*. 2007;9:103-13.

11. Allen CK. Cognitive disabilities. In: Katz N, editor. *Cognitive rehabilitation: Models for intervention in occupational therapy*. Boston, MA: Andover Medical; 1992. p. 1-21.
12. Vrabie M, Marinescu V, Talaşman A, Tăutu O, Drima E, Micluţia I. Cognitive impairment in manic bipolar patients: important, understated, significant aspects. *Annals of General Psychiatry*. 2015;14:1-10.
13. Fioravanti M, Bianchi V, Cinti ME. Cognitive deficits in schizophrenia: an updated meta-analysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry*. 2012;12:64-83.
14. Clemson LAKL. Implementing person-environment approaches to prevent falls: A qualitative inquiry in applying the Westmead approach to occupational therapy home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2014;61:325-34.
15. Eriksen MD, Greenhalgh-Stanley N, Engelhardt GV. Home safety, accessibility, and elderly health: Evidence from falls. *Journal of Urban Economics*. 2015;87:14-24.
16. Szanton SL, Roth J, Nkimbeng M, Savage J, Klimmek R. Improving Unsafe Environments to Support Aging Independence with Limited Resources. *Nursing Clinics of North America*. 2014;49:133-45.
17. Tomita MR, Saharan S, Rajendran S, Nochajski SM, Schweitzer JA. Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014;68:711-8.
18. Morrongiello BA, McArthur BA, Bell M. Managing children's risk of injury in the home: Does parental teaching about home safety reduce young children's hazard interactions? *Accident Analysis and Prevention*. 2014;71:194-200.
19. Morrongiello BA, Widdifield R, Munroe K, Zdzieborski D. Parents teaching young children home safety rules: Implications for childhood injury risk. *Journal of applied developmental psychology*. 2014;35:254-61.
20. Mulvaney CA, Watson MC, Smith S, Coupland C, Kendrick D. Child injury prevention in the home: A national survey of safety practices and use of safety equipment in deprived families. *Health Education Journal*. 2014;73:62-71.
21. Doran D, Blais R, Baker GR, Harrison MB, Lang A, Macdonald M, et al. The Safety at Home Study: An Evidence Base for Policy and Practice Change. *Healthcare Quarterly*. 2014;17:42-7.

22. Lang A, Macdonald MT, Storch J, Stevenson L, Mitchell L, Barber T, et al. Researching triads in home care: Perceptions of safety from home care clients, their caregivers, and providers. *Home Health Care Management & Practice*. 2014;26:59-71.
23. Peters A. Safety Issues in Home Dialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2014;41:89-92.
24. Rahn T. Patient Safety in the Home Care Setting. *Infusion*. 2015;21:27-31.
25. Chiu T, Oliver R. Factor Analysis and Construct Validity of the SAFER-HOME. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2006;26:132-42.
26. Florio AE, Alles WF, Stafford GT. *Safety education*. 4 ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1979.
27. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer [Knowing how to prepare a research. Defining it, structuring it, financing it]*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1990. French.
28. Van der Maren JM. *Méthodes de recherche pour l'éducation [Research methods for education]*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1995. French.
29. Bowen GA. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qualitative research*. 2008;8:137-52.
30. Gohier C. De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative [The boundary between scientific and ethical criteria in interpretative research]. *Recherches qualitatives*. 2004;24:3-17. French.
31. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée [Grounded theory analysis]. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994:147-81. French.
32. Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales [Dictionary of qualitative methods in human and social sciences]*. 3rd ed. Paris, France : Armand Colin; 2009.
33. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine; 1967.
34. Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales [Dictionary of qualitative methods in human and social sciences]*. 3rd ed. Paris, France : Armand Colin; 2009.

35. Point S, Fourboul CV. Le codage à visée théorique [Thematic focus coding]. *Recherche et applications en marketing*. 2006;21:61-78. French.
36. Law M, Cooper BA, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996;63:9-23.
37. Désormeaux-Moreau M, Dumont C, Aubin G, Larivière N. Sécurité à domicile et troubles mentaux graves : élaboration d'un outil d'évaluation [Home safety and severe mental disorders: Developing an evaluation tool]. *Revue canadienne d'ergothérapie*. 2015;82:129-40. French.
38. Forchuk C, Nelson G, Hall GB. "It's important to be proud of the place you live in": housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2006;42:42-52.
39. Nelson G, Hall GB, Forchuk C. Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2003;22:5-19.
40. Hébert M, Brassat-Latulippe A, Bourgault-Côté S, Meilleur V, Chiu T. Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD) : version francophone du SAFER\_HOME v3 [Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD): French version of SAFER\_HOME v3]. *Francophonie d'Amérique*. 2009;28:213-33. French.
41. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.12009. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf).
42. Shenton AK. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*. 2004;22:63-75.
43. Corbin JM, Strauss AL. *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
44. Désormeaux-Moreau M. *Soutien à l'Évaluation Contextualisée et à une Réflexion Explicitée sur la sécurité à domicile en santé mentale. Guide d'accompagnement*. 2017.

## Appendix

### Interviewing Guide for People with a Mental Illness

#### *Introduction phase*

- *Tell me more about your home*
  - *How long have you been living in your current home?*
- *Everyone has its own comprehension of home safety. I am interested in finding out what is yours.*

#### *Home safety experience*

- *Do you feel safe in your home?*
  - *What makes you feel safe/unsafe in your home?*
    - *Which factors contribute the most to that situation?*

#### *Home safety contributive factors*

- *Are there any risks or potential dangers at home? If yes, what are they?*
  - *Has something already put you in danger at home?*
    - *Have you already done something that did put you in danger at home?*
    - *Have someone already expressed concerns about your home safety? If yes, would you like to tell me more about it?*
  - *Are there factors that contribute to your home safety? If yes, what are they?*
    - *What could contribute to improving your home safety?*

#### *Home safety assessment*

- *Let us imagine that a caseworker wants to determine if someone with a mental illness is safe at home. What should he know and what should he observe in order to rule on that person's home safety?*



### ***Conclusion phase***

- *When you think about your home safety or home safety experience, is there anything more that comes to mind?*

## **Interviewing Guide for Relatives**

### ***Introduction phase***

- Everyone as its own comprehension of home safety and I am interested in finding out what is yours.

### ***Relative's home safety experience***

- Tell me more about your relatives' home.
  - Have you (or someone else) already been concerned about your relative's home safety?
  - What makes you most concerned with the home safety of your relative?
    - What does contribute the most to the situation?
  - What reassures you in regard to the home safety of your relative?
    - What does contribute the most to the situation?
  - Have any resources been put in place in order to improve the home safety of your relative? If yes, would you like to tell me more about it?

### ***Home safety assessment***

- What should be known and what should be observed in order to rule on the person's home safety?

### ***Conclusion phase***

- When you think about your relative's home safety, is there anything more that comes to mind?

## **Interviewing Guide for Health and Social Services Providers and Community Stakeholders**

### ***Introduction phase***

- *Everyone as its own comprehension of home safety and I am interested in finding out what is yours.*

### ***People with a mental illness's home safety experience***

- *In your experience, is there any differences in terms of home safety in people with or without a mental illness?*
- *With regard more specifically to people with a mental illness, what is your experience of home safety?*
  - *Have you already been concerned about someone with a mental illness's home safety?*
  - *What makes you most concerned with the home safety of someone with a mental illness?*
    - *Could you tell me more about some of the situations where you were concerned about someone with a mental illness's home safety?*
      - *What does/did contribute the most to those situations?*
  - *What reassures you in regard to the home safety of someone with a mental illness?*
    - *What does contribute the most to the situation?*

### ***Home safety assessment***

- *How do you determine if someone with a mental illness is or is not safe a home? What should you know and what should you observed in order to rule on home safety?*

### ***Conclusion phase***

- *When you think about people with a mental illness' home safety, is there anything more that comes to mind?*

### **Chapitre 3**

Home safety issues experienced by people with mental health  
condition: Theoretical reflection on related ethical issues

## **Home safety issues experienced by people with mental health condition:**

### **Theoretical reflection on related ethical issues<sup>1</sup>**

Marjorie Désormeaux-Moreau, PhD (c). OT<sup>1</sup>,.

Ginette Aubin, PhD. OT.<sup>2</sup>

Nadine Larivière, PhD. OT.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

<sup>2</sup> Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale

<sup>3</sup> École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Centre affilié universitaire, Sherbrooke; Centre de recherche Fernand-Seguin/Hôpital Louis-H.

Date of the submission: 2016-12-10

Name of the journal section for which the submission is intended: Articles, unsolicited

Contact Information: Marjorie Désormeaux-Moreau, 3351 boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7 téléphone : 819-376-5011 ext. 3740 courriel : [desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca), fax : 819-376-5047

“Competing Interests / Conflicts of Interest”: None of the authors has any possible competing interests or conflicts of interest

Acknowledgements”: We would also like to thank the Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) for awarding Marjorie Désormeaux-Moreau a scholarship for the research.

---

<sup>1</sup> Le manuscrit de ce troisième chapitre fut soumis le 10 décembre 2016 au *Journal of Ethics in Mental Health*. La version finale du manuscrit, lequel fut rédigé dans son intégralité par l'étudiante sous la supervision des coauteurs, fut publiée en juin 2017.

### **Abstract**

Community mental health practitioners sometimes witness situations where the home safety of a person with a mental health condition is compromised. This paper reports the results of a literature review targeting key ethical issues these practitioners may experience. The conflicts between the identified issues, namely the right to autonomy, the duty of beneficence, safety concerns, public welfare, and care, are illustrated with clinical scenarios and then explained. The goal of this article is to promote reflection among those who encounter such situations in their practice, mainly by drawing attention to the importance of recognizing the ethical issues related to home safety problems.

**Key Words:** Mental illness, Home safety, Housing\*, Ethical dilemmas

## Introduction

Having one's own place to live, in a housing model that promotes access to independent dwelling with regular, external professional support (supported housing) is consistent with the preferences of people with mental illness (Bengtsson-Tops, Ericsson, & Ehliasson, 2014; Forchuk, Nelson, & Hall, 2006; Henwood, Derejko, Couture, & Padgett, 2015; Piat et al., 2008). This contributes to an individual's sense of safety (Padgett, 2007), satisfaction with living conditions (Henwood, Matejkowski, Stefancic, & Lukens, 2014), and quality of life (Bengtsson-Tops & Hansson, 2014). However, it may also, in some cases, jeopardize safety. In fact, while home safety is closely linked to occupational performance (Désormeaux-Moreau, 2015; Désormeaux-Moreau, Aubin, & Larivière, submitted) (which refers to a person's ability to carry out activities and occupations and evokes the capacity of a person to function in their daily lives), several studies have documented the impact of cognitive and affective deficits associated with severe mental illness on the performance of activities of daily living and domestic activities (Aubin, Stip, Gélinas, Rainville, & Chapparo, 2009; Lepage, Bodnar, & Bowie, 2014; Martinez-Aran et al., 2007; McIntosh et al., 2011).

According to a recent study which documented home safety of people living with a mental health condition, certain ethical dilemmas seem to affect the implementation of interventions with regards to people living with a mental health condition's home safety management (Désormeaux-Moreau et al., submitted). A literature review was conducted

to better understand the ethical issues and the ethical discomforts associated with the home safety of people presenting with a mental health condition.

This paper proposes a reflection that aims to gather existing knowledge on ethical discomforts related to home safety and how they can be linked to the context of people living with mental health conditions. The literature research that was conducted to identify the ethical issues that practitioners are likely to face is presented first, followed by a summary of the documents and some practical examples.

### **Methodology**

The proposed reflection is based on the results of a literature review conducted between October 2013 and February 2015 in various scientific databases (see Table 15). Grey literature was also explored in Google and manual searches were conducted based on the references cited in previously identified documents. All papers written in French or in English that discussed the ethical issues associated with home safety were considered.

Table 15

*Databases and keywords used to conduct documentary research*

Databases	Keywords
Academic Search Complete	["ETHICAL problems" AND (DE "HOME" OR DE "HOME accidents" OR DE "HOME accidents -- Prevention")] AND [(DE "HOUSING" OR DE "HOUSING & health")]
CINAHL	[(MH "Research Ethics") OR (MH "Decision Making, Ethical") OR (MH "Ethics")] AND [(MH "Accidents, Home") OR (MH "Home Safety")]
ERIC	DE "Ethics" AND [(DE "Family Environment") OR (DE "Housing")]
Medline	[(MH "Ethics") OR (MH "Ethical Theory")] AND [(MH "Accidents, Home") OR (MH "Home Care Services")]
PBSC	[DE "ETHICAL problems" OR DE "ETHICAL therapy"] AND [DE "HOME" OR DE "HOME accidents" OR DE "HOME accidents -- Prevention" OR DE "HOME care services" OR DE "HOUSING & health"]
PsycInfo	[DE "Ethics" OR DE "Ethnic Values"] AND [(DE "Home Accidents" OR DE "Home Care")]
SocIndex	DE "ETHICS" AND [(DE "HOME" OR DE "HOME environment" OR DE "HOUSING" OR DE "HOUSING & health")]

*Note.* DE or MH preceding a keyword denotes a descriptor.

The selected papers were examined through a thematic analysis (Mucchielli, 2009). Words and expressions referring to ethical issues, that is values and ethical principles (Banks, 2006), were first identified. They were either clearly stated, or emerged from clinical examples or from the authors' rationale. The identified ethical issues were then grouped and compared with three ethics currents. These include utilitarian



(Bentham, 2008; Singer, 2011) and deontological (Dworkin, 1999; Kant, 1986; Rawls, 2009) ethics, two ethical theories that adhere to universal principles, such as public interest and human rights, respectively; as well as virtue (MacIntyre, 2006) and care (Gilligan, 2008) ethics, which instead advocate casuistry (case by case) approaches that depend on people's contextual judgment (Banks, 2006; Drolet, 2014). Finally, the opposition of ethical issues highlighted ethical dilemmas and unease resulting from home safety problems often encountered by people with a mental health condition<sup>1</sup>.

## **Results**

### **Selected documents**

As there is a lack of information on home safety issues encountered by people with a mental health condition, it is not surprising that no documentation specifically addressed ethical issues associated with home safety for people living with such conditions. Among the selected articles, four related to ethical issues associated with unspecified home safety issues, while ten specifically concerned ethical issues associated with self-neglect. Self-neglect is not a specific condition and is not listed either in the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Conditions, 5th Edition) or the ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision). However, it still seemed relevant to include these documents considering that self-neglect results from inability to identify unsafe living conditions (Braye, Orr, &

---

<sup>1</sup> Home safety issues addressed in this paper specifically concern those faced by people living with mental health conditions. The generic "home safety" expression is used for conciseness purposes only.

Preston-Shoot, 2011) and to protect oneself from potential danger to one's own safety. Limited or erroneous knowledge and skills in identifying and managing risk as well as the use of inadequate means to address potential danger has, indeed, been shown to contribute negatively to the home safety of people living with a mental health condition (Désormeaux-Moreau et al., submitted). Moreover, while self-neglect is characterized by compromised functioning in daily activities (Burnett et al., 2014), it was shown that how a person functions contributes to home safety and neglecting to engage in certain basic activities (for example, eating or washing) has been seen as an important risk factor (Désormeaux-Moreau, 2015; Désormeaux-Moreau et al., submitted).

### **Key ethical dilemmas identified**

Based on the literature retrieved, all of which has a Western perspective, three main ethical dilemmas were identified and further explored. These dilemmas are characterized by conflicts between: 1) the person's autonomy and the practitioner's duty of beneficence; 2) the rights of the persons whose safety is potentially compromised and the public's safety and welfare; and 3) professional duties and care (see Table 16). The following section provides examples of each of these dilemmas, along with further information on the topic.

Table 16

*Key ethical dilemmas identified in the selected documents*

Ethical dilemmas	Selected documents
The person's autonomy versus the practitioner's duty of beneficence	(Blass et al., 2006; Braye et al., 2011; Day, McCarthy, & Leahy-Warren, 2012; Dong & Gorbien, 2005; MacLeod & Douthit, 2015; McDermott, 2011; Naik, Lai, Kunik, & Dyer, 2008; Naik, Teal, Pavlik, Dyer, & McCullough, 2008; Pavlou & Lachs, 2008)
The person's rights versus public safety and welfare	(Day, 2010; Dong & Gorbien, 2005; Koenig, Chapin, & Spano, 2010; Lauder, Davidson, Anderson, & Barclay, 2005; MacLeod & Douthit, 2015; McDermott, 2010, 2011; McDermott, Linahan, & Squires, 2009; Naik, Teal et al., 2008; Simmons & O'Brien, 2000; Torke & Sachs, 2008)
Professional duties versus care	(Blass et al., 2006; Braye et al., 2011; Day et al., 2012; Dong & Gorbien, 2005; Dunworth & Kirwan, 2009; McDermott, 2011; McDermott et al., 2009; Naik, Teal et al., 2008)
Professional duties versus care	(Blass et al., 2006; Braye et al., 2011; Day et al., 2012; Dong & Gorbien, 2005; Dunworth & Kirwan, 2009; McDermott, 2011; McDermott et al., 2009; Naik, Teal et al., 2008)

**Autonomy of the person versus the practitioner's duty of beneficence.** Mr. Miller is a 52-year-old man who has always lived with his mother. Following his mother's death, neighbours observe "strange" behaviours: compulsive hoarding, barricading of windows, and repeatedly neglecting to take out the trash. After unsuccessfully attempting to get in contact with the man, a neighbour calls the local health center. The practitioner assigned to the visit finds an unsanitary environment and a man with precarious hygiene. When questioned, Mr. Miller acknowledges that his home is "not the cleanest", but refuses both

an offer for psychosocial monitoring as well as a housekeeping service, maintaining that he is not suicidal and that he takes his medication. Judging that the situation does not present an imminent danger, the practitioner leans toward respecting the man's lifestyle and right to refuse the offered care, and closes his file on the basis of service refusal. However, she cannot bring herself to abandon the man in a situation that, in her words, "compromises his dignity".

Similar conflicts between the right to autonomy and the duty of beneficence can be found in various documents on home safety (see Table 16). Usually linked to concepts of free will and selfdetermination (Kaizer, Spiridigliozzi, & Hunt, 2012), autonomy refers to the ability of a person to make decisions concerning their own existence (Dworkin, 1999). Going against a person's wishes in their choice of lifestyle is often considered a violation of their rights (Simmons & O'Brien, 2000). Subscribing to a deontological approach, some practitioners argue for the right to autonomy and tend to respect the choices of individuals to live in conditions deemed to be unsafe (Torke & Sachs, 2008) or the refusal of proposed home safety interventions (McDermott et al., 2009; Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor, & Whybrow, 2002), even if it jeopardizes the person's health and safety (Naik, Teal et al., 2008). These practitioners do, however, expect that such a choice results from an informed decision that reflects a real understanding of the situation and the anticipated consequences (Dyer et al., 2006; Simmons & O'Brien, 2000). However, selfneglect is, for some, certainly a sufficient proof of the inability to care for oneself and to make choices about one's lifestyle and living conditions (Torke & Sachs, 2008). The practitioner's

judgment regarding the right to autonomy is also related to the degree to which the person's lifestyle reflects their values and personality. When a person is no longer able to meet their basic needs, and ensure their own safety, especially if there is a sudden change in behaviour (Torke & Sachs, 2008), some practitioners may invoke their duty of beneficence, that is to say, their duty to contribute to the good of the person and their responsibility toward and obligation to care for a person in a vulnerable situation.

**The rights of the person versus public safety and welfare.** Ms. Robert is 38 years old and lives alone in a single-family home. She smokes sixty cigarettes a day and has alcohol dependence. The practitioner who has followed her for several years knows that the cluttering poses a risk of falling, in addition to exacerbating the risks of fire propagation and blocking access to emergency services if needed. Ms. Robert recognizes the potential danger, but nevertheless refuses any intervention that would clean up the premises. She also refuses to allow the practitioner to contact her family, insisting that the way she keeps house is none of their concern. Considering that she has always cooperated with fire prevention inspectors and that her household meets the minimum standards of fire safety, the practitioner is comfortable with the situation even if some risks remain. In this context, the right to autonomy prevailed. Another situation may be that a practitioner meets a new client who is in an identical situation, except that the person lives in an apartment building where other people reside, including young children and people with reduced mobility. The practitioner is uncomfortable with this new situation and considers that there is a risk for both the client and the neighbours, since some persons with low

mobility could have objective difficulties to evacuate in case of fire. Although fire prevention officers evaluate that there is no imminent danger, the practitioner is torn between respecting Ms. Robert's choices and lifestyle and the safety of those around her.

In the literature consulted, the right to autonomy is also contrasted with public safety and welfare (see Table 16). As previously mentioned, importance is given to the person's wishes and preference, and consent is often regarded as the practical manifestation of the right to autonomy. The protection of others was also found to be an important issue for home safety, as supported by articles where the practitioner's sense of responsibility towards the individual, the family, and the neighbourhood was highlighted. In fact, subscribing to a utilitarian approach, some practitioners believe that respect for autonomy is only one factor to consider when assessing and intervening on home safety. They argue it is also important to consider the impact of the choices and preferences of the person on their own health and safety, as well as those around them (Dong & Gorbien, 2005; Koenig, 2005; Lauder et al., 2005; McDermott, 2011; McDermott et al., 2009; Simmons & O'Brien, 2000; Torke & Sachs, 2008).

**Professional duties versus care.** Max is 25 years old and has just moved into a supported housing apartment. Until now, he has always refused to allow the practitioner into his home, although he readily agrees to speak with her on the doorstep. One day, as she passes by Max's dwelling, the practitioner notices a strong smell. Max refuses to let her come in so that they can talk, and quickly closes the door. Although the practitioner

has access to the unit's key, she is uncomfortable with the idea of pressuring this new tenant, suspecting that his initial refusal might stem from a misunderstanding or a fear of being stigmatized. She is concerned that by using coercive measures, the delicate alliance she has developed with Max could be altered, although she knows that her role involves checking on the state of both Max and the unit.

As previously noted, some practitioners support positions that override the choices of a person in their best interests (Dunworth & Kirwan, 2009) or in the interest of others (Dong & Gorbien, 2005), citing their duty to provide care and their responsibility to look after people in vulnerable situations (see Table 16), even if it is at the expense of the therapeutic relationship. On the other hand, some consider it essential to preserve the alliance, given that the therapeutic relationship is essential for addressing the person's unique situation and facilitating overall safety assessment (Dong & Gorbien, 2005; McDermott, 2011). Subscribing to virtue and care ethics, these practitioners would argue the importance of considering the subjectivity of the individual and the uniqueness of each situation where home safety is compromised (Braye et al., 2011; Dong & Gorbien, 2005; McDermott, 2011). This approach contributes to self-determination and the person's power to act (Dong & Gorbien, 2005; McDermott, 2011; Torke & Sachs, 2008). It also allows for risk monitoring while showing respect for the person (Dong & Gorbien, 2005; McDermott, 2011; McDermott et al., 2009).

## Discussion

The analysis of the selected literature indicates that the main ethical dilemmas raised by home safety issues involve autonomy, the person's rights, personal safety, and the safety of others, along with the practitioner's duties and the therapeutic relationship. Interestingly, these results are consistent with the ethical issues spontaneously reported as part of a study exploring factors that affect the home safety of people with a mental health condition (Désormeaux-Moreau et al., submitted). The consulted documents also emphasized the respect for the person's autonomy, as well as preserving trust, which may, however, be challenged when the capacity to take care of oneself is questioned or when the safety and well-being of others are compromised. Such a situation can present a source of tension as well as ethical dilemmas for practitioners and it may not always be easy for the practitioner to determine whether or not to intervene and how to intervene.

When faced with home safety issues, it is particularly difficult for practitioners to disregard their values and beliefs because these are rooted in the sociocultural context (Band-Winterstein, Doron, & Naim, 2012; Braye et al., 2011; Lauder et al., 2005). Yet privileging certain values (i.e. autonomy) over others (i.e. safety and care) will certainly affect the practitioners' perception of a given situation, along with their choice of intervention (McDermott, 2010). Since values subjectively influence reasoning and ethical decision-making (Seedhouse, 2005), it is important for practitioners to be aware of their own perspectives so as to understand their influence on how they solve ethical dilemmas (Mattison, 2000). The fact that most tools currently available to support the



evaluation of home safety are based on an actuarial approach documenting contributing factors that are supposedly objective (Désormeaux-Moreau, 2015; Désormeaux-Moreau et al., submitted) may, however, completely eclipse the influence of ethical issues and dilemmas on clinical reasoning. Working in an interdisciplinary or intersectorial team may be helpful as it can contribute to multiplying the points of view and to allow the practitioner to step back and consider the situation from several angles of interpretation. The practitioner's reflections can thus be enriched as teamwork allows appropriate complementarity of professional views with respect to various aspects of home safety, therefore facilitating the analysis of complex situations. Teamwork and communication can, moreover, bring the practitioner to consider issues that might not have been considered otherwise, and prevent the unconscious and unjust imposition of their own values (Hammell, 2013; Mattison, 2000). For example, the practitioner who overemphasized autonomy (at the expense of safety) could a priori, if the person refuses his services, be led to systematically and completely withdraw from the person's case in the name of self-determination. When aware of his own values, the same practitioner may be more inclined to initiate a critical reflection on the relative importance of the right to autonomy in relation to other aspects of the situation, including neighbourhood safety or the person's ability to contact emergency services if necessary. Although the issue of confidentiality must be considered, teamwork and communication are possible and even essential. Consultation with colleagues, external experts (regarding fire prevention or building standards, for example) or of clinical ethics committees can certainly take place without disclosing the identity of the person whose home safety is compromised. Doing

so often seems essential to get a complete picture of the situation or determine how to respond to this type of problem and may therefore contribute to optimal management of the situation. It may also help with avoiding the burden of responsibility for decisions that are otherwise placed on a single person.

### **Limitations of current knowledge and research recommendations**

Little empirical data is available on the ethical issues raised by home safety problems faced by people with a mental condition, since they are mainly treated from the angle of either theoretical or clinical reflection rather than as a subject of study, or as secondary results. Moreover, most of the selected papers report on the cases of seniors, which may suggest that home safety problems are mainly related to aging. Yet, home safety issues, including those arising from self-neglect, are also encountered in adulthood (Lauder et al., 2005; Halliday, Banergee, Philpot, & MacDonald., 2000). It is also possible that the phenomenon's understanding is limited because it is mostly viewed from the perspective of selfneglect. However, the home safety of a person living with a mental health condition can be compromised for reasons that are not part of a person's individual characteristics, for example in the case of a building owner who neglects to perform maintenance or repairs, or in a case where the person does not have access to proper support (Désormeaux-Moreau et al., submitted). In such cases, it is possible that different ethical issues of a more systemic nature are raised. Further studies should offer a broader look at home safety issues, paying particular attention to situations involving adults and including such psychosocial factors.

### **Recommendations for practice**

Home safety may raise ethical issues which, if not addressed or if misinterpreted, may create obstacles to the global assessment of the situation, as well as to the development of targeted safety interventions. Teamwork can contribute to answer (or to remediate) these needs and a structured professional judgement tool that is intended for interdisciplinary use is in development. This tool aims to guide the reflection of practitioners regarding the ethical and procedural mechanisms underlying the process of evaluation of people with a mental health condition's home safety.

### **Conclusion**

This article presented a reflection on the main ethical dilemmas arising from home safety problems encountered by people with a mental health condition supported by an analysis of the literature. In a context of limited resources, the workload of professionals can be significant, leading to a detached attitude toward autonomy or safety. It is therefore important to remain vigilant to avoid, on the one hand, the possibility that tragic incidents occur, and on the other hand, that the rights of the person whose home safety is potentially compromised are unnecessarily infringed upon. Although there is no such thing as an "ideal" intervention in home safety, an explicit clinical rationale based on a comprehensive analysis of the situation, discussed with a multidisciplinary team and that includes the ethical dilemmas that arise, may better support the practitioners in the decisions they make.

**Funding and support**

We would like to thank the Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) for awarding [removed ensure anonymity] a scholarship for the research.

### References

- Aubin, G., Stip, E., G elinas, I., Rainville, C., & Chapparo, C. (2009). Daily functioning and information-processing skills among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services, 60*(6), 817-822. doi: 10.1176/appi.ps.60.6.817
- Band-Winterstein, T., Doron, I., & Naim, S. (2012). Elder self neglect: A geriatric syndrome or a life course story? *Journal of Aging Studies, 26*(2), 109-118. doi: 10.1016/j.jaging.2011.10.001
- Banks, S. (2006). *Ethics and values in social work* (3<sup>rd</sup> ed). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Bengtsson-Tops, A., Ericsson, U., & Ehliasson, K. (2014). Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *International Journal of Mental Health Nursing, 23*(5), 409-418. doi: 10.1111/inm.12072
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2014). Landlords' experiences of housing tenants suffering from severe mental illness: A Swedish empirical study. *Community Mental Health Journal, 50*(1), 111-119. doi: 10.1007/s10597-013-9596-4
- Bentham, J. (2008). *Le principe d'utilit e suivi de Examen de la peine de mort*. Laval, QC :  ditions Protagoras- l ais.
- Blass, D. M., Rye, R. M., Robbins, B. M., Miner, M. M., Handel, S., Carroll, J. L. J. R., & Rabins, P. V. (2006). Ethical issues in mobile psychiatric treatment with homebound elderly patients: The psychogeriatric assessment and treatment in city housing experience. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(5), 843-848.
- Braye, S., Orr, D., & Preston-Shoot, M. (2011). Conceptualising and responding to self-neglect: The challenges for adult safeguarding. *Journal of Adult Protection, 13*(4), 182-193. doi: 10.1108/14668201111177905
- Burnett, J., Dyer, C. B., Halphen, J. M., Achenbaum, W. A., Green, C. E., Booker, J. G., & Diamond, P. M. (2014). Four subtypes of self-neglect in older adults: Results of a latent class analysis. *Journal of the American Geriatrics Society, 62*(6), 1127-1132. doi: 10.1111/jgs.12832
- Day, M. R. (2010). Self-neglect: A challenge and a dilemma. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(2), 73-75. doi: 10.1016/j.apnu.2010.02.002
- Day, M. R., McCarthy, G., & Leahy-Warren, P. (2012). Professional social workers' views on self-neglect: An exploratory study. *British Journal of Social Work, 42*(4), 725-743.

- Désormeaux-Moreau, M. (2015). *Le rôle de l'ergothérapeute dans l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental*. Paper presented at the Colloque annuel de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, Sherbrooke. <http://portail.oeq.org/expose/presentationExpose.cnx?idExpose=AKA78854EF675464F6AAKA&idInscription=AKA49E79F7F26A70A6FAKA>
- Désormeaux-Moreau, M., Aubin, G., & Larivière, N. (submitted). *Modelizing home safety as experienced by people with mental illness*.
- Désormeaux-Moreau, M., & Drolet, M.-J. (sous presse). Valeurs liées à la profession d'ergothérapeute : les répertoire pour les définir. *Revue canadienne d'ergothérapie*.
- Dong, X., & Gorbien, M. (2005). Decision-making capacity: The core of self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), 19-36.
- Drolet, M.-J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2<sup>nd</sup> ed.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Dunworth, M., & Kirwan, P. (2009). Ethical decision-making in two care homes. *Practice* (09503153), 21(4), 241-258. doi: 10.1080/09503150903243919
- Dworkin, R. (1999). Les droits comme atouts. In C. Audard (Ed.), *Anthologie historique et critique de l'utilitarisme. Tome 3. Thèmes et débats de l'utilitarisme contemporain* (pp. 216-237). Paris, FR: Presses universitaires de France.
- Dyer, C. B., Kelly, P. A., Pavlik, V. N., Lee, J., Doody, R. S., Regev, T., ... Smith, S. M. (2006). The making of a Self-Neglect Severity Scale. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(4), 13-23.
- Forchuk, C., Nelson, G., & Hall, G. B. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 42-52.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente : pour une éthique du care*. Paris, France : Flammarion.
- Halliday, G., Banerjee, S., Philpot, M., & Macdonald, A. (2000). Community study of people who live in squalor. *Lancet*, 355(9207), 882-886. doi: 10.1016/S0140-6736(99)06250-9
- Hammell, K. R. W. (2013). Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue canadienne d'ergothérapie*, 80(4), 224-234. doi: 10.1177/0008417413500465

- Henwood, B. F., Derejko, K.-S., Couture, J., & Padgett, D. K. (2015). Maslow and mental health recovery: A comparative study of homeless programs for adults with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(2), 220-228. doi: 10.1007/s10488-014-0542-8
- Henwood, B. F., Matejkowski, J., Stefancic, A., & Lukens, J. M. (2014). Quality of life after housing first for adults with serious mental illness who have experienced chronic homelessness (English). *Psychiatry research (Print)*, 220(1-2), 549-555.
- Kaizer, F., Spiridigliozzi, A.-M., & Hunt, M. (2012). Promoting shared decision-making in rehabilitation: Development of a framework for situations when patients with dysphagia refuse diet modification recommended by the treating team. *Dysphagia (0179051X)*, 27(1), 81-87. doi: 10.1007/s00455-011-9341-5
- Kant, I. (1986). *Œuvres philosophiques*. Paris, France : Gallimard.
- Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J., & Moher, D. (2012). Evidence summaries: The evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*, 1, 10. doi: 10.1186/2046-4053-1-10
- Koenig, T. L. (2005). Caregivers' use of spirituality in ethical decision-making. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1/2), 155-172.
- Koenig, T. L., Chapin, R., & Spano, R. (2010). using multidisciplinary teams to address ethical dilemmas with older adults who hoard. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(2), 137-147. doi: 10.1080/01634370903340353
- Lauder, W., Davidson, G., Anderson, I., & Barclay, A. (2005). Self-neglect: The role of judgements and applied ethics. *Nursing Standard*, 19(18), 45-51.
- Lepage, M., Bodnar, M., & Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: Clinical and functional outcomes in schizophrenia. *Neurocognition : résultats cliniques et fonctionnels en schizophrénie*, 59(1), 5-12.
- MacIntyre, A. C. (2006). *Après la vertu : étude de théorie morale* (1<sup>st</sup> ed.). Paris, France : Quadrige/PUF.
- MacLeod, M. Z. K., & Douthit, K. Z. (2015). Etiology and management of elder self-neglect. *Adultspan Journal*, 14(1), 11-23. doi: 10.1002/j.2161-0029.2015.00033.x
- Martinez-Aran, A., Vieta, E., Torrent, C., Sanchez-Moreno, J., Goikolea, J., Salamero, M., ... Alvarez-Grandi, S. (2007). Functional outcome in bipolar disorder: The role of clinical and cognitive factors. *Bipolar disorders*, 9(1-2), 103-113.

- Mattison, M. (2000). Ethical decision making: The person in the process. *Social Work, 45*(3), 201-212.
- McDermott, S. (2010). Professional judgements of risk and capacity in situations of self-neglect among older people. *Ageing & Society, 30*(6), 1055-1072. doi: 10.1017/s0144686x10000139
- McDermott, S. (2011). Ethical decision making in situations of self-neglect and squalor among older people. *Ethics & Social Welfare, 5*(1), 52-71. doi: 10.1080/17496535.2011.546179
- McDermott, S., Linahan, K., & Squires, B. J. (2009). Older people living in squalor: Ethical and practical dilemmas. *Australian Social Work, 62*(2), 245-257.
- McIntosh, B. J., Zhang, X. Y., Kosten, T., Tan, S. P., Xiu, M. H., Rakofsky, J., & Harvey, P. D. (2011). Performance-based assessment of functional skills in severe mental illness: Results of a large-scale study in China. *Journal of Psychiatric Research, 45*(8), 1089-1094. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.01.012
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (3<sup>rd</sup> ed.). Paris, France : Armand Colin.
- Naik, A. D., Lai, J. M., Kunik, M. E., & Dyer, C. B. (2008). Assessing capacity in suspected cases of self-neglect. *Geriatrics, 63*(2), 24-31.
- Naik, A. D., Teal, C. R., Pavlik, V. N., Dyer, C. B., & McCullough, L. B. (2008). Conceptual challenges and practical approaches to screening capacity for self-care and protection in vulnerable older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*, S266-270. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01979.x
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States (English). *Social Science & Medicine (1982), 64*(9), 1925-1936.
- Pavlou, M. P., & Lachs, M. S. (2008). Self-neglect in older adults: A primer for clinicians. *Journal of General Internal Medicine, 23*(11), 1841-1846. doi: 10.1007/s11606-008-0717-7
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G., & Bloom, D. (2008). Housing for persons with serious mental illness: consumer and service provider preferences (English). *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 59*(9), 1011-1017.
- Rawls, J. (2009). *Théorie de la justice*. Paris, France : Éditions Points.



- Russell, C., Fitzgerald, M. H., Williamson, P., Manor, D., & Whybrow, S. (2002). Independence as a practice issue in occupational therapy: The safety clause. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 369-379.
- Seedhouse, D. (2005). *Values-Based Decision-Making for the Caring Professions*. New York, NY: Wiley.
- Simmons, P. D., & O'Brien, J. G. (2000). Ethics and aging: Confronting abuse and self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(2), 34-54.
- Singer, P. (2011). *Practical ethics*. Cambridge, En: Cambridge University Press.
- Torke, A. M., & Sachs, G. A. (2008). Self-neglect and resistance to intervention: Ethical challenges for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 23(11), 1926-1927. doi: 10.1007/s11606-008-0807-6

### **Addenda au Chapitre 3**

Cette section vise à préciser certains aspects abordés dans l'article qui compose l'essentiel de ce chapitre.

#### **Précisions concernant les aspects méthodologiques**

L'article qui compose le présent chapitre proposait une réflexion qui repose sur une recension des écrits de type *rapid review* (Khangura, Konnyu, Cushman, Grimshaw, & Moher, 2012). À l'instar de Khangura et collaborateurs (2012), la recherche documentaire et l'extraction des données ont été réalisées par une seule personne (l'étudiante, première auteure de l'article), puis vérifiées par les deux autres auteures de l'article (respectivement directrice et co-directrice de recherche). Considérant la thématique abordée, les critères de sélection des documents étaient délibérément larges : l'intérêt pour la question de la sécurité à domicile des personnes présentant un trouble de santé mentale est relativement restreint et il était supposé que peu d'écrits scientifiques aborderaient le sujet sous l'angle de dilemmes éthiques. Ainsi, tous les documents rédigés en français ou en anglais qui discutaient, même indirectement, des enjeux éthiques associés à la sécurité à domicile ont été considérés. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué. Le Tableau 17 présente les caractéristiques des 17 articles retenus.

Tableau 17

*Caractéristiques des 17 articles abordant des enjeux éthiques inhérents à la question de la sécurité à domicile*

Référence	Type d'écrit	Visée	Clientèle ciblée	Perspective consultée	Pays
Blass et al. (2016)	Article de recherche empirique	Identifier les enjeux éthiques couramment rencontrés par les infirmières qui se rendent à domicile	Aînés	Infirmière	États-Unis
Braye et al. (2011)	Revue systématique	Identifier et conceptualiser les défis inhérents à la négligence de soi	Aînés	Curateur public Travailleur social Intervenant de la santé Service policier	Royaume-Uni
Day (2010)	Éditorial	Susciter une réflexion sur les pratiques cliniques entourant la négligence de soi	Aînés	Infirmière	Royaume-Uni
Day et al., (2012)	Article de recherche empirique	Explorer la perception de la négligence de soi	Aînés	Intervenant pivot – Protection des aînés	Royaume-Uni
Dong & Gorbien (2005)	Étude de cas	Explorer les enjeux éthiques inhérents aux situations où l'aptitude d'une personne présentant une problématique de négligence de soi est questionnée	Aînés	Médecin	États-Unis

Tableau 17

*Caractéristiques des 17 articles abordant des enjeux éthiques inhérents à la question de la sécurité à domicile (suite)*

Référence	Type d'écrit	Visée	Clientèle ciblée	Perspective consultée	Pays
Dunworth & Kirwan (2009)	Article de recherche empirique	Explorer les principes pris en compte dans la prise de décisions éthiques dans le cadre de services offerts en contexte communautaire et domiciliaire	Aînés	Travailleur social	États-Unis
Koenig et al., (2010)	Article de recherche empirique	Explorer la résolution de dilemmes éthiques soulevés par des problématiques d'accumulation et d'insalubrité résidentielle	Aînés	Travailleur social	États-Unis
Lauder et al., (2005)	Article théorique	Explorer les enjeux éthiques soulevés par la négligence de soi et les jugements susceptibles d'être exprimés par des professionnels de la santé	Aînés	Infirmière	Australie
Macleod & Douthit (2015)	Article de recherche empirique	Comprendre et définir la négligence de soi	Aînés	Professionnels de la santé mentale	Canada
McDermott et al., (2009)	Article théorique	Proposer une réflexion entourant les enjeux éthiques susceptibles d'être soulevés par des problématiques d'insalubrité résidentielle	Aînés	S.O.	Australie

Tableau 17

*Caractéristiques des 17 articles abordant des enjeux éthiques inhérents à la question de la sécurité à domicile (suite)*

Référence	Type d'écrit	Visée	Clientèle ciblée	Perspective consultée	Pays
McDermott (2010)	Article de recherche empirique	Explorer les jugements portés par des professionnels de la santé à l'endroit de clients présentant une problématique d'insalubrité résidentielle	Aînés	Décideur Professionnel de la santé Intervenant communautaire	Australie
McDermott (2011)	Article de recherche empirique	Examiner les dilemmes éthiques rencontrés par des professionnels de la santé qui rencontrent des problématiques d'insalubrité résidentielle	Aînés	Infirmière Travailleur social Service incendie	Australie
Naik, Lai et al., (2008)	Article théorique	Réfléchir à l'évaluation de l'aptitude dans les cas où une problématique de négligence de soi est suspectée	Aînés	Médecin	États-Unis
Naik, Teal et al., (2008)	Article théorique	Décrire les enjeux conceptuels et méthodologiques inhérents à l'évaluation de l'aptitude dans les situations où la capacité à vivre seul est compromise	Aînés	Médecin	États-Unis
Pavlou & Lachs (2008)	Article théorique	Identifier des stratégies cliniques et des recommandations pour la recherche dans le domaine de la négligence de soi	Aînés	Médecin	États-Unis

Tableau 17

*Caractéristiques des 17 articles abordant des enjeux éthiques inhérents à la question de la sécurité à domicile (suite)*

Référence	Type d'écrit	Visée	Clientèle ciblée	Perspective consultée	Pays
Russell et al., (2002)	Article de recherche empirique	Explorer le sens accordé par des ergothérapeutes à l'indépendance	Aînés	Ergothérapeute	États-Unis
Simmons & O'Brien (2000)	Article théorique	Proposer une réflexion entourant les enjeux éthiques susceptibles d'être soulevés par les problématiques d'abus et de négligence de soi	Aînés	Médecin	États-Unis
Torke & Sachs (2008)	Éditorial	Susciter une réflexion sur les dilemmes éthiques susceptibles d'être soulevés par les refus de traitements et la résistance aux interventions exprimés par des personnes présentant une négligence de soi	Aînés	Médecin	États-Unis

### **Précisions concernant les dilemmes éthiques identifiés**

À la lumière des écrits consultés, il semble que les situations où la sécurité à domicile est compromise sont susceptibles de soulever trois principaux dilemmes éthiques. Comme discuté dans l'article, l'un des dilemmes identifiés résulte d'une confrontation entre, d'une part, la valorisation de l'autonomie ainsi que l'autodétermination de la personne dont la sécurité est présumée compromise et, d'autre part, le devoir de bienfaisance des intervenants, lequel tend à se manifester par des actions visant à améliorer le bien-être et la qualité de vie de la personne. Un autre des dilemmes documentés caractérise les situations où la valorisation des droits individuels apparaît inconciliable avec la valorisation de la sécurité d'autrui ainsi qu'avec le bien-être public. Enfin, le dernier des dilemmes identifiés est rencontré par les intervenants qui sont tiraillés entre un souci de respecter leurs devoirs professionnels (qu'il s'agisse de normes institutionnelles ou d'obligations déontologiques) et la sollicitude<sup>1</sup>, laquelle se manifeste généralement par le souci de mettre en place et de protéger une alliance thérapeutique avec la personne.

### **Précisions concernant la provenance des exemples cliniques**

Les exemples cliniques présentés pour illustrer les dilemmes éthiques dont il est question dans l'article sont inspirés de la pratique clinique de l'étudiante (première auteure de l'article).

---

<sup>1</sup> Dans l'article, le terme sollicitude a été traduit par celui de *care*. Parfois associé à une théorie éthique spécifique (la théorie du *care*; Gilligan, 2008), le *care* est à la base une vertu fondamentale (la sollicitude) qui se traduit par « *souci de contribuer au bien de la personne, d'en prendre soin, de [démontrer] de la compassion à son endroit* » (Desormeaux-Moreau & Drolet, sous presse).

## **Chapitre 4**

SÉCURE: A clinical tool for comprehensively assessing home safety  
of people with mental illness



## SÉCURE:

### Assessing Comprehensively Home Safety of People with Mental Illness<sup>1</sup>

Marjorie Désormeaux-Moreau, PhD (c). OT<sup>1</sup>

Ginette Aubin, PhD. OT.<sup>2</sup>

Nadine Larivière, PhD. OT.<sup>3</sup>

- <sup>1</sup> Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières
- <sup>2</sup> Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale
- <sup>3</sup> École de réadaptation, Université de Sherbrooke; Centre affilié universitaire, Sherbrooke; Centre de recherche Fernand-Seguin/Hôpital Louis-H.;

Competing Interests / Conflicts of Interest: None of the authors has any possible competing interests or conflicts of interest

#### **Acknowledgments**

We would like to thank all the study participants, without whom the study would not have been possible. We would also like to thank the Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) for awarding the first author a scholarship for the research (BF4-Désormeaux-Moreau, 29319).

The first author also acknowledges that this study draws on previous work done under Claire Dumont's supervision. She therefore thanks her for her contribution to the ESGR elaboration, which preceded SÉCuRE.

#### **Research ethics**

Ethical certification was obtained on 5 March 2014 from the Université du Québec à Trois-Rivières human research ethics board prior to the planning phase (reference number: CER-14-199-07.14). Written informed consent was obtained from all participants.

---

<sup>1</sup> Le manuscrit de ce quatrième chapitre fut soumis le 6 avril 2017 au *British Journal of Occupational Therapy (BJOT)*. La version finale du manuscrit, lequel fut rédigé dans son intégralité par l'étudiante sous la supervision des coauteures, fut publiée en avril 2018.

### **Abstract**

**Introduction:** People with severe mental illness benefit from a growing number of measures aimed at supporting independent housing. The purpose of the study was to develop a comprehensive home safety assessment tool. **Method:** The tool's elaboration was done in three phases. The planning phase was intended to circumscribe the phenomenon, providing input for the development phase, which consisted of creating and enhancing the tool's prototypes. The evaluation phase then featured the tool's translation validity (relevance, exhaustiveness, clarity, and apparent clinical utility), with four successive rounds of expert consultation ( $n = 20$ ). Changes were made to the tool according to the experts' suggestions. **Findings:** The proposed tool, SE'CuRE, adopts a structured professional judgment approach that is designed to be used collaboratively and interprofessionally, with a specific role for occupational therapists. It aims to systematize the assessment of contributive factors (risk and protective), all stakeholders' expectations and needs and the identification of potential ethical issues. The findings supported the translation validity and acceptance of the tool by clinicians. **Conclusion:** SE'CuRE was developed to assist with clinical judgment regarding home safety interventions. It is hoped that its use may ultimately foster home safety in the context of recovery.

**Key words:** Clinical Assessment Tools, Housing, Occupational therapy, Risk, Structured professional judgment

### **Introduction**

A recent meta-analysis showed that 84% of people with mental illness prefer independent housing (Richter and Hoffmann, 2017), regardless of their current living situation. Similarly, an increasing number of studies have shown that access to supported housing has various benefits. These include increased residential stability, reduced homelessness, and increased satisfaction with overall quality of life and living conditions (Bengtsson-Tops et al., 2014; Henwood et al., 2015). Access to adequate independent housing (which refers to physical installations and facilities as well as to sanitary conditions that meet security standards) has also been identified as an important determinant in the recovery process (Drake and Whitley, 2014). In fact, as people with mental illness issues describe recovery as characterized by a sense of agency and autonomy (Drake and Whitley, 2014), independent living offers the opportunity to engage in meaningful and satisfying activities, hence increasing control over one's life.

Grounded on the recovery approach (Anthony, 1993), mental health services now include measures aimed at enabling and facilitating community and social participation (Bengtsson-Tops et al., 2014; World Health Organization, 2013), as well as supporting independent housing. Consistent with that approach, regular external (as opposed to on-site support services, known as supportive housing) professional support is prioritized, as evidenced by the rise of the Housing First movement (Henwood et al., 2015). Within this context, occupational therapists and other service providers may observe and be concerned by, for example, poorly maintained living areas or indicators of occupational performance

difficulties, which may raise concerns about home safety (Désormeaux-Moreau et al., 2017a). At times, all that is needed is to provide instructions on certain safety guidelines (for example, avoid placing a towel on a halogen light bulb to dim lighting), or to propose adaptations or compensatory means to promote home safety (for example, meal delivery service, reduced clutter, task training to promote the acquisition of routines, and use of checklists/ reminders to compensate for forgetfulness). In other cases, the requirements needed to remain in the current living arrangement may be too demanding for the person's capacities, and conceivable adaptations may be insufficient. In such situations, more structured housing (that is, a foster family, group home, or supervised apartment) may be considered. Some individuals may consider such housing as a means to counter social isolation and such a decision may, therefore, be accompanied by a substantial relief. However, it must be borne in mind that more structured living arrangements usually provide less autonomy and freedom, with major repercussions on lifestyle and self-perception.

Ideally, home safety-related decisions should be made in collaboration with the individual personally, to the extent of the individual's capabilities. In cases where the capacity to identify and resolve potential dangers is at issue, client-centered practice may, however, become an additional challenge because of the ethical issues inherent to home safety. Such an issue is of considerable importance because although individual freedom should not be limited or undermined (Titterton, 2005), incidents that may have tragic consequences for the individual or others must be avoided (Duffy et al., 2004). To ensure

that any decisions regarding housing do not have undue deleterious effects, the challenge is to determine, in a fair and specific manner, how, where and when to intervene.

At the time of this study, no comprehensive tool was available for the assessment of home safety of people with mental illness (Désormeaux-Moreau et al., 2015). The *Évaluation de la sécurité à domicile et de la gestion des risques (ESGR)* (Désormeaux-Moreau et al., 2015) was a promising tool that was developed to meet this need. However, it solely relied on an understanding of homebased risks as perceived by service providers or researchers, and had not yet included the perspective of persons with mental illness. This was a limitation, as risk perception varies according to the observer: caseworkers, relatives, or service users (Alaszewski and Alaszewski, 2002; Clarke, 2000). Moreover, persons with mental illness themselves express needs in relation to home safety (Manuel et al., 2012; Nelson et al., 2003), and thus, their perspective must imperatively be considered.

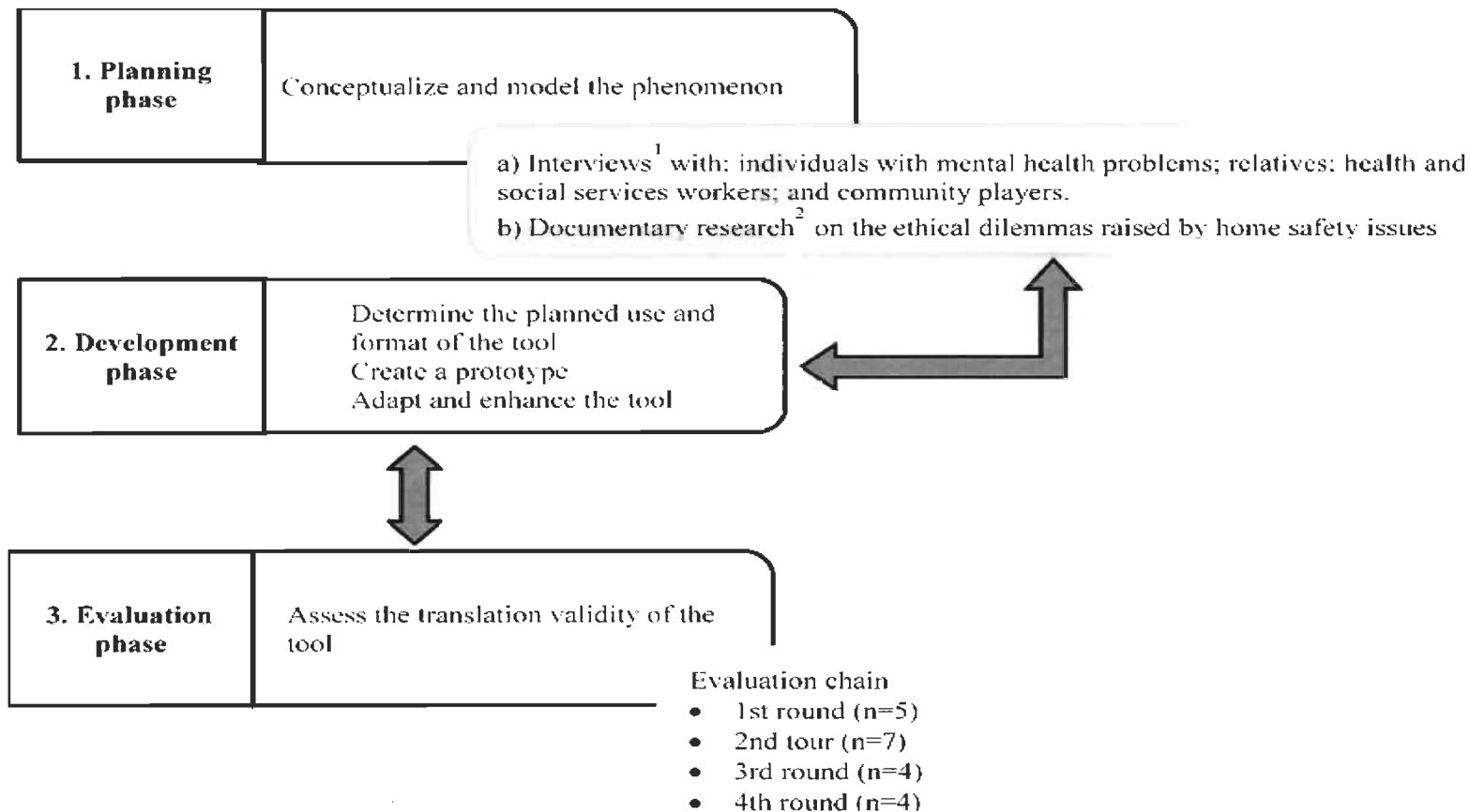
Our study aimed to enrich the tool ESGR with other perspectives, including that of persons with mental illness, caregivers, and service providers. It also examined qualitatively the relevance, exhaustiveness, clarity, and apparent clinical utility of the final version of the tool, now called *SÉCuRE*.

## **Method**

To meet the targeted goals, this study used a pragmatic approach (Morgan, 2007) and embraced an integrated approach to development study design (Loiselle and Harvey, 2007; van der Maren, 1995). As such, the tool's elaboration built on an iterative process whereby results, when obtained, contributed to the authors' reflection on which direction to take subsequent steps (Loiselle and Harvey, 2007). The enrichment of the ESGR tool followed steps proposed by a number of authors (Kielhofner, 2006; Streiner et al., 2014; van der Maren, 1995; Waltz et al., 2010) that consisted of a three-phase process (planning phase, development phase, and evaluation phase; see Figure 7).

### **1. Planning phase**

Although this article focuses on the development and the evaluation phases, the planning phase is still briefly presented, given the integrated nature of the tool's elaboration process.



*Figure 7.* Mapping of the proposed process to support the assessment of home safety. Use of the dotted line illustrates that progression to the next step is dependent on the outcomes obtained beforehand. As a result, the second step will be carried out if need be, that is, if, upon completion of a preliminary assessment (step 1), a comprehensive evaluation of the situation is called for. Likewise, depending on the outcomes from the interventions that are implemented (step 3), it may be necessary to resume the evaluation process (step 2).

\* Step requiring a functional evaluation by an occupational therapist.

The planning phase involved the proposal of a conceptual framework that could provide a plausible explanation to the problem situation (DePoy and Gitlin, 2015) and therefore contribute to the tool's elaboration. Accordingly, both interviews and a documentary research were conducted to enhance the conceptualization of the home safety of people with mental illness. Although the richness of the results of this first phase justified their publication in independent articles (Désormeaux-Moreau et al., 2017a, 2017b), it is essential that their method be addressed in order to allow the reader to gain an idea of the elaboration process as a whole, as well as to capture the methodological decisions that guided it.

Individual interviews lasting between 22 and 136 min were conducted with persons with mental illness ( $n = 8$ ). In addition, focus groups lasting between 38 and 124 min were conducted with relatives ( $n = 8$ ), health and social services workers ( $n = 7$ ), and community stakeholders (such as the police) ( $n = 7$ ). The collected data was examined through the analysis by grounded theory as proposed by Paillé (1994), which is an organizational and conceptual construction process centered on the interactions between the various components of the phenomenon. A documentary research that aimed to gather existing knowledge on ethical discomforts related to home safety also contributed to the planning phase. The literature review was conducted in various scientific databases commonly used within the health field (that is, Academic Search Complete, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Education Resources Information Center (ERIC), Medline, Psychology and Behavioral Sciences Collection



(PBSC), PsycInfo, and SocIndex). The selected articles were examined through a thematic analysis (Mucchielli, 2006), as words and expressions referring to ethical issues (values and ethical principles) were first identified and then grouped and compared with three ethics currents: utilitarian (Bentham, 2008), deontological (Kant, 1986), and virtue and care ethics (Gilligan, 2008; MacIntyre, 2006).

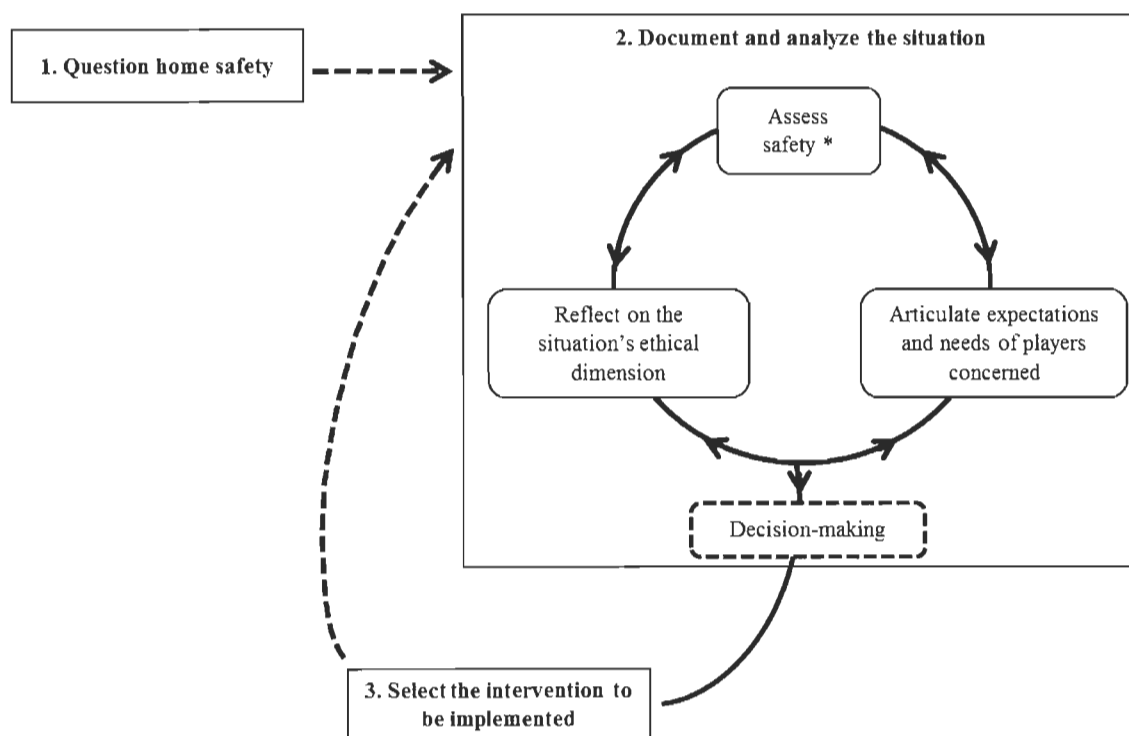
Results gathered through the planning phase confirmed the relevance and representativeness of the items comprised in the ESGR, as well as identifying other risk and protective factors that may influence home safety of persons with mental illness. These served to model and define home safety as a status resulting from an optimal balance between the individual's characteristics, the home environment, and activities. This status arises more particularly from a balance between protective and risk factors which, when they do occur, may contribute to incidents. Thus, the planning phase highlighted that the various stakeholders' degree of risk tolerance, safety-related knowledge, personal and professional experiences, as well as ethical issues characterized and influenced perceptions of home safety-related issues. Identified key ethical issues refer to the person's right and autonomy, the practitioner's duty of beneficence, the person and the public's safety and welfare, and care and therapeutic relationships. These findings may explain why home safety issues can be a source of discomfort that goes beyond the presenting risk factors. In the end, the planning phase's results (see Désormeaux-Moreau et al., 2017a, 2017b for a more detailed presentation) served to model and define home safety and provided input for the development phase.

## **2. Development phase**

The development phase consisted in determining how to translate the results of the planning phase into an assessment tool. It more specifically involved: determining the tool's intended use and format; developing a first prototype (first author); and enhancing the tool based on comments from both the other authors and the participants to the evaluation phase.

Considering the multifactorial nature of home safety and its ethical dimension, as well as the subjectivity involved in safety perception, it appeared that a 'standard' assessment tool, in the form of a list or grid of ratable items, would be inadequate for a holistic assessment of situations where home safety is deemed compromised. The severity of the harms that might arise from an inappropriate assessment, whether in terms of selfdetermination, right to housing, or safety, also informed the format of the first prototype. Consequently, it was determined that the next version of the ESGR would not be quantitative, but rather incorporated a reflective process (see Figure 8) that could support the clinical reasoning that underlies the determination and balancing of the facts and issues relative to home safety. This format was chosen to afford flexibility so that a comprehensive evaluation of home safety issues can be made beyond a general score. Following the consultation rounds, the tool's format evolved from a rating grid of a list of items (ESGR) to a clinical reasoning approach (first and second prototype), and then to a structured professional judgment approach (third and fourth prototype).

In order to reflect the profound changes made to its focus and format, the proposed tool was given a new name, SÉCuRE (which stands for Soutien à l'évaluation contextualisée et à une réflexion explicitée sur la sécurité à domicile en santé mentale). The wording translates the aim of the tool, which is to support a contextualized assessment as well as an explicit reflection on the home safety of people with a mental illness.



*Figure 8.* Mapping of the proposed process to support the assessment of home safety. Use of the dotted line illustrates that progression to the next step is dependent on the outcomes obtained beforehand. As a result, the second step will be carried out if need be, that is, if, upon completion of a preliminary assessment (step 1), a comprehensive evaluation of the situation is called for. Likewise, depending on the outcomes from the interventions that are implemented (step 3), it may be necessary to resume the evaluation process (step 2). Reproduced with the author's permission (Désormeaux-Moreau, Aubin, & Larivière, 2017c).

### 3. Evaluation phase

This phase consisted of inviting experts to comment on the extent to which the operationalization of the concept, proposed through the tool's prototype, was a good reflection of the construct. They were asked to reflect on the tool's translation validity, that is, both face and content validity (Trochim, 2006). Accordingly, they commented on the tool's clarity, exhaustiveness, relevance, and apparent clinical utility in a process modelled on the 'evaluative chain' concept as presented by van der Maren (1995). Evaluative chain refers to an iterative formula where a prototype of the tool is submitted to a first panel of experts and enhanced based on their feedback, then submitted to a second panel of experts, and so on, for a total of three to five rounds of consultations.

**Sampling.** A purposive and snowball non-probability sampling technique was used to recruit experts. These experts represented potential users of the tool, that is, clinicians who work with clients with mental illness. For the first two rounds of consultation, the targeted experts had to be healthcare professionals or social service providers; have direct contact with clients presenting with mental illness, living at home, and being at risk of presenting home safety issues; and be proficient in French. For the next two rounds of consultation, the experts had to be occupational therapists, have direct contact with clients with mental illness who were living at home, and be proficient in French. As the experts' number of years of experience is no guarantee of an individual's expertise (Baker et al., 2006), this was not a criterion for inclusion.

**Data collection and analysis.** A sample of the tool was given to each expert for prior consultation, along with a brief in person presentation by the first author. Semi-structured interviews were then conducted so that they could provide their views on the clarity, exhaustiveness, relevance, and apparent clinical utility of the tool.

It was initially planned that translation validity would be evaluated by means of group discussions; however, owing to availability, the experts consulted in the fourth round were met individually or in pairs. Conducted between June 2016 and November 2016, the interviews took place at the experts' workplace (first and second rounds), at the first author's workplace (third and fourth rounds), and via videoconferencing or by phone (fourth round), and lasted 45 to 100 min. The interviews were all audio recorded and transcribed in their entirety.

Content analysis (Mucchielli, 2006) was used to examine the translation validity of SÉCuRE. Codification was done according to an iterative process in which a coding grid was initially composed of predetermined themes (clarity, exhaustiveness, relevance, and apparent clinical utility), chosen in accordance with the translation validity concept. The enquiries made by the experts of each of the four evaluative chains were first associated with these themes, and then inductively subdivided into refined subcategories as the analysis progressed. The first author carried out coding. It was then validated by the other authors who consulted the excerpts associated with each code and confirmed proper interpretation. Coding agreement was reached through group consensus.

**Ethical considerations**

Ethical certification was obtained on 5 March 2014 from the Université du Québec à Trois-Rivières human research ethics board prior to the planning phase (reference number: CER-14-199-07.14). Written informed consent was obtained from all participants.

**Results**

Twenty clinical experts working with mostly white, French-speaking clients from various areas in Quebec, Canada, were consulted (see Table 18).

The experts asked for certain clarifications and made a few suggestions for changes (see Table 19 for examples of categorized enquiries). The ones that resulted in significant reflection and changes, with respect to either clarity or exhaustiveness, are explained in the following paragraphs. The experts' perceptions as regards the tool's apparent clinical utility and relevance are also discussed.

Table 18

*Participant Characteristics by Round of Consultations*

<i>t</i>	Experts			
	1 <sup>st</sup> Round ( <i>n</i> = 5)	2 <sup>nd</sup> Round ( <i>n</i> = 7)	3 <sup>rd</sup> Round ( <i>n</i> = 4)	4 <sup>th</sup> Round ( <i>n</i> = 4)
Sex (number of persons; %)				
Female	4 (80)	5 (71.43)	2 (50)	3 (75)
Years of clinical experience in mental health				
Mean (SD)	9.60 (8.20)	6.86 (4.60)	11.5 (7.33)	18,25 (7,19)
Span	4-23	1-13	4-20	13-29
Professional Title / Discipline (number of persons; %)				
Special education teacher	2 (40)	2 (28.57)		
Occupational therapist	1 (20)		4 (100)	4 (100)
Nurse	1 (20)	2 (28.57)		
Specialized educator	1 (20)	2 (28.57)		
Social worker		1 (14.29)		
Practice environment and context (number of persons; %)				
Services in the community	5 (100)	7 (100)	2 (50)	0
Housing environment / resource	0	0	1 (25)	1 (25)
Out-patient clinic	0	0	1 (25)	3 (75)
Urban	0	0	0	2 (50)
Semi-urban	5 (100)	7 (100)	4 (100)	2 (50)

Table 19

*Sample Enquiries Formulated by Experts and Modifications Made to the Tool's Prototypes*

Consultation	Enquiries / Comments by Experts ( <i>Themes</i> )	Subsequent Modifications
1st Round	<p>Provide factors identified as potentially impacting home safety (<i>exhaustiveness</i>)</p> <p>Clarify interactional character of contributing factors (<i>clarity</i>)</p> <p>Clarify guideline on assessment of overall level of safety (<i>clarity</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In rating tool</i>: Reformulation of the guideline on assessment of overall level of safety</li> <li>• <i>In companion guide</i>: Addition of figures illustrating the categories of contributing factors (risk and protective)</li> </ul>
2nd Round	<p>Provide an inventory of contributing factors (<i>exhaustiveness</i>)</p> <p>Provide a “turnkey” rating grid (<i>exhaustiveness</i>)</p> <p>Clarify how it is possible for the same contributing factor to either adversely impact home safety or not impact it at all (<i>clarity</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In companion guide</i>: Addition of contextual support to clarify the nature of the phenomenon that is home safety</li> <li>• Clarification added with regards to an occupational therapist’s contribution in assessing home safety</li> <li>• Replacement of figures illustrating the categories of contributing factors by an annex listing each category of contributing factors on a continuum from “risk factor” to “protective factor”</li> </ul>
3rd Round	<p>Provide a structured framework for compiling information relating to the impact of various contributing factors (<i>exhaustiveness</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In rating tool</i>: Addition of a framework for structuring assessment of the various contributing factors.</li> <li>• Addition of a rating system by means of a visual analog scale</li> </ul>
4th Round	<p>Propose a summary of categories of contributing factors (<i>exhaustiveness</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In rating tool</i>: Addition of a guideline to determine to which dimensions the most problematic contributing factors are relating to</li> </ul>



## Clarity

The experts consulted during the first two rounds asked for clarifications regarding the multifactorial nature of home safety. Their comments led to a substantial enhancement of the companion guide, as well as a reflection on the knowledge and skills required to best use the tool. It was specified that, depending on the reality of practice environments and contexts, all steps of the process could be completed by various professionals (occupational therapists, nurses, specialized educators, social workers, and so on) in a collaborative approach, with the exception of safety assessment (step two, 'assess safety'). The contribution of occupational therapists is deemed essential in the assessment of home safety of a person living with mental illness. Indeed, the planning phase's findings confirmed that home safety is often described as related to the person's functioning in the housing environment, as well as to functional independence. It is therefore argued that assessing home safety (step 2, Figure 8) cannot be done without considering a person's occupational performance, which falls within occupational therapists' scope and field of expertise (World Federation of Occupational Therapists, 2010). These clarifications with regards to the skills and roles of service providers were particularly appreciated in subsequent consultations:

*I think it's important to highlight . . . what is specific to the occupational therapist's role [because] although everyone is concerned with [home safety], we can't all evaluate it the same way (Occupational therapist 1, fourth round).*

*It's really cool as well that you gave a specific role to the caseworker . . . it will make it easier to implement [the tool in an interdisciplinary context] (Occupational therapist 2, third round).*

### **Exhaustiveness**

During the first two rounds of consultations, the experts' suggestions most often related to the addition of an inventory of contributing factors and a rating system, respectively. Although it seemed legitimate to use a structured framework to systematize the evaluation of contributing factors, it was essential, nonetheless, that the overall evaluation remains contextualized, which only a professional judgment approach could make possible. To address these requests, an inventory of factors identified as possibly contributory to the home safety of persons with mental illness was attached to the companion guide. The contributing factors were also inserted in the structured canvas so that evaluating occupational therapists could visually rate the nature and intensity that each factor played on a continuum from 'compromises home safety' to 'optimizes home safety'. Whereas one of the experts consulted in the fourth round indicated it would have been more intuitive to rate contributing factors by means of a scale, two others expressed their appreciation that

*safety was in a range from 'compromised' to 'optimized' [instead of a] scale 1, 2, 3, 4. [I appreciate being able to evaluate the contributing factors] on this continuum [and] I find it very helpful [. . .] not being restricted to a rating.*  
(Occupational therapist 1, fourth round)

In a logic of continuity with the model and the definition on which the tool is based, evaluation of the contributing factors on a continuum was maintained, but the visual presentation and instructions were simplified to facilitate its use.

### Relevance and clinical utility

In each of the rounds, the experts expressed a favorable opinion of the prototype submitted to them. From the very outset, it was considered relevant and particularly useful that the contributing factors combined both risk factors and protective factors:

*we focus a lot on 'what's wrong' [but there may be] positive elements we might not think to document, so [the tool can help us do just that]* (Nurse, first round).

*I was faced recently with evaluating an elderly client who had a mental health problem . . . right at the same time [as the invitation to take part in the study.] [I] proceeded with a more standard evaluation [but] I was less observant of the protective factors because I focused [only on reporting] things that weren't right. [Your tool] helped me look at things in perspective.* (Occupational therapist 1, fourth round)

The participants were otherwise unanimous that the portion of the evaluative process dealing with ethical issues was relevant:

*[when stopping and thinking about] the question of values, [we can] reflect to the person: 'what you're dealing with, we're [not sure about,] it's not safe. We're all for your autonomy, but look, we need to make a move one way or the other. [. . .] I think it can help us [. . .] in terms of the [therapeutic] relationship, it explains why we're 'forced'' [to intervene].* (Occupational therapist 3, third round)

Two experts (second and third rounds) expressed their reservations about using the tool in a clinical setting, alleging the amount of time needed to get familiarized with and complete the tool. However, as another participant spontaneously reported (third round), *'it's not just an evaluation tool [. . .] it's a decision-making tool'*. Yet another participant (Occupational therapist 4, fourth round) indicated that *'the fact it's a tool for reflection [. . .] makes it less cumbersome. Because yes it's a comprehensive tool, so it takes time to get into the details, but [since we're not] pressed for time, I think it's okay'* (Occupational

therapist 2, fourth round). Finally, the experts agreed that the tool's thought-provoking aspect made it relevant and valuable, helping in particular to shed '*a light on [ . . . ] grey areas*' (Occupational therapist 2, fourth round), that is, situations where, without there being any imminent danger, there may be gnawing doubts and unease.

### **Additional enquiries**

A few questions arose with respect to clinical data collection and, in that regard, a statement was added to the companion guide, inviting users of the tool to use all the means they considered relevant to access and triangulate the information they need in order to address the situation holistically and comprehensively. Finally, the consultations supported the tool's translation validity, with the experts consulted expressing a generally favorable opinion of the prototypes they were given, even from the first round: '*It's a tool that will be used extensively, I'm sure of it*' (Occupational therapist 2, fourth round).

### **SÉCuRE**


The tool is the concrete and tangible application of the iterative process on which we built the present study. As a result of the iterative process comprised of the development phase and the four rounds of consultations held in the evaluation phase, the tool includes a structured (but customizable) canvas where relevant information can be compiled (see Figure 9). It also comprises a companion guide that describes the theoretical basis needed to understand home safety and presents detailed guidelines for each step of the proposed reflective process. Indeed, SÉCuRE aims to provide a global and thorough picture of

situations where the home safety of a person with mental illness may be compromised. In order to help target the most appropriate and effective means in which home safety could, in any given situation, be optimized, SÉCuRE proposes a framework that emphasizes how to document and analyze the situation that is presumed to be compromised (see step 2, Figure 8). To that end, it invites the user to do the following:

1. To systematize the assessment of contributing factors, organized into four categories: characteristics of the person whose safety is presumed to be compromised ( $n = 7$  factors), characteristics of the home environment ( $n = 11$  factors), characteristics of activities and occupations ( $n = 1$  factor), and the interaction between the three main dimensions ( $n = 13$  factors);
2. To document the perspective of the individual whose home safety is deemed to be compromised, but also of all the other stakeholders concerned (caseworkers, owner, relatives, and so on);
3. To cast a critical eye on the presenting ethical issues. Special importance is given to this aspect even though SÉ CuRE is not intended to replace or supersede any formal approach to ethical decision-making.

To be completed in collaboration with an occupational therapist

step 2




**Environment**

**Contributing factors related to the characteristics of the environment**

Access to quality housing	
Housing and living conditions	
Animal presence	
Neighborhood	
Social interactions and support	
Access to formal support and services	
Collaboration between the involved actors	
Landowner openness and involvement in housing maintenance	
Stakeholders' values and expectations	
Means of communication in the event of an emergency	
Stakeholders' knowledge and competences	
Other: _____	

Compromises home safety
Optimizes home safety



**Activity / occupation**

**Contributing factors related to the characteristics of the activities or occupations**

Nature of the activity / occupation	
Specify which activity / occupation raises concern:	
_____	
_____	
_____	

Compromises home safety
Optimizes home safety

Figure 9. Excerpt from the structured canvas (step 2). At this moment, full content is available in French only. Reproduced from the tool's companion guide with the author's permission (Désormeaux-Moreau, Aubin, & Larivière, 2017d).

## Discussion

An increasing number of persons with mental illness, including those with more severe forms of mental health illnesses, live in independent housing, an environment requiring the accomplishment of various activities and involving activity patterns (for example, time management, engagement) with ranging levels of complexity, which may raise safety issues. Moreover, they often must live in substandard living environments (Bengtsson-Tops et al., 2014; Byrne et al., 2013), which go hand-in-hand with increased health and safety risks (Adair et al., 2014). However, although the occurrence of the risk could actually lead to incidents and thus be a source of damage, the presence of risk factors is not sufficient in and of itself to compromise home safety. It would therefore be mistaken and reductive to view home safety assessment as falling within a framework where safety contrasts with risk. Indeed, risk factors, whatever they may be, represent just one of the elements affecting home safety, the same as protective factors, and the overall level of safety may be regarded as satisfactory despite a large number of risk factors, and vice versa. Such an understanding implies that home safety assessment should take place within a comprehensive framework that aims to optimize safety rather than to eliminate risk. To the best of our knowledge, no integrated approach was available before this study to thoroughly assess situations where the home safety of an individual with mental illness is possibly compromised.

### **SÉCuRE, a structured framework to support a reflective process**

The innovative character of SÉCuRE lies in the fact that it is a tool offering a structured framework to support a contextualized evaluation of the body of facts and issues that can affect home safety. Indeed, most of the home safety assessment tools available today are predicated based on an approach that tends to rely on factors that are meant to be objective. However, home safety is not a purely objective phenomenon. Although modulated in part by factual parameters (such as the absence of running water, presence of a fire extinguisher, or smoking in bed), it also carries a subjective dimension (such as risk tolerance, sense of security, and values). In order to determine whether an individual or a living environment is or is not ‘safe enough’, a service provider must make a judgment that relies on his or her own perception of the individual’s situation (MacLeod and Stadnyk, 2015). This can be done only through the lens of each person’s personal and professional experience, knowledge, and values. It is therefore essential to diversify both sources of information and perspectives in order to gain a comprehensive understanding, hence the relevance and importance of a collaborative approach. It is also crucial that the values and other ethical considerations that may affect professional judgment be clearly articulated, in order for an evaluative and decision-making process to be transparent.

SÉCuRE was developed to systematize the consideration of all contributing factors. In the spirit of assessment tools that rely on structured professional judgment, it is recommended that each of them contributes to the decision-making process, which will ultimately be weighted by professional judgment (De Bortoli et al., 2016). SÉCuRE



pushes the reflective process even further by providing a structured framework not only to document presenting risk factors, but also to allow consideration of the expectations and needs of the individuals concerned (starting with those of the individual whose safety is in question), as well as to help evaluators critically reflect on their own preconceptions. By combining theoretical knowledge, research outcomes, and professional judgment (Doyle and Dolan, 2002), this approach aligns especially well with the current focus on evidence-based practice. Indeed, it invites evaluators to justify their decisions based on the client's wishes, their clinical experience, and local resources, but also on the outcomes of empirical studies (DePoy and Gitlin, 2015).

### **The unique contribution of occupational therapists**

Home safety assessment and intervention are a documented as well as recognized rehabilitation service in certain sectors (for example, for individuals suffering from a loss of autonomy following a physical or cognitive health condition), as evidenced by the substantial occupational therapy literature and tools on the topic (Désormeaux-Moreau et al., 2015). This is much less the case in the field of psychosocial and psychiatric rehabilitation, where services are not always offered in an interdisciplinary context and where occupational therapists may be less present (at least, this is the case in the province of Canada, where this study is based).

Still, occupational therapists hold a body of professional knowledge and skills 'not only to assess safety levels, but also to improve on home safety and enable individuals to

enhance their independence, safety, and quality of life' (Chiu and Oliver, 2006: 132). Moreover, the role of an occupational therapist is 'to enable safe engagement in just-right risk-taking' (Townsend et al., 2008: 100). A targeted evaluation of home safety needs can, in that regard, contribute to both limiting incidents that may lead to occupational disruption and optimizing safe functioning. This thrust is all the more relevant, considering that it is only when basic needs, particularly safety and housing needs, are met that an individual with mental illness can focus on developing social relationships and engaging in productive activities (Henwood et al., 2015). From a mental health perspective, access to a safe housing can therefore be seen as presenting with occupational benefits.

### **SÉCuRE, a tool that aims to align home safety assessment with the recovery concept**

SÉCuRE aims to support thorough home safety assessments that therefore rely on consideration of both risk and protective factors. A focus on protective factors (whether already in place or possible to implement) can allow for the management of compromised situations by addressing vulnerabilities, but still promoting resilience as well as enabling safe independent housing and home-based meaningful activities. Doing so would therefore contribute to providing favorable conditions for recovery for people with a mental illness. Simultaneously a focus on both risk and protective factors could highlight situations where home safety is compromised because of factors beyond the person's control (for example, poor involvement of the landowner towards facilities' maintenance and repairs). That being the case, service providers could focus on advocacy for and by

people with mental illness, thereby contributing to their empowerment as well as sense of control over their housing environment.

### **Strengths and limitations of the study**

The main strength of this study relates to its purpose, in that no tool was yet available to support a reflective process and professional reasoning that consider the full body of elements that may impact the home safety of individuals with mental illness. The fact that the tool was built on an understanding of the home safety issues, including the perceptions of persons living with serious mental illness, is also a strength. In terms of the methodology, the fact that comments expressed by experts ranged from more general aspects, during the first two rounds of consultations, to specific and focused suggestions that dealt essentially with the visual presentation and format points to the tool's translation validity, as well as its acceptance as a tool they could use.

The main limitation of this study arises from the method used to assess the translation validity of the tool, where findings mesh with the experts consulted: namely, from essentially semi-urban and rural geographic environments in one province of Canada. The consultation of participants from more urban environments may have provided different perspectives. Similarly, the fact that only occupational therapists were consulted during the last two rounds can also be a limitation of the study because it is possible that service providers with different disciplinary background may have raised different concerns about the tool.

### **Future research**

A pilot project is planned to document the implementation of SÉCuRE in practice environments, along with the evaluation of the tool from persons with mental illness. Translation of the tool from French to English is also planned so that it can be used in English-speaking clinical environments. Finally, it would be interesting for a longitudinal study to be carried out to evaluate the predictive validity of SÉCuRE in relation to the overall home safety of persons with mental illness.

### **Conclusion**

The goal of this article was to document the development of SÉCuRE, a tool designed to support the assessment of home safety among individuals with mental illness. The proposed tool adopts a structured professional judgment approach to home safety evaluation. It provides a structured framework that is based on a global and balanced understanding of home safety and is intended for health and social service professionals who, through home visits, are facing home safety concerns or whose mandate is to directly address home safety issues. It can therefore be used by various professionals as well as recognize the unique contribution of occupational therapists.

It is hoped that the use of the tool will help professionals make decisions when attempting to determine if, when, and how to intervene in cases where an individual's home safety is possibly compromised. The use of SÉCuRE may, through the proposed approach, help make it easier for these professionals to articulate and justify their clinical

decisions. This is crucial because home safety issues can have serious repercussions on an individual's lifestyle, ability to take action, sense of control over their life, and integration into the community.

### **Key messages**

### **Key findings**

- i. Home safety assessment should consider risk and protective factors as well as ethical considerations.
- ii. SÉCuRE adopts a structured professional judgment approach to home safety evaluation.
- iii. SÉCuRE can be used by various professionals as well as recognize the unique contribution of occupational therapists.

### **What the study has added**

SÉCuRE is a new tool that aims to support occupational therapists' judgment, so they can comprehensively assess people with mental illness's home safety in the context of recovery.

## References

- Adair CE, Kopp B, Lavoie J, et al. (2014) Development and initial validation of the Observer-Rated Housing Quality Scale (OHQS) in a multisite trial of housing first. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 91: 242-255.
- Alaszewski A and Alaszewski H (2002) Towards the creative management of risk: Perceptions, practices and policies. *British Journal of Learning Disabilities* 30: 56-62.
- Anthony WA (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4): 11-23.
- Baker J, Lovell K and Harris N (2006) How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher* 14: 59-70.
- Bengtsson-Tops A, Ericsson U and Ehliasson K (2014) Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *International Journal of Mental Health Nursing* 23: 409-418.
- Bentham J (2008) *Le principe d'utilité suivi de examen de la peine de mort*. Laval, QC : Editions Protagoras-Élæis.
- Byrne T, Prvu Bettger J, Brusilovskiy E, et al. (2013) Comparing neighborhoods of adults with serious mental illness and of the general population: Research implications. *Psychiatric Services* 64: 782-788.
- Chiu T and Oliver R (2006) Factor analysis and construct validity of the SAFER-HOME. *OTJR: Occupation, Participation and Health* 26: 132-142.
- Clarke CL (2000) Risk: Constructing care and care environments in dementia. *Health, Risk & Society* 2: 83-93.
- De Bortoli L, Ogloff J, Coles J, et al. (2016) Towards best practice: Combining evidence-based research, structured assessment and professional judgement. *Child & Family Social Work* 00: 1-10.
- DePoy E and Gitlin LN (2015) *Introduction to research: Understanding and applying multiple strategies*, Baltimore: Elsevier Health Sciences.

- Désormeaux-Moreau M, Aubin G and Larivière N (2017a) Modelizing home safety as experienced by people with mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* Epub ahead of print 31 May 2017. DOI: 10.1080/11038128.2017.13353430.
- Désormeaux-Moreau M, Aubin G and Larivière N (2017b) Home safety issues experienced by people with mental health condition: Theoretical reflection on related ethical issues. *Journal of Ethics in Mental Health* Epub ahead of print 20 June 2017.
- Désormeaux-Moreau M, Aubin G and Larivière N (2017c) *Soutien à l'évaluation contextualisée et à une réflexion explicitée sur la sécurité à domicile en santé mentale. Guide d'accompagnement*. Sherbrooke.
- Désormeaux-Moreau M, Aubin G and Larivière N (2017d) *Soutien à l'évaluation contextualisée et à une réflexion explicitée sur la sécurité à domicile en santé mentale. Outil de cotation*. Sherbrooke.
- Désormeaux-Moreau M, Dumont C, Aubin G, et al. (2015) Sécurité à domicile et troubles mentaux graves : élaboration d'un outil d'évaluation. *Revue canadienne d'ergothérapie* 82(2): 129-140.
- Doyle M and Dolan M (2002) Violence risk assessment: Combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 9: 649-657.
- Drake RE and Whitley R (2014) Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry* 59(5): 236-242.
- Duffy D, Doyle M and Ryan T (2004) Risk assessment and management in acute mental health care. In: Harrison M, Howard D and Mitchell D (eds) *Acute mental health nursing: From acute concerns to the capable practitioner*. Thousand Oaks: Sage Publications, 144-161.
- Gilligan C (2008) *Une voix différente: Pour une éthique du care*. Paris, France : Flammarion.
- Henwood BF, Derejko K-S, Couture J, et al. (2015) Maslow and mental health recovery: A comparative study of homeless programs for adults with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 42: 220-228.
- Kant I (1986) *Œuvres philosophiques*. Paris, France : Gallimard.
- Kielhofner G (2006) *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*, Philadelphia: F.A. Davis Compagny.

- Loiselle J and Harvey S (2007) La recherche développement en éducation : fondements, apports et limites [Development study design: Foundation, contributions and limitations]. *Recherches qualitatives* 27: 40-59.
- MacIntyre AC (2006) *Après la vertu: Étude de théorie morale*. Paris, France : Quadrige/PUF.
- MacLeod H and Stadnyk RL (2015) Risk: 'I know it when I see it': How health and social practitioners defined and evaluated living at risk among community-dwelling older adults. *Health, Risk & Society* 17: 46-63.
- Manuel JI, Hinterland K, Conover S, et al. (2012) "I hope I can make it out there": Perceptions of women with severe mental illness on the transition from hospital to community. *Community Mental Health Journal* 48: 302-308.
- Morgan DL (2007) Paradigms lost and pragmatism regained methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research* 1: 48-76.
- Mucchielli R (2006) *L'analyse de contenu : des documents et des communications [Content Analysis: Documents and Communications]*, Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur.
- Nelson G, Hall GB and Forchuk C (2003) Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health* 22: 5-19.
- Paillé P (1994) L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 23: 147-181.
- Richter D and Hoffmann H (2017) Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 44: 817-823.
- Streiner DL, Norman GR and Cairney J (2014) *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*, Oxford: Oxford University Press.
- Titterton M (2005) *Risk and risk taking in health and social welfare*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Townsend EA, Beagan B, Kumas-Tan Z, et al. (2008) Enabling: Occupational therapy's core competency. In: Townsend EA and Polatajko HJ (eds) *Enabling occupation II: Advancing an occupation therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 87-133.,



- Trochim WMK (2006) Measurement validity types. Available at: <https://www.socialresearchmethods.net/kb/measval.php> (accessed October 2017)
- Van der Maren JM (1995) *Méthodes de recherche pour l'éducation [Research methods for education]*, Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Waltz CF, Strickland OL and Lenz ER (2010) *Measurement in nursing and health research*, New York, NY: Springer Publishing Company.
- World Federation of Occupational Therapist (2010) *Statement on occupational therapy*. Available at: <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>. (accessed October 2017).
- World Health Organization (2013) *Mental health action plan 2013 - 2020*. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1). (accessed October 2017).

## **Discussion**

Cette recherche avait pour but l'élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. Les aspects abordés dans la discussion visent à approfondir certains des enjeux soulevés lors de la réalisation de la présente thèse. Elle commence en ce sens par une mise en perspective intégrée des résultats obtenus, puis en expose les principales retombées. Les forces ainsi que les limites de l'étude sont ensuite soulignées et des recommandations pour la recherche sont proposées.

### **Synthèse et mise en perspective des principaux résultats**

Les résultats qui se rapportent aux facteurs identifiés comme influant sur la sécurité à domicile des personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale (objectif 1) ainsi qu'à leur modélisation (objectif 2) sont d'abord discutés. Ceux qui se rapportent aux enjeux relatifs à l'évaluation de la sécurité à domicile de même qu'à l'outil proposé (objectif 3) sont ensuite abordés.

### **Facteurs contributifs à la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale**

Les résultats issus de la phase de planification témoignent du caractère à la fois multidimensionnel et multifactoriel de la sécurité à domicile et s'avèrent sur ce point

cohérent avec certaines connaissances déjà établies (Chiu & Oliver, 2006; Florio et al., 1979; Hébert et al., 2009). À notre connaissance, aucune étude ne s'était toutefois attardée à documenter les facteurs contributifs à la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale de façon aussi exhaustive que l'ont permis les présents travaux. Ceux-ci ont permis de répertorier 32 catégories de facteurs contributifs, lesquelles ont respectivement pu être associées :

- à certaines des caractéristiques propres à la personne dont la sécurité à domicile est présumée compromise;
- à diverses composantes de l'environnement;
- aux exigences inhérentes à certaines activités et occupations réalisées en contexte domiciliaire;
- à l'interaction que certains des facteurs identifiés exercent les uns sur les autres.

C'est sans surprise que la plupart des facteurs identifiés ont pu être liés à l'environnement domiciliaire proche (logement et voisinage immédiat). Les résultats ont également mis en évidence quelques facteurs contributifs macro-environnementaux, ce qui s'avère novateur.

Plusieurs des facteurs documentés ont par ailleurs été associés à la personne elle-même. Ces derniers se rapportent notamment à l'intégrité des fonctions et des systèmes organiques ainsi qu'aux capacités de la personne, ce qui confirme la considération accrue portée dans le domaine de la santé aux facteurs de risque appartenant à la personne

(Clarke, 2000; Cott & Tierney, 2013; MacLeod & Stadnyk, 2015; Titterton, 2005). Un tel résultat offre un soutien empirique à la prémisse sur laquelle s'appuyaient les présents travaux et selon laquelle certaines des manifestations qui accompagnent les troubles affectant la santé mentale (tels que les déficits cognitifs et les limitations fonctionnelles) peuvent influencer la capacité d'un individu à identifier, à éviter ou à pallier au danger rencontré en contexte domiciliaire. Il semble d'ailleurs que ce soit souvent lorsque la personne ne réalise pas certaines activités jugées nécessaires à sa santé ainsi qu'à sa sécurité (ou encore, lorsqu'elle les réalise de façon inappropriée) qu'émergent les plus importantes préoccupations.

Il est intéressant de souligner qu'une divergence de perspective s'est dégagée dans le discours des participants quant à la nature de facteurs contributifs. Les participants qui vivaient eux-mêmes avec un trouble affectant la santé mentale étaient davantage portés à les aborder sous la forme de facteurs de protection, ce qui permet d'élargir et de nuancer la compréhension du phénomène. En effet, les intervenants ainsi que les professionnels de la santé et des services sociaux consultés se sont quant à eux surtout attardés aux aspects négatifs du risque. Conforme au constat formulé par certains auteurs (Carson & Bain, 2008; MacLeod, 2013; Titterton, 2005; Zinn & Taylor-Gooby, 2006), la tendance des cliniciens à s'attarder aux facteurs qui nuisent à la sécurité à domicile plutôt qu'à ceux qui y contribuent s'est également confirmée au moment d'évaluer l'acceptabilité clinique de l'outil. Les résultats suggèrent que les proches et les acteurs de la communauté perçoivent, eux aussi, davantage les facteurs de risque que les facteurs de protection.

**Proposition d'une modélisation de la sécurité à domicile.** Au moment d'amorcer cette thèse, la compréhension de la sécurité à domicile s'avérait somme toute sommaire et relativement abstraite. Or, des bases théoriques et conceptuelles articulées, qui incluent toutes les facettes du problème étudié, sont indispensables pour permettre l'élaboration d'un outil qui pourra non seulement favoriser l'évaluation en contexte clinique, mais également faciliter les échanges et la communication entre les acteurs concernés.

Les conclusions issues de la phase de planification suggèrent que la sécurité à domicile des personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale se voit altérée lorsqu'il y a inadéquation entre les dimensions qui la composent et que les exigences du milieu ou des activités et des occupations sont trop élevées par rapport aux capacités de la personne. Elle est à l'inverse favorisée lorsqu'il y a compatibilité entre les facteurs contributifs, ou encore lorsque les facteurs de protection compensent adéquatement les facteurs de risque en présence. La sécurité à domicile s'avère donc être un phénomène contextualisé, qui se présente suivant l'interaction dynamique entre un ensemble de facteurs contributifs, ce qui corrobore la pertinence d'avoir recours aux bases théoriques du modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) (Law et al., 1996) pour modéliser le phénomène.

Le fait de considérer la sécurité à domicile comme un état dynamique qui s'actualise dans un contexte particulier permet de concevoir qu'il s'agit d'un phénomène qui n'est ni stable ni dichotomique et qui se présente plutôt suivant un continuum. L'idée de concevoir

la sécurité suivant un continuum n'est pas nouvelle en soi : certains auteurs conçoivent qu'elle évolue d'un plus grand contrôle exercé sur la personne vers une autonomie accrue (Heyman, Griffiths, & Taylor, 2002), alors que d'autres considèrent qu'elle s'exprime selon l'importance du soutien requis pour réduire le risque (MacLeod & Stadnyk, 2015). Or, les résultats obtenus dans le cadre de cette étude ont mis en évidence que plutôt que de s'y opposer, l'autonomie ainsi que l'accès au soutien et aux services contribuent à la sécurité à domicile. Qui plus est, alors que certains auteurs situent la sécurité le long d'un continuum « d'acceptabilité du risque » (Cott & Tierney, 2013), la modélisation suggérée tient compte du fait que la sécurité à domicile ne résulte pas uniquement de la présence de facteurs de risque. Elle répond ce faisant aux critiques formulées par divers auteurs quant à la conception négative de la sécurité qui prévaut dans le domaine de la santé (Titterton, 2005, 2011).

### **Enjeux relatifs à l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale**

Les résultats obtenus mettent en évidence qu'une évaluation de la sécurité à domicile qui se limiterait à documenter une série de facteurs de risque serait réductrice. Ils font également ressortir qu'il serait simpliste et insuffisant de procéder à une évaluation qui relèverait d'une perspective universelle, où seuls des facteurs génériques seraient documentés. De façon cohérente avec la nature à la fois multidimensionnelle et multifactorielle du phénomène, il est plutôt recommandé de contextualiser l'ensemble des facteurs contributifs (risque et protection) inhérents à la problématique. C'est en fonction de cette contextualisation, et non pas selon la nature ou le nombre de facteurs contributifs

en présence, qu'il sera éventuellement possible de statuer sur la sécurité à domicile. Par conséquent, les habiletés analytiques sont essentielles puisqu'il s'agit d'interpréter, pour chaque situation, la contribution de ces facteurs pour apprécier leurs répercussions respectives. Il s'agira plus précisément d'estimer la probabilité qu'un incident survienne et d'en anticiper les conséquences pour la personne et pour autrui, sans oublier d'anticiper les conséquences susceptibles de résulter des interventions qui seraient, ou pas, mises en place. Le jugement et le discernement sont ainsi intrinsèquement liés à l'évaluation de la sécurité à domicile et celle-ci doit s'inscrire dans une démarche qui permette d'aborder la situation sous un angle non seulement clinique, mais également culturel, éthique, social et politique. Un tel jugement appelle à la phronesis, cette vertu intellectuelle qui, face à une situation singulière, invite à une délibération à la fois axiologique, pragmatique et orientée vers l'action (Kinsella, 2012).

Si le débat axiologique qui entoure les questions de sécurité à domicile se polarise parfois autour de perspectives respectivement centrées sur l'autonomie de la personne et sa sécurité, les résultats issus des présents travaux montrent qu'il ne doit toutefois pas s'y limiter. L'ensemble des participants consultés, incluant les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale, ont à ce sujet reconnu la légitimité du besoin de protection d'autrui. Ce besoin ne saurait être négligé puisque les problématiques de sécurité à domicile peuvent non seulement compromettre la sécurité de la personne concernée, mais également celles des personnes qui, par exemple, vivent avec ou à proximité d'elle. Des enjeux relatifs à la bienfaisance ainsi qu'au lien et à l'alliance



thérapeutique (entre l'évaluateur et la personne dont la sécurité est présumée compromise) se sont par ailleurs également dégagés des présents travaux.

L'importance d'inscrire l'évaluation de la sécurité à domicile dans le cadre d'une approche qui soit à la fois collaborative et centrée sur la personne se dégage d'ailleurs des résultats. Le fait que la modélisation proposée repose sur des construits d'une relative simplicité pourra favoriser la communication entre les acteurs impliqués, facilitant de ce fait les actions interdisciplinaires, voire intersectorielles, ainsi que l'ouverture d'un dialogue qui permette de s'attarder à la perspective de la personne dont la sécurité est présumée compromise. À cet égard, l'intégration de pairs aidants dans les soins et services de santé mentale (MSSS, 2015) représentera un levier dans la considération et la prise en compte de la personne et de sa réalité lors des réflexions entourant les enjeux de sécurité à domicile. Sur ce point, les résultats ont mis en évidence que la perception de la sécurité à domicile est caractérisée par un certain nombre d'aspects subjectifs (p. ex. personnalité, relations interpersonnelles, sentiment de sécurité, tolérance au risque) ainsi que par diverses considérations éthiques. Il apparaît à cet effet essentiel que l'évaluateur reconnaisse les limites de sa propre lecture et qu'il considère la situation sous plusieurs angles d'interprétation, en multipliant les perspectives et en situant la problématique par rapport à l'histoire de vie de la personne. Pour ce faire, il importe que l'évaluateur soit en mesure, à travers le lien et les échanges, d'accéder au sens que la situation revêt pour la personne, de manière à apporter un éclairage sur ses choix ainsi que sur ses décisions (Hunt & Ells, 2011). De façon cohérente avec les résultats issus des présents travaux,

Durocher, Kinsella, Ells et Hunt (2015) avaient proposé d'inscrire les enjeux relatifs à la sécurité à domicile dans une compréhension relationnelle de l'autonomie. Ce concept postule que l'autonomie s'exerce dans un cadre aux dimensions notamment relationnelle, socioculturelle et contextuelle (Sherwin, 1998; Sherwin & Winsby, 2011), des dimensions qui ont elles-mêmes été identifiées comme inhérentes à la question de la sécurité à domicile.

**Élaboration de SÉCuRE.** Les présents travaux ont ultimement permis l'élaboration de l'outil SÉCuRE, conçu sur la base de données théoriques et empiriques. Colligées suivant un processus itératif, ces dernières ont contribué à l'évolution du format de l'outil (voir Figure 10), lequel est passé d'une grille d'énoncés à une démarche clinique, pour finalement se présenter comme un outil visant à soutenir un jugement professionnel structuré.

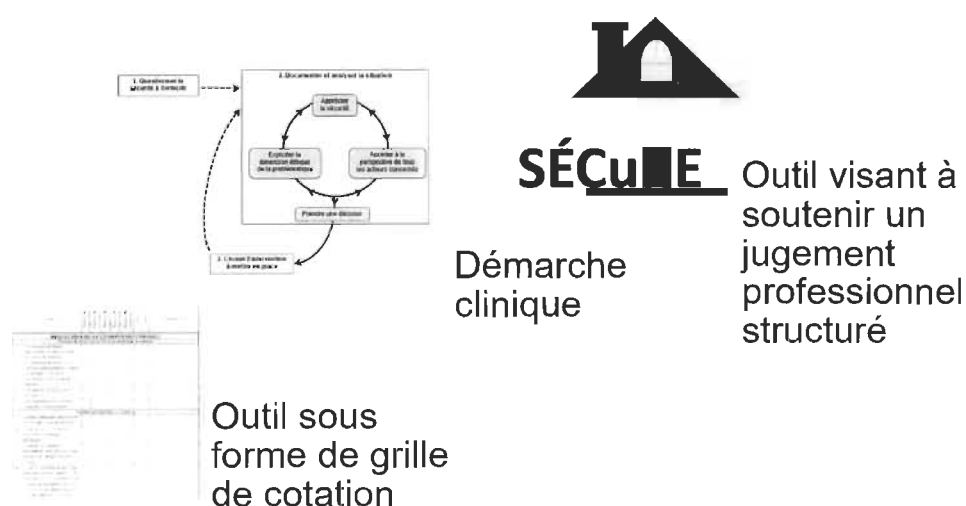


Figure 10. Présentation schématique de l'évolution du format de l'outil SÉCuRE.

Il est souhaité qu'un tel format puisse contribuer à ce que l'évaluateur soit en mesure de porter un regard à la fois critique et réfléchi sur des situations qui, sans être associées à un danger imminent, sont tout de même jugées non sécuritaires. Une place centrale est accordée au jugement professionnel de manière à permettre une prise en compte et une mise en perspective à la fois flexible et contextualisée des faits et des enjeux relatifs aux problématiques de sécurité à domicile. Pour éviter que ce jugement ne soit arbitraire, il est toutefois essentiel que ce regard puisse s'inscrire dans un cadre structuré pour :

- documenter les facteurs contributifs;
- permettre la prise en compte de la perspective de tous les acteurs concernés, à commencer par celle de la personne dont la sécurité est présumée compromise (incluant ses besoins, ses attentes, sa motivation à s'impliquer...);
- expliciter la dimension éthique de la problématique, et ce, de manière à permettre à l'évaluateur d'amorcer plus facilement une réflexion critique sur ses propres préconceptions.

À cet effet, la démarche proposée vise à alimenter la réflexion de l'évaluateur, de manière à ce qu'il puisse articuler et expliciter le raisonnement qui sous-tend son évaluation, ce qui ne saurait être négligé dans un contexte de travail interdisciplinaire ou à portée juridique (p. ex., ordonnance de traitement, ordonnance d'hébergement).

### **Retombées de l'étude**

Les résultats issus des présents travaux doctoraux revêtent une triple pertinence : pour l'avancement des connaissances, pour la pratique clinique, de même que pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale.

#### **Retombées pour l'avancement des connaissances**

Les résultats offrent d'abord des bases conceptuelles articulées qui pourront aider à aborder les diverses facettes de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. La définition ainsi que la modélisation proposée dans cette thèse pourront en ce sens contribuer à une meilleure compréhension des enjeux inhérents au phénomène.

#### **Retombées pour la pratique clinique**

La raison d'être de l'évaluation de la sécurité à domicile repose sur sa capacité à cibler les facteurs qui compromettent la sécurité à domicile, de manière à orienter l'intervention. Sur ce point, les connaissances générées par les présents travaux en ce qui concerne la nature des facteurs susceptibles d'influer sur la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale pourront contribuer à sensibiliser les cliniciens aux facteurs de risque macro-environnementaux (lesquels peuvent être notamment induits ou exacerbés par des politiques ou des procédures organisationnelles) et ainsi, appeler à un rôle de plaidoyer.

L'élaboration de l'outil SÉCuRE représente par ailleurs une application concrète et tangible des résultats obtenus. Compte tenu de son cadre qui invite à documenter de façon systématique des facteurs qui incluent, mais ne se limitent pas, à la personne et à son logement, l'utilisation de l'outil pourra contribuer à optimiser la sécurité à domicile de cette clientèle. Alors que la plupart des outils d'évaluation de la sécurité à domicile reposent sur une approche qui se veut objective, il s'avère novateur que SÉCuRE vise à soutenir non seulement le raisonnement clinique, mais également l'explicitation du processus réflexif sous-jacent à cette évaluation.

En confirmant l'influence de la dimension fonctionnelle sur la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale, cette étude met en évidence la portée du rôle de l'ergothérapeute en ce qui a trait à la sécurité à domicile. Il apparaît en effet qu'une évaluation globale de la sécurité à domicile ne peut se faire sans prendre en compte les habiletés fonctionnelles<sup>1</sup>, lesquelles relèvent spécifiquement du champ d'exercices de l'ergothérapeute. L'expertise de l'ergothérapeute peut apporter un éclairage unique tant sur les causes que sur les répercussions des facteurs susceptibles d'influer sur la sécurité à domicile, et ce, dans le contexte réel des conditions et des habitudes de vie de la personne. Sa capacité à mettre en perspective les facteurs contributifs (qu'ils relèvent des caractéristiques de la personne ou de l'environnement) sur

---

<sup>1</sup> Au Québec, le Projet de loi 21 réserve aux ergothérapeutes l'évaluation des « habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique [...] » (Publications Québec, 2012, [En ligne]).

le fonctionnement et la sécurité à domicile justifie dès lors que la portion de l'évaluation qui relève de l'appréciation des facteurs contributifs lui soit assignée.

### **Retombées pour les personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale**

Le risque étant inhérent à la vie et au fonctionnement quotidien, il serait vain et possiblement préjudiciable de chercher à optimiser la sécurité à domicile en se contentant de réduire et d'éliminer les facteurs de risque. En ce sens, l'évaluation de la sécurité à domicile ne se limite pas à savoir s'il y a risque (puisque'il y en aura assurément!) Elle consiste plutôt à déterminer dans quelle mesure et par quels moyens il est possible de réduire la probabilité que survienne un incident, lequel pourrait à son tour mener à des interruptions occupationnelles (c.-à-d. une rupture dans la continuité de la réalisation des activités des rôles de la personne) et, par conséquent, altérer le bien-être et la qualité de vie. Les résultats issus des présents travaux mettent plutôt en évidence qu'il convient de miser sur les facteurs de protection, qu'ils soient déjà en place ou qu'ils puissent l'être. Une telle approche permettra non seulement à la personne de dépasser la situation de compromission en optimisant sa sécurité à domicile, mais favorisera également son fonctionnement à domicile, contribuant ainsi à la mise en place de conditions favorables à son rétablissement. Il est en ce sens permis de croire que les interventions qui s'appuient sur une telle conception de la sécurité contribuent à une possible résilience et facilitent de ce fait un processus d'adaptation et de transformation susceptible d'amener la personne à redéfinir son identité comme être occupationnel et comme citoyen à part entière.

En terminant, l'utilisation des connaissances et de l'outil issus des présents travaux pourra contribuer à la réalisation d'évaluations globales et exhaustives de la sécurité à domicile. Favorisant la réalisation d'évaluation contextualisée, l'utilisation de l'outil SÉCuRE pourra contribuer à la prise en compte des facteurs de protection qui font en sorte qu'il est parfois possible que la sécurité à domicile soit préservée, malgré la présence de nombreux facteurs de risque. Il est souhaité qu'elle puisse faciliter la mise en place d'interventions ciblées et contextualisées qui contribueront à optimiser le fonctionnement et la sécurité à domicile. La réalisation d'une évaluation soutenue par SÉCuRE pourrait offrir des arguments pour réduire la stigmatisation et soutenir le droit à l'autodétermination des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale en ce qui concerne le choix de leur milieu de vie. Une telle façon de faire pourrait par conséquent favoriser l'actualisation de la préférence qu'expriment plusieurs personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale en matière de milieu de vie, à savoir un domicile qui leur est propre (Piat et al., 2008) et répondre aux préoccupations que certaines formulent quant à leur sécurité à domicile. Cohérente avec les plus récentes orientations ministérielles en matière de santé mentale (MSSS, 2015) ainsi qu'avec les politiques canadiennes sur le logement (Gouvernement du Canada, 2017), une telle retombée apparaît non négligeable, d'autant plus en considérant le nombre particulièrement élevé d'obligations d'hébergement relevées dans les dernières années (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2014).

### **Forces des travaux**

La principale force des présents travaux est liée à leur objet puisque la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale avait jusqu'à présent été très peu étudiée. Il est particulièrement novateur de proposer une compréhension du phénomène qui tienne compte de la perspective des diverses parties prenantes, ce qui n'avait à notre connaissance que peu, voire pas du tout été fait. La consultation de personnes elles-mêmes aux prises avec un trouble touchant la santé mentale, de proches et d'acteurs de la communauté a d'ailleurs enrichi les résultats obtenus et contribué à une compréhension élargie et nuancée du phénomène.

La rigueur de la démarche employée, tant pour l'identification des facteurs contributifs, la définition ainsi que la modélisation du phénomène, de même que pour l'élaboration de l'outil, représente également une force. Le fait que l'outil soit issu d'une compréhension de facteurs contributifs qui, issus de la théorie et de l'empirie, ont été validés à chacune des étapes de l'étude contribue d'ailleurs à la rigueur, à la crédibilité ainsi qu'à la fiabilité des résultats (Gohier, 2004; Savoie-Zajc, 2006; Shenton, 2004). Qu'aucune nouvelle catégorie de facteurs contributifs n'ait émergé ni lors de la validation de l'interprétation, par les participants, des analyses réalisées dans le cadre de la seconde portion de l'étude ni lors de l'évaluation de l'acceptabilité clinique de l'outil laisse par ailleurs croire à une réelle saturation des données. Un tel constat plaide en fin de compte en faveur de la validité de contenu des facteurs répertoriés dans l'outil.



### **Limites des travaux**

La principale limite des présents travaux relève du choix des participants, lesquels provenaient de milieux géographiques essentiellement semi-urbain et rural du Québec. La consultation d'acteurs issus de milieux plus urbains aurait possiblement pu permettre d'accéder à des perspectives différentes en lien, notamment, avec les facteurs de risque inhérents et secondaires à l'accessibilité particulièrement réduite des logements de qualité acceptables dans les grands centres. De façon analogue, tous les participants, sauf un, étaient d'origine caucasienne et francophone. Considérant que la sécurité à domicile repose sur des normes socialement et culturellement construites et admises, il est possible que la consultation de participants présentant une plus grande diversité (p. ex. culturelle, urbaine ou socioéconomique) ait permis d'accéder à une perspective différente. Qui plus est, bien que diverses perspectives aient été recherchées, tous les acteurs susceptibles d'être interpellés par la question de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale n'ont pu être consultés. Il serait en ce sens intéressant d'élargir la compréhension du phénomène en incluant la perspective, notamment, de propriétaires d'immeubles locatifs et d'organismes de défenses des droits. Les enjeux de sécurité à domicile pourraient également être explorés de façon plus spécifique pour documenter en quoi certains facteurs contributifs sont susceptibles d'être la manifestation de certains diagnostics. À titre d'exemple, il serait pertinent de s'intéresser aux enjeux de sécurité à domicile en s'attardant au lien entre la négligence de soi et les symptômes négatifs de la schizophrénie. Il serait également pertinent d'explorer la possibilité d'appliquer la modélisation issue des présents travaux à d'autres clientèles, incluant les

personnes présentant une déficience intellectuelle et celles se situant sur le spectre de l'autisme.

Dans un autre ordre d'idées, l'expérience professionnelle que possédait l'étudiante en ce qui concerne les enjeux de sécurité à domicile de personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale a aussi pu constituer une limite en raison de possibles préconceptions. L'utilisation de mémos, la triangulation des chercheurs lors de l'analyse ainsi que la validation par les participants de l'interprétation des données recueillies dans le cadre des entrevues visant à documenter les facteurs contributifs ont cependant pu atténuer cette limite potentielle (Kasper, 1994). Ces moyens ont également pu favoriser la crédibilité et la fiabilité des résultats (Gohier, 2004; Shenton, 2004). Il convient aussi de préciser que l'étudiante connaissait plusieurs des participants à l'étude ( $n = 8$ ), ce qui a pu influencer la collecte de données (p. ex. autocensure des participants ou encore meilleur lien de confiance). Enfin, il est important de mentionner que l'outil SÉCuRE n'a pas encore été soumis à un processus complet de validation, et ce, pour des raisons de faisabilité dans un contexte de projet doctoral. Sur ce point, quelques pistes de développement sont envisagées.

### **Pistes de développement futur**

Il serait intéressant de poursuivre l'exploration des composantes et des dimensions de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale au moyen de la cartographie conceptuelle (Johnsen, Biegel, & Shafran, 2000;

Trochim, 1989), de manière à approfondir la compréhension du phénomène sous l'angle de la pluralité (p. ex. diversité culturelle; perspective d'acteurs du domaine de la défense des droits des personnes, propriétaires de logements...). Les analyses en échelonnement multidimensionnel (*multidimensional scaling analysis*) et les techniques d'analyse par grappes (*cluster analysis*) sur lesquelles repose la cartographie conceptuelle pourraient en effet bonifier la modélisation qui s'est dégagée des démarches réalisées dans le cadre de cette thèse. L'un comme l'autre contribuerait à solidifier le cadre conceptuel sur lequel repose l'outil, contribuant ainsi à soutenir sa validité de contenu et assurer l'utilité pratique de l'outil (Rosas & Ridings, 2017).

Dans une étape ultérieure, le recours aux analyses de Rasch permettrait d'évaluer la validité de construit ainsi que l'unidimensionnalité de la portion de l'outil qui porte sur l'évaluation des facteurs contributifs (*Étape 2 : Apprécier la sécurité*). De plus en plus utilisée dans l'élaboration d'instruments de mesure dans le domaine de la santé et de la réadaptation, l'analyse de Rasch (Bond & Fox, 2007) sera tout indiquée pour :

- déterminer dans quelle mesure chacun des facteurs contributifs s'inscrit dans le construit sous-jacent (c.-à-d. la sécurité à domicile) et comment il y contribue;
- déterminer si les facteurs contributifs sont suffisamment exhaustifs pour permettre une évaluation optimale de la sécurité à domicile;
- comment les évaluateurs utilisent-ils l'échelle de cotation (c.-à-d. l'échelle visuelle analogue utilisée pour déterminer l'importance des répercussions de chacun des facteurs contributifs).

Considérant la relation entre la sécurité à domicile et le fonctionnement de la personne dans son milieu de vie, il serait par ailleurs intéressant de s'attarder à la validité convergente de cette même portion de l'outil (*Étape 2 : Apprécier la sécurité*) avec le *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS) (Fisher, 2003) <sup>1</sup>. Une étude menée par McNulty et Fisher (2001) avait démontré une association entre les scores obtenus au AMPS par des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale et leur sécurité à domicile. Une telle démarche pourrait contribuer à mettre en évidence la portée ainsi que les limites de l'évaluation fonctionnelle dans l'évaluation de la sécurité à domicile.

Enfin, des études d'implantation seront à prévoir pour analyser l'efficacité de l'outil à répondre aux besoins des divers acteurs susceptibles d'avoir à se prononcer sur la sécurité à domicile de personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale.

---

<sup>1</sup> Le AMPS est un outil ergothérapeutique qui permet d'évaluer les répercussions des habiletés motrices et opératoires sur les capacités d'un individu à réaliser les activités de la vie quotidienne.

## **Conclusion**

La sécurité à domicile des personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale constitue un phénomène qui était peu documenté jusqu'à présent. Or, les enjeux de sécurité peuvent être source de questionnements ou de préoccupations, que ce soit pour les personnes elles-mêmes, celles qui les côtoient ou celles qui leur offrent des services professionnels.

Cette thèse apporte une contribution unique en offrant des bases conceptuelles enracinées dans la réalité, jusqu'alors inexplorée, de divers acteurs susceptibles d'être interpellés par le phénomène. L'étude a généré des connaissances novatrices qui ont permis de concevoir un cadre d'analyse pour l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes vivant avec un trouble qui affecte la santé mentale. Outre les divers facteurs contributifs identifiés (risque et protection), la dimension éthique des problématiques de sécurité à domicile ainsi que leurs possibles répercussions pour la personne et pour autrui se sont avérées des aspects cruciaux dans la compréhension des tenants et aboutissants du phénomène.

Retombée concrète des présents travaux, l'outil SÉCuRE a été élaboré pour favoriser la prise en compte de la complexité de l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes qui vivent avec un trouble affectant la santé mentale et ainsi, tenter de limiter les situations qui pourraient être préjudiciables. Il est en ce sens souhaité que son utilisation contribue

à alimenter, à structurer et à expliciter la réflexion de ceux qui doivent de positionner sur la question de la sécurité à domicile. Le transfert des connaissances et l'adoption future de l'outil apparaissent surfavorisés par la consultation d'utilisateurs potentiels, dont certains ont d'ailleurs exprimé le souhait d'utiliser SÉCuRE. Considérant la place centrale accordée aux capacités d'analyse ainsi qu'au processus réflexif de l'évaluateur, il a été jugé qu'une formation préalable soit offerte. Ceci contribuerait non seulement à uniformiser l'utilisation de l'outil, mais limiterait également les préjudices à la personne et à la population.

## Références



- Adair, C. E., Kopp, B., Lavoie, J., Distasio, J., Hwang, S. W., Watson, A., ... Goering, P. (2014). Development and initial validation of the Observer-Rated Housing Quality Scale (OHQS) in a multisite trial of housing first. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 91(2), 242-255. doi: 10.1007/s11524-013-9851-6
- Adamkiewicz, G., Zota, A. R., Fabian, M. P., Chahine, T., Julien, R., Spengler, J. D., & Levy, J. I. (2011). Moving environmental justice indoors: Understanding structural influences on residential exposure patterns in low-income communities. *American Journal of Public Health*, 101(S1), S238-S245. doi: 10.2105/ajph.2011.300119
- AECOM. (2013). *Étude sur les impacts sociaux des activités de la Société d'habitation du Québec*. Repéré à <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000022972.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Investir en prévention. La perspective économique*. Repéré à [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2010/aspc-phac/HP5-88-2009-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/aspc-phac/HP5-88-2009-fra.pdf)
- Allen, C. K. (1992). Cognitive disabilities. Dans N. Katz (Éd.), *Cognitive rehabilitation: Models for intervention in occupational therapy* (Vol. 55, pp. 1-21). Boston, MA: Andover Medical.
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2014). *L'autorisation judiciaire de soins : le trou noir de la psychiatrie. Étude et analyse de 150 jugements, réflexions sur la pratique et recommandations de l'AGIDD-SMQ*. Repéré à [http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2014/06/AJS\\_trou\\_noir\\_psychiatrie\\_web.pdf](http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2014/06/AJS_trou_noir_psychiatrie_web.pdf)
- Aubin, G., Stip, E., Gélinas, I., Rainville, C., & Chapparo, C. (2009). Daily functioning and information-processing skills among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 60(6), 817-822. doi: 10.1176/appi.ps.60.6.817
- Beaudry, P. (1996). Les défis du virage ambulatoire dans les services de santé mentale à Montréal. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 67-77. doi: 10.7202/032378ar
- Bengtsson-Tops, A., Ericsson, U., & Ehliasson, K. (2014). Living in supportive housing for people with serious mental illness: A paradoxical everyday life. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 409-418. doi: 10.1111/inm.12072

- Biesta, G. (2010). Pragmatism and the philosophical foundations of mixed methods research. Dans A. Tashakkori & C. Teddlie (Éds), *Sage handbook of mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2<sup>e</sup> éd., pp. 95-118). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2007). *Applying the Rasch Model: Fundamental measurement in the human sciences* (2<sup>e</sup> éd.). Abingdon, MA: Taylor & Francis.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines, and training. *American Psychologist*, 51(9), 945-956. doi: 10.1037/0003-066X.51.9.945
- Borum, R., Lodewijks, H., Bartel, P. A., & Forth, A. E. (2010). Handbook of violence risk assessment. Dans R. K. Otto & K. S. Douglas (Éds), *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)* (pp. 63-79). New York, NY: Routledge.
- Braye, S., Orr, D., & Preston-Shoot, M. (2011). Conceptualising and responding to self-neglect: The challenges for adult safeguarding. *Journal of Adult Protection*, 13(4), 182-193. doi: 10.1108/14668201111177905
- Braye, S., Orr, D., & Preston-Shoot, M. (2015). Learning lessons about self-neglect? An analysis of serious case reviews. *Journal of Adult Protection*, 17(1), 3-18. doi: 10.1108/jap-05-2014-0014
- Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., ... Wang, E. (2009). *Patient safety in mental health*. Repéré à <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/Mental%20Health%20Paper.pdf>
- Browne, G., & Courtney, M. (2005a). Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(3), 311-326. doi: 10.1080/01612840590915694
- Browne, G., & Courtney, M. (2005b). Exploring the experience of people with schizophrenia who live in boarding houses or private homes: A grounded theory study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 18(3), 233-246. doi: 10.5172/conu.18.3.233
- Bryant, T. (2003). The current state of housing in Canada as a social determinant of health. *Policy Options-Montreal*, 24(3), 52-56.
- Bryant, T. (2009). Housin and health: More than bricks and mortar. Dans D. Raphael (Éd.), *Social determinants of health: Canadian perspectives* (2<sup>e</sup> éd., pp. 235-249). Toronto, ON: Canadian Scholars' Press.

- Burnett, J., Dyer, C. B., Halphen, J. M., Achenbaum, W. A., Green, C. E., Booker, J. G., & Diamond, P. M. (2014). Four subtypes of self-neglect in older adults: Results of a latent class analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(6), 1127-1132. doi: 10.1111/jgs.12832
- Byrne, T., Prvu Bettger, J., Brusilovskiy, E., Irene Wong, Y.-L., Metraux, S., & Salzer, M. S. (2013). Comparing neighborhoods of adults with serious mental illness and of the general population: Research implications. *Psychiatric Services*, 64(8), 782-788. doi: 10.1176/appi.ps.201200365
- Camilloni, L., Farchi, S., Chini, F., Giorgi Rossi, P., Borgia, P., & Guasticchi, G. (2013). How socioeconomic status influences road traffic injuries and home injuries in Rome. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*, 20(2), 134-143. doi: 10.1080/17457300.2012.692695
- Carling, P. J. (1993). Housing and supports for persons with mental illness: Emerging approaches to research and practice. *Psychiatric Services*, 44(5), 439-449. doi: doi.org/10.1176/ps.44.5.439
- Carson, D., & Bain, A. (2008). *Professional risk and working with people: Decision-making in health, social care and criminal justice*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850 : le désordre*. Montréal, QC: Boréal.
- Cellard, A., & Nadon, D. (1986). Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 39(3), 345-367.
- Chiu, T., & Oliver, R. (2006). Factor analysis and construct validity of the SAFER-HOME. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 26(4), 132-142. doi: 10.1177/153944920602600403
- Chiu, T., Oliver, R., Marshall, L., & Letts, L. (2001). *Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation (SAFER) tool manual*. Toronto, ON: COTA Comprehensive Rehabilitation and Mental Health Services.
- Clarke, C. L. (2000). Risk: constructing care and care environments in dementia. *Health, Risk & Society*, 2(1), 83-93. doi: 10.1080/136985700111477
- Clément, M., Levesque, A., & Rouleau, A. (2015). Vivre en maison de chambres dans la ville de Québec: Portrait, expérience et enjeux. Repéré à <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=1085>

- Clemson, L. A. (2014). Implementing person-environment approaches to prevent falls: A qualitative inquiry in applying the Westmead approach to occupational therapy home visits. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(5), 325-334. doi: 10.1111/1440-1630.12132
- Clemson, L. A., Fitzgerald, M. H., & Heard, R. (1999). Content validity of an assessment tool to identify home fall hazards: The Westmead Home Safety Assessment. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(4), 171-179. doi: 10.1177/030802269906200407
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/402/popu/rep/rephealth1jun09-f.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Repéré à [www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507\\_MH\\_CC\\_FR\\_final.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MH_CC_FR_final.pdf)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement. Espoir. Dignité. Citoyenneté. Repéré à <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/72761/guidelines-recovery-oriented-practice>
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Cott, C. A., & Tierney, M. C. (2013). Acceptable and unacceptable risk: Balancing everyday risk by family members of older cognitively impaired adults who live alone. *Health, Risk & Society*, 15(5), 402-415. doi: 10.1080/13698575.2013.801936
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies. Repéré à <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Davies, J. M., Hebert, P. C., & Hoffman, C. (2003). *The Canadian patient safety dictionary*. Repéré à [http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient\\_safety\\_dictionary\\_e.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf)

- Day, M. R., McCarthy, G., & Leahy-Warren, P. (2012). Professional social workers' views on self-neglect: An exploratory study. *British Journal of Social Work, 42*(4), 725-743.
- De Bortoli, L., Ogloff, J., Coles, J., & Dolan, M. (2016). Towards best practice: Combining evidence-based research, structured assessment and professional judgement. *Child & Family Social Work, 00*, 1-10. doi: 10.1111/cfs.12280
- de Courval, L. P., Gélinas, I., Gauthier, S., Gayton, D., Liu, L., Rossignol, M., ... Dastoor, D. (2006). Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 73*(2), 67-75.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives, 3*, 28-43.
- Désormeaux-Moreau, M. (2012). *Développement de l'ESGR\_SM, un outil d'évaluation de la sécurité à domicile spécifique aux personnes souffrant de troubles mentaux*. (Mémoire de maîtrise). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text.
- Devlin, A. S. (1994). Gender-role and housing preferences. *Journal of Environmental Psychology, 14*(3), 225-235. doi: 10.1016/S0272-4944(94)80058-8
- Dong, X., & Gorbien, M. (2005). Decision-making capacity: The core of self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 17*(3), 19-36. doi: 10.1300/J084v17n03\_02
- Doran, D., Blais, R., Baker, G. R., Harrison, M. B., Lang, A., Macdonald, M., ... Killackey, T. (2014). The safety at home study: An evidence base for policy and practice change. *Healthcare Quarterly, 17*(3), 42-47. doi: 10.12927/hcq.2014.24019
- Dorvil, H., & Guttman, H. (1996). *35 ans de désinstitutionnalisation au Québec. 1961-1996*. Repéré à [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/\\$FILE/97\\_155a1.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/d1251d29af46beec85256753004b0df7/$FILE/97_155a1.pdf)
- Dorvil, H., Morin, P., Beaulieu, A., & Robert, D. (2005). Housing as a social integration factor for people classified as mentally ill. *Housing Studies, 20*(3), 497-519. doi: 10.1080/02673030500062525
- Dunn, J. R. (2000). Housing and health inequalities: Review and prospects for research. *Housing Studies, 15*(3), 341-366. doi: 10.1080/02673030050009221
- Dunn, J. R. (2002). Housing and inequalities in health: A study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*(9), 671-681. doi: 10.1136/jech.56.9.671

- Dunn, J. R., Hayes, M. V., Hulchanski, J. D., Hwang, S. W., & Potvin, L. (2006). Housing as a socioeconomic determinant of health: Findings of a national Needs, Gaps and Opportunities Assessment. *Canadian Journal of Public Health, 97*, S11-15.
- Dupuis, A., & Thorns, D. C. (1998). Home, home ownership and the search for ontological security. *The Sociological Review, 46*(1), 24-47. doi: 10.1111/1467-954X.00088
- Durocher, E., Kinsella, E. A., Ells, C., & Hunt, M. (2015). Contradictions in client-centred discharge planning: Through the lens of relational autonomy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 22*(4), 293-301. doi: 10.3109/11038128.2015.1017531
- Elliott, S. J., Taylor, S. M., & Kearns, R. A. (1990). Housing satisfaction, preference and need among the chronically mentally disabled in Hamilton, Ontario. *Social Science & Medicine, 30*(1), 95-102. doi: 10.3109/11038128.2015.1017531
- Eriksen, M. D., Greenhalgh-Stanley, N., & Engelhardt, G. V. (2015). Home safety, accessibility, and elderly health: Evidence from falls. *Journal of Urban Economics, 87*, 14-24. doi: 10.1016/j.jue.2015.02.003
- Evans, G. W., Wells, N. M., Chan, H.-Y. E., & Saltzman, H. (2000). Housing quality and mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 526-530. doi: 10.1037/0022-006x.68.3.526
- Falzer, P. R. (2013). Valuing structured professional judgment: predictive validity, decision-making, and the clinical-actuarial conflict. *Behavioral Sciences & the Law, 31*(1), 40-54. doi: 10.1002/bsl.2043
- Fänge, A., & Iwarsson, S. (1999). Physical housing environment: Development of a self-assessment instrument. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 66*(5), 250-260. doi: 10.1177/000841749906600507
- Fawcett, A. L. (2013). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists: Theory, skills and application*. West Sussex, Royaume-Uni: John Wiley & Sons.
- Fioravanti, M., Bianchi, V., & Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: An updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry, 12*(1), 64-83. doi: 10.1186/1471-244x-12-64
- Fisher, A. G. (2003). *Assessment of motor and process skills*. Fort Collins, CO: Three Star Press, Inc.
- Fisher, G., & Ewonishon, K. (2006). *Cougar Home Safety Assessment- Version 4.0*. Repéré à <http://www.misericordia.edu/images/ot/finalcougar07.pdf>

- Flamand, J.-P. (2004). *L'abécédaire de la maison*. Paris, France : Éditions de la Villette.
- Florio, A. E., Alles, W. F., & Stafford, G. T. (1979). *Safety education* (4<sup>e</sup> éd.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Forchuk, C., Nelson, G., & Hall, G. B. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 42-52. doi: 10.1111/j.1744-6163.2006.00054.x
- Fossey, E., Harvey, C., Plant, G., & Pantelis, C. (2006). Occupational performance of people diagnosed with schizophrenia in supported housing and outreach programmes in Australia. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 409-419. doi: 10.1177/030802260606900904
- Garcia-Gonzalez de Ara, C., & Bonsack, C. (2015). Stigmatisation et logement. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 166(1), 17-22.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Stanford, CA.: Stanford University Press.
- Gitlin, L., Schinfeld, S., Winter, L., Corcoran, M., Boyce, A., & Hauck, W. (2002). Evaluating home environments of persons with dementia: Interrater reliability and validity of the Home Environmental Assessment Protocol (HEAP). *Disability and Rehabilitation*, 24(1-3), 59-71. doi: 10.1080/09638280110066325
- Godin, P. (2004). 'You don't tick boxes on a form': A study of how community mental health nurses assess and manage risk. *Health, Risk & Society*, 6(4), 347-360.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3-17.
- Gouvernement du Canada. (2017). *Stratégie nationale sur le logement du Canada. Un chez-soi d'abord*. Repéré à <https://www.chezsoidabord.ca/pdfs/Canada-National-Housing-Strategy-fr.pdf>
- Greenberg, M. R., Moore, E. C., Nguyen, M. C., Stello, B., Goldberg, A., Barraco, R. D., ... Kane, B. G. (2016). Perceived fall risk and functional decline: Gender differences in patient's willingness to discuss fall risk, fall history, or to have a home safety evaluation. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 261-267.
- Halliday, G., Banerjee, S., Philpot, M., & Macdonald, A. (2000). Community study of people who live in squalor. *Lancet*, 355(9207), 882-886. doi: 10.1016/S0140-6736(99)06250-9

- Hammell, K. W. (2009). Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational “categories”. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 76*(2), 107-114. doi: 10.1177/000841740907600208
- Hébert, M., Brassat-Latulippe, A., Bourgault-Côté, S., Meilleur, V., & Chiu, T. (2009). Protocole d'évaluation de la sécurité à domicile (PESAD) : version francophone du SAFER\_HOME v3. *Francophonie d'Amérique, 28*, 213-233. doi: 10.7202/044990ar
- Heilbrun, K., Yashuhara, K., & Shah, S. (2010). Violence risk assessment tool. Overview and critical analysis. Dans R. K. Otto & K. S. Douglas (Éds), *Handbook of violence risk assessment* (pp. 1-18). New York, NY: Routledge.
- Helmus, L., & Bourgon, G. (2011). Taking stock of 15 years of research on the Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA): A critical review. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*(1), 64-75. doi: 10.1080/14999013.2010.551709
- Henwood, B. F., Derejko, K.-S., Couture, J., & Padgett, D. K. (2015). Maslow and mental health recovery: A comparative study of homeless programs for adults with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(2), 220-228. doi: 10.1007/s10488-014-0542-8
- Henwood, B. F., Matejkowski, J., Stefancic, A., & Lukens, J. M. (2014). Quality of life after housing first for adults with serious mental illness who have experienced chronic homelessness. *Psychiatry Research (Print), 220*(1-2), 549-555. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.072
- Heyman, B. (2010). The concept of risk. Dans B. Heyman, A. Alaszewski, M. Shaw, & M. Titterton (Éds), *Risk, safety and clinical practice: Health care through the lens of risk* (pp. 15-35). Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- Heyman, B., Griffiths, C. B., & Taylor, J. (2002). Health risk escalators and the rehabilitation of offenders with learning disabilities. *Social Science & Medicine, 54*(9), 1429-1440.
- Hicks, E., Sims-Gould, J., Byrne, K., Khan, K. M., & Stolee, P. (2012). “She was a little bit unrealistic”: Choice in healthcare decision making for older people. *Journal of Aging Studies, 26*(2), 140-148. doi: 10.1016/j.jaging.2011.10.004
- Hilton, N. Z., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2006). Sixty-six years of research on the clinical versus actuarial prediction of violence. *The Counseling Psychologist, 34*(3), 400-409. doi: 10.1177/0011000005285877



- Hogan, M. F., & Carling, P. J. (1992). Normal housing: A key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 215-226. doi: 10.1007/BF00756818
- Hunt, M. R., & Ells, C. (2011). Partners towards autonomy: Risky choices and relational autonomy in rehabilitation care. *Disability and Rehabilitation*, 33(11), 961-967. doi: 10.3109/09638288.2010.515703
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Indicateurs de santé 2011*. Repéré à [https://secure.cihi.ca/free\\_products/health\\_indicators\\_2011\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_fr.pdf)
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012*. Repéré à [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale2015H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf)
- Iris, M., Conrad, K. J., & Ridings, J. (2014). Observational measure of elder self-neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(4), 365-397. doi: 10.1080/08946566.2013.801818
- Jackson, B. (2016). Assessment of home safety in children from Kentuckiana. *Pediatric Nursing*, 42(3), 131-136.
- Jacobs, D. E. (2011). Environmental health disparities in housing. *American Journal of Public Health*, S115-122. doi: 10.2105/ajph.2010.300058
- Jensen, M. (2009). Lifestyle: Suggesting mechanisms and a definition from a cognitive science perspective. *Environment, Development & Sustainability*, 11(1), 215-228. doi: 10.1007/s10668-007-9105-4
- Johnsen, J. A., Biegel, D. E., & Shafran, R. (2000). Concept mapping in mental health: Uses and adaptations. *Evaluation and Program Planning*, 23(1), 67-75.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.
- Jones, S. (2016). Alternative perspectives of safety in home delivered health care: A sequential exploratory mixed method study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2536-2546. doi: 10.1111/jan.13006
- Kasper, A. S. (1994). A feminist, qualitative methodology: A study of women with breast cancer. *Qualitative Sociology*, 17(3), 263-281.

- Keating, P. (1993). *La science du mal : l'institution de la psychiatrie au Québec : 1800-1914*. Montréal, QC: Boréal.
- Kidd, S. A., Frederick, T., Tarasoff, L. A., Virdee, G., Lurie, S., Davidson, L., ... McKenzie, K. (2016). Locating community among people with schizophrenia living in a diverse urban environment. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 19(2), 103-121. doi: 10.1080/15487768.2016.1162757
- Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Compagny.
- Kinsella, E. A. (2012). Practitioner reflection and judgement as phronesis: A continuum of reflection and considerations for phronetic judgement. Dans E. A. Kinsella & A. Pitman (Éds), *Phronesis as professional knowledge* (pp. 35-53). Rotterdam, Hollande: Springer.
- Kirby, M. J. L., & Keon, W. J. (2006). *De l'ombre à la lumière : la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/rep02may06-e.htm>
- Kloos, B., & Shah, S. (2009). A social ecological approach to investigating relationships between housing and adaptive functioning for persons with serious mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 44(3-4), 316-326. doi: 10.1007/s10464-009-9277-1
- Krieg, R. G. (2001). An interdisciplinary look at the deinstitutionalization of the mentally ill. *The Social Science Journal*, 38(3), 367-380. doi: 10.1016/S0362-3319(01)00136-7
- Krieger, J., & Higgins, D. L. (2002). Housing and health: Time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92(5), 758-768. doi: 10.2105/AJPH.92.5.758
- Kropp, P. R. (2008). Intimate partner violence risk assessment and management. *Violence and victims*, 23(2), 202-220. doi: 10.1891/0886-6708.23.2.202
- Lang, A., Macdonald, M. T., Storch, J., Stevenson, L., Mitchell, L., Barber, T., ... Blais, R. (2014). Researching triads in home care: Perceptions of safety from home care clients, their caregivers, and providers. *Home Health Care Management & Practice*, 26(2), 59-71. doi: 10.1177/1084822313501077

- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 63*(1), 9-23. doi: 10.1177/000841749606300103
- Lee, S., Wong, Y.-L. I., & Rothbard, A. B. (2009). Factors associated with departure from supported independent living programs for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services, 60*(3), 367-373. doi: 10.1176/appi.ps.60.3.367
- Leibbrandt, S. M. V. (2008). *Factors associated with self-neglect in community-dwelling older adults*. (68). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text.
- Letts, L., Marshall, L., & Cawley, B. (1995). Assessing safe function at home: The SAFER tool. *Home and Community Health Special Interest Section Newsletter, 2*(1), 1-2.
- Lindström, M., Lindberg, M., & Sjöström, S. (2011). Home bittersweet home: The significance of home for occupational transformations. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(3), 284-299. doi: 10.1177/0020764009354834
- Loiselle, J., & Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation : fondements, apports et limites. *Recherches qualitatives, 27*(1), 40-59.
- Lux, M., Motschnig-Pitrik, R., & Cornelius-White, J. H. D. (2013). The essence of the person-centered approach. Dans J. H. D. Cornelius-White, R. Motschnig-Pitrik, & M. Lux (Éds), *Interdisciplinary handbook of the person-centered approach research and theory* (pp. 9-21). New York, NY: Springer.
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research, 35*, 382-385.
- Macciocchi, S. N., & Stringer, A. Y. (2001). Assessing risk and harm: The convergence of ethical and empirical considerations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 82*, S15-S19.
- Mackenzie, L., Byles, J., & Higginbotham, N. (2002). Reliability of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) for identifying older people at increased risk of falls. *Disability and Rehabilitation, 24*(5), 266-274.
- MacLeod, H. (2013). *Understanding risk: Health professionals' decision making with frail community dwelling older adults*. (Maîtrise). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text.

- MacLeod, H., & Stadnyk, R. L. (2015). Risk: 'I know it when I see it': How health and social practitioners defined and evaluated living at risk among community-dwelling older adults. *Health, Risk & Society*, 17(1), 46-63. doi: 10.1080/13698575.2014.999749
- MacLeod, M. Z. K., & Douthit, K. Z. (2015). Etiology and management of elder self-neglect. *Adultspan Journal*, 14(1), 11-23. doi: 10.1002/j.2161-0029.2015.00033.x
- Mallett, S. (2004). Understanding home: A critical review of the literature. *Sociological review*, 52(1), 62-89. doi: 10.1111/j.1467-954X.2004.00442.x
- Marcheschi, E., Brunt, D., Hansson, L., & Johansson, M. (2013). The influence of physical environmental qualities on the social climate of supported housing facilities for people with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(2), 117-123. doi: 10.3109/01612840.2012.731137
- Maurice, P., Lavoie, M., Levaque Charron, R., Chapdelaine, A., Bélanger Bonneau, H., Svanström, L., ... Romer, C. (1998). *Sécurité et promotion de la sécurité : Aspects conceptuels et opérationnels*. Repéré à [http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/promotion\\_de\\_la\\_sec.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/promotion_de_la_sec.pdf)
- McGinty, E. E., Baker, S. P., Steinwachs, D. M., & Daumit, G. (2013). Injury risk and severity in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Injury prevention*, 19(1), 32-37.
- McGuire, J. (2004). Minimising harm in violence risk assessment: Practical solutions to ethical problems? *Health, Risk & Society*, 6(4), 327-345. doi: 10.1080/13698570412331323225
- McNulty, M. C., & Fisher, A. G. (2001). Validity of using the assessment of motor and process skills to estimate overall home safety in persons with psychiatric conditions. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(6), 649-655.
- Mee, K. (2007). "I ain't been to heaven yet? Living here, this is heaven to me": Public housing and the making of home in inner Newcastle. *Housing, Theory and Society*, 24(3), 207-228. doi: 10.1080/14036090701374308
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 1989). *Politique de santé mentale*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2002). *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-844-03.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2015). *Faire ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Molony, S. L. (2010). The meaning of home: A qualitative metasynthesis. *Research in Gerontological Nursing*, 3(4), 291-307. doi: 10.3928/19404921-20100302-02
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48-76. doi: 10.1177/2345678906292462
- Morin, P., Robert, D., & Dorvil, H. (2001). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 88-105. doi: 10.3917/ds.264.0497
- Morrongiello, B. A., McArthur, B. A., & Bell, M. (2014). Managing children's risk of injury in the home: Does parental teaching about home safety reduce young children's hazard interactions? *Accident Analysis and Prevention*, 71, 194-200. doi: 10.1016/j.aap.2014.04.016
- Morrongiello, B. A., Widdifield, R., Munroe, K., & Zdzieborski, D. (2014). Parents teaching young children home safety rules: Implications for childhood injury risk. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35(3), 254-261. doi: 10.1016/j.appdev.2014.02.001
- Mucchielli, R. (2006). *L'analyse de contenu : des documents et des communications* (9<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux, France : ESF Editeur.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Mulvaney, C. A., Watson, M. C., Smith, S., Coupland, C., & Kendrick, D. (2014). Child injury prevention in the home: A national survey of safety practices and use of safety equipment in deprived families. *Health Education Journal*, 73(1), 62-71. doi: 10.1177/0017896912469577

- Nelson, G., Macnaughton, E., Caplan, R., Macleod, T., Townley, G., Piat, M., ... Goering, P. (2013). *Follow-up implementation and fidelity evaluation of the mental health commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross-site report*. Repéré à <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/content/follow-implementation-and-fidelity-evaluation-mental-health-commission-canadas-homechez-soi>
- Netemeyer, R. G., Bearden, W. O., & Sharma, S. (2003). *Scaling procedures: Issues and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nikolova, R., Carignan, M., Moscovitz, N., & Demers, L. (2004). The psychogeriatric and risk behavior assessment scale (PARBAS): A new measure for use with older adults living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39(2), 187-200. doi: 10.1016/j.archger.2004.03.003
- Noble, G. (2004). Accumulating being. *International Journal of Cultural Studies*, 7(2), 233-256. doi: 10.1177/1367877904043239
- Nour, K., Miranda, D., Regenstreif, A., Dallaire, B., Moscovitz, N., Hébert, M., & Whitehead, D. (2010). Guidelines for community-based team interventions for seniors with severe and persistent mental health problems living in the community. *Intervention*, 2(133), 98-109.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*. Repéré à [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (OMS, 2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1)
- Padgett, D. K. (2007). There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1925-1936. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.011
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147-181. doi: 10.7202/1002253ar
- Paulin, M.-F. (2006). Le principe de précaution. *Soins psychiatrie*, 242, 20-21.

- Pearson, C., Montgomery, A. E., & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. *Journal of Community Psychology, 37*(3), 404-417. doi: 10.1002/jcop.20303
- Peters, A. (2014). Safety issues in home dialysis. *Nephrology Nursing Journal, 41*(1), 89-92.
- Piat, M., Boyer, R., Cloutier, S., Fleury, M.-J., & Lesage, A. (2012). Les conditions d'hébergement favorables au rétablissement : perspective des usagers et usagères. *Canadian Journal of Community Mental Health, 31*(1), 67-85. doi: 10.7870/cjcmh-2012-0006
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G., & Bloom, D. (2008). Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services, 59*(9), 1011-1017. doi: 10.1176/appi.ps.59.9.1011
- Piat, M., Polvere, L., Townley, G., Nelson, G., Macnaughton, E., Egalité, N., & Goering, P. (2012). *Baseline consumer narratives of lived experience of the Mental Health Commission of Canada's At Home/Chez Soi Project: Cross-site report*. Repéré à [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Housing\\_At\\_Home\\_Qualitative\\_Report\\_Baseline\\_Consumer\\_Narratives\\_Lived\\_Experience\\_Cross\\_Site\\_ENG\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Housing_At_Home_Qualitative_Report_Baseline_Consumer_Narratives_Lived_Experience_Cross_Site_ENG_0.pdf)
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health, 30*(4), 459-467. doi: 10.1002/nur.20199
- Publications Québec. (2012). *C-26 - Code des professions*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26/20120920#se:37>
- Publications Québec. (2016). *Code civil du Québec*. Repéré à <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>
- Rahn, T. (2015). Patient safety in the home care setting. *Infusion, 21*(2), 27-31.
- Raphael, D., & Bryant, T. (2006). The state's role in promoting population health: Public health concerns in Canada, USA, UK, and Sweden. *Health Policy, 78*(1), 39-55. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.09.002
- Rasmussen, J., Steketee, G., Frost, R., Tolin, D., & Brown, T. (2014). Assessing squalor in hoarding: The home environment index. *Community Mental Health Journal, 50*(5), 591-596. doi: 10.1007/s10597-013-9665-8

- Robnett, R. H., Hopkins, V., & Kimball, J. G. (2003). The SAFE AT HOME: A quick home safety assessment. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 20*(3-4), 77-101. doi: 10.1080/J148v20n03\_06
- Rosas, S. R., & Ridings, J. W. (2017). The use of concept mapping in measurement development and evaluation: Application and future directions. *Evaluation and Program Planning, 60*, 265-276.
- Rouillon, F. (2008). *Épidémiologie des troubles psychiatriques*. Communication présentée Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research, 27*(2), 94-104.
- Ryan, T. (1998). Perceived risks associated with mental illness: Beyond homicide and suicide. *Social Science & Medicine, 46*(2), 287-297. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00161-5
- Sanford, J. A., Pynoos, J., Tejral, A., & Browne, A. (2002). Development of a comprehensive assessment for delivery of home modifications. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 20*(2), 43-55. doi: 10.1080/J148v20n02\_03
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, Hors Série*(5), 99-111.
- Sealy, P. A. (2012). The impact of the process of deinstitutionalization of mental health services in Canada: An increase in accessing of health professionals for mental health concerns. *Social Work in Public Health, 27*(3), 229-237. doi: 10.1080/19371911003748786
- Sedgwick, A., Cockburn, L., & Trentham, B. (2007). Exploring the mental health roots of occupational therapy in Canada: A historical review of primary texts from 1925-1950. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 74*(5), 407-417.
- Services Québec. (n.d.). *Supplément au loyer*. Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/vivre-en-logement/Pages/supplement-loyer.aspx>
- Shadloo, B., Motevalian, A., Rahimi-Movaghar, V., Amin-Esmaeili, M., Sharifi, V., Hajebi, A., ... Rahimi-Movaghar, A. (2016). Psychiatric disorders are associated with an increased risk of injuries: Data from the Iranian Mental Health Survey (IranMHS). *Iranian Journal of Public Health, 45*(5), 623-635.



- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information, 22*(2), 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201
- Sherwin, S. (1998). A relational approach to autonomy in health care. Dans S. Sherwin (Éd.), *The politics of women's health. Exploring agency and autonomy* (pp. 19-47). Philadelphia: PA: Temple University Press.
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2011). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations, 14*(2), 182-190. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x
- Sixsmith, J. (1986). The meaning of home: An exploratory study of environmental experience. *Journal of Environmental Psychology, 6*(4), 281-298. doi: 10.1016/S0272-4944(86)80002-0
- Société d'habitation du Québec. (2012). *Programme AccèsLogis Québec*. Repéré à [http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/depliant\\_acceslogis.pdf](http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/documents/depliant_acceslogis.pdf)
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2014). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. New York, NY: Oxford University Press.
- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the person-environment-occupation model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 66*(3), 122-133. doi: 10.1177/000841749906600304
- Szanton, S. L., Roth, J., Nkimbeng, M., Savage, J., & Klimmek, R. (2014). Improving unsafe environments to support aging independence with limited resources. *Nursing Clinics of North America, 49*(2), 133-145. doi: 10.1016/j.cnur.2014.02.002
- Tanzman, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital & Community Psychiatry, 44*(5), 450-455. doi: 10.1176/ps.44.5.450
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry, 62*(8), 911-921.
- Thomson, L. K. (2016). *The Kohlman evaluation of living skills* (4<sup>e</sup> éd.). Rockville, MA: AOTA Press.
- Titterton, M. (2005). *Risk and risk taking in health and social welfare*. London, Royaume-Uni: Jessica Kingsley Publishers.

- Titterton, M. (2011). Positive risk taking with people at risk of harm. Dans H. Kemshall & B. Wilkinson (Éds), *Good practice in assessing risk : Current knowledge, issues and approaches* (pp. 30-47). London, Royaume-Uni: Jessica Kingsley Publishers.
- Tomita, M. R., Saharan, S., Rajendran, S., Nochajski, S. M., & Schweitzer, J. A. (2014). Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to prevent falls in community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 711-718. doi: 10.5014/ajot.2014.010801
- Torres, S. (2010). *Portrait de l'habitation en Mauricie. Bilan, besoins et perspectives*. Repéré à [http://www.consortium-mauricie.org/Document/Gestionnaire/rapport\\_habitation.pdf](http://www.consortium-mauricie.org/Document/Gestionnaire/rapport_habitation.pdf)
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Craik, J. (2013). Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels. Dans E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Éds), *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp. 87-151). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. (2015). *Juridictionnaire: demeure / domicile / habitation / résidence*. Repéré à [http://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2guides/guides/juridi/index-fra.html?lang=fra&lettr=indx\\_catlog\\_h&page=9WtChRWUT7ME.html](http://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2guides/guides/juridi/index-fra.html?lang=fra&lettr=indx_catlog_h&page=9WtChRWUT7ME.html)
- Trochim, W. M. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12(1), 1-16.
- Tsai, J., Bond, G. R., & Davis, K. E. (2010). Housing preferences among adults with dual diagnoses in different stages of treatment and housing types. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(4), 258-275. doi: 10.1080/15487768.2010.523357
- Tsemberis, S., & Eisenberg, R. F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 51(4), 487-493. doi: 10.1176/appi.ps.51.4.487
- Unité de recherche et de soutien communautaire du Centre de toxicomanie et de santé mentale, & Conseil canadien de développement social. (2016). *Le logement : la clé du rétablissement - Évaluation des besoins en matière de logement et de services connexes des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou une maladie mentale*. Repéré à <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3054>
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Veal, A. J. (1993). The concept of lifestyle: A review. *Leisure Studies, 12*(4), 233-252. doi: 10.1080/02614369300390231
- Vila-Rodriguez, F., Panenka, W. J., Lang, D. J., Thornton, A. E., Vertinsky, T., Wong, H., ... Honer, W. G. (2013). The hotel study: Multimorbidity in a community sample living in a marginal housing. *The American Journal of Psychiatry, 170*(12), 1413-1422. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12111439
- Vrabie, M., Marinescu, V., Talaşman, A., Tăutu, O., Drima, E., & Micluţia, I. (2015). Cognitive impairment in manic bipolar patients: Important, understated, significant aspects. *Annals of General Psychiatry, 14*, 1-10. doi: 10.1186/s12991-015-0080-0
- Wallot, H. (1998). *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli : survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*. Beauport, QC : Publications MNH.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Whalley Hammell, K. R. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20*(3), 174-181. doi: 10.3109/11038128.2012.752032
- Whitley, R., Harris, M., & Drake, R. E. (2008). Safety and security in small-scale recovery housing for people with severe mental illness: An inner-city case study. *Psychiatric Services, 59*(2), 165-169.
- Wong, Y.-L. I., & Stanhope, V. (2009). Conceptualizing community: A comparison of neighborhood characteristics of supportive housing for persons with psychiatric and developmental disabilities. *Social Science & Medicine, 68*(8), 1376-1387. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.046
- World Health Organization. (WHO, 2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Repéré à [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf)
- Wright, P. A., & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology, 27*(1), 79-89. doi: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001
- Zinn, J., & Taylor-Gooby, P. (2006). Risk as an interdisciplinary research area. Dans P. Taylor-Gooby & J. Zinn (Éds), *Risk in Social Science* (pp. 20-53). Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.

## **Appendice A**

Méthodes de recrutement et critères de sélection des participants de l'étude

Tableau 20

*Méthodes de recrutement et critères de sélection des participants de l'étude*

Participants	Méthode de recrutement	Critères de sélection
Phase de planification – étape 1		
Ergothérapeutes ( <i>n</i> = 11)	- Via les contacts de l'étudiante	Inclusion : a) être ergothérapeute; b) avoir des contacts directs, depuis au moins cinq ans, avec des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale et résidant en logement autonome; c) avoir au moins cinq années d'expérience professionnelle; d) maîtriser le français  Exclusion : aucune
Phase de planification – étape 2		
Personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale (TSM) ( <i>n</i> = 8)	- Affiches disposées dans un organisme communautaire offrant des services à une clientèle composée de personnes vivant avec un TSM  - Présentation du projet de recherche par un professionnel/ intervenant	Inclusion : a) présenter un TSM attesté par un diagnostic médical; b) avoir 18 ans ou plus); c) vivre dans la communauté; d) maîtriser le français  Exclusion : a) présenter des symptômes aigus ou être légalement inapte; b) être en situation d'itinérance, vivre dans une ressource d'hébergement d'urgence/refuge ou vivre chez un proche
Proches ( <i>n</i> = 8)	- Présentation du projet de recherche par la directrice d'un organisme offrant des services à une clientèle composée de proches de personnes vivant avec un TSM	Inclusion : a) être le membre de famille, l'ami ou l'aidant d'une personne vivant avec un TSM; b) être préoccupé par la sécurité à domicile de cette personne; c) maîtriser le français  Exclusion : aucune

Tableau 20

*Méthodes de recrutement et critères de sélection des participants de l'étude (suite)*

Participants	Méthode de recrutement	Critères de sélection
Phase de planification – étape 2		
Professionnels de la santé et des services sociaux ( <i>n</i> = 7)	- Via les contacts de l'étudiante & par réseau	Inclusion : a) travailler dans un établissement prodiguant des services sociaux ou de santé; b) offrir depuis au moins un an des services directs à des personnes vivant avec un trouble affectant la santé mentale (TSM); c) présenter des préoccupations pour la sécurité à domicile des personnes vivant avec un TSM; d) maîtriser le français
Acteurs de la communauté ( <i>n</i> = 7)	- Sollicitation auprès d'organisations dans le domaine de la sécurité incendie, de la sécurité publique et de la protection des animaux	Inclusion : a) avoir été préoccupé par la sécurité à domicile de personnes présentant des comportements laissant croire à une altération de la santé mentale; b) avoir au moins une année d'expérience professionnelle; c) maîtriser le français

Tableau 20

*Méthodes de recrutement et critères de sélection des participants de l'étude (suite)*

Participants	Méthode de recrutement	Critères de sélection
Phase d'évaluation		
1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> chaînes	- Sollicitation auprès des équipes offrant des services de soutien intensifs dans la communauté	Inclusion : a) être un professionnel/intervenant de la santé ou des services sociaux; b) avoir des contacts directs avec des personnes vivant avec un TSM et résidant en logement autonome; c) maîtriser le français Exclusion : aucune
3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> chaînes	- Via les contacts de l'étudiante et par réseau	Inclusion : a) être ergothérapeute; b) avoir des contacts directs avec des personnes vivant avec un TSM et résidant en logement autonome; c) maîtriser le français Exclusion : aucune

**Appendice B**  
Certification éthique



 Université du Québec à Trois-Rivières  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

**RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :**

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

**Titre du projet :** Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave

**Chercheurs :** Marjorie Desormeaux-Moreau  
Département de Psychologie

**Organismes :** Aucun financement

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

**PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :**

Date de début : 05 mars 2014

Date de fin : 05 mars 2015

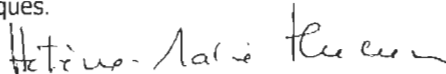
**COMPOSITION DU COMITÉ :**

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat de la recherche et de la création ou un substitut suggéré par le doyen de la recherche et de la création.

**SIGNATURES :**

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



Hélène-Marie Thérien  
**Présidente du comité**



Marie-Eve St-Germain  
**Secrétaire du comité**

**Date d'émission :** 05 mars 2014

**N° du certificat :** CER-14-199-07.14  
DECSR



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** **Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave**

**Chercheurs :** Marjorie Desormeaux-Moreau  
Département de Psychologie

**Organismes :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-14-199-07.14

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 05 mars 2015 au 05 mars 2016

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :**

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell

**Président du comité**

Fanny Longpré

**Secrétaire du comité**

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 17 février 2015



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** **Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave**

**Chercheurs :** Marjorie Desormeaux-Moreau  
Département de Psychologie

**Organismes :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-14-199-07.14

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 05 mars 2016 au 05 mars 2017

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :**

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

  
Maude Hébert

Présidente du comité

  
Fanny Longpré

Secrétaire du comité

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 18 février 2016

### **Appendice C**

Lettres d'information et formulaire de consentement utilisés dans  
le cadre des entretiens visant à documenter les facteurs contributifs



**Invitation à participer au projet de recherche**  
**« Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant une problématique de santé mentale ».**

**Marjorie Désormeaux-Moreau**  
**Département de psychologie**  
**Doctorat en psychologie (profil recherche)**  
**Dirigée par Ginette Aubin, Ph.D.**  
**Codirigée par Nadine Larivière, Ph.D.**

Votre participation à cette recherche visant à évaluer la validité de contenu ainsi que l'aspect pratique et utilitaire de l'*Évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile* (ESGR) serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale selon la perspective des personnes présentant une problématique de santé mentale, des proches, des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs de la communauté;
2. identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile et en générer des énoncés pouvant être intégrés à l'ESGR;
3. évaluer la validité de contenu de l'ESGR.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement le formulaire de consentement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

### **Participants**

Pour participer à cette étude, vous devez :

1. être aux prises avec une problématique de santé mentale attestée par un diagnostic médical;
2. avoir un intérêt pour la question de la sécurité à domicile;
3. être majeur (18 ans et plus);
4. demeurer dans la communauté; et
5. maîtriser la langue française.

Vous *ne pouvez pas* participer à l'étude, si vous :

1. vivez dans un milieu d'hébergement de longue durée et/ou
2. avez été reconnu inapte à la suite d'une évaluation médicale et psychosociale.

### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche concerne le premier objectif de l'étude, à savoir décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale. Votre implication dans ce projet de recherche consiste en une entrevue individuelle. Les questions qui vous seront posées porteront sur votre perception quant à votre de sécurité à domicile. L'entrevue durera entre une heure (60 minutes) et une heure et demie (90 minutes) et se tiendra à l'endroit qui vous conviendra. L'entretien sera enregistré sous format numérique de façon à permettre une transcription fidèle du propos des participants.

Si vous acceptez, un compte-rendu des analyses vous sera acheminé un à deux mois après l'entretien, soit par courriel, soit par courrier postal selon votre préférence. Vous serez alors invité à confirmer si elles reflètent votre pensée et à apporter des précisions au besoin lors d'un entretien téléphonique. Le temps requis pour cette consultation est estimé à une demi-heure (30 minutes).

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit entre une heure (60 minutes) et une heure et demie (90 minutes) pour l'entrevue et environ une demi-heure (30 minutes) pour la consultation du compte-rendu des analyses, pour une durée totale maximale de deux heures, demeure le seul inconvénient.

Il est possible que les questions qui vous seront posées fassent émerger des émotions. Si c'est le cas, vous êtes invité à en discuter avec votre intervenant. Vous pouvez également recourir à la ligne Info-Social (811) si le flot d'émotions devient difficile à gérer dans l'attente d'une rencontre avec votre intervenant.

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Un montant forfaitaire de 15 \$ vous sera remis pour compenser les frais encourus par votre participation à l'étude (p.ex., déplacement et stationnement).

### **Confidentialité**

L'enregistrement de l'entretien sera conservé dans un fichier électronique protégé par un mot de passe et enregistré sur une mémoire externe, laquelle sera conservée dans un classeur barré. Cet enregistrement sera détruit dès que la transcription de l'entretien aura été réalisée. Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme de *thèse de doctorat*, *d'articles*, et de *communications scientifiques*. Vos renseignements personnels seront tenus confidentiels et votre identité demeurera anonyme, à moins que la loi ou un tribunal ne l'oblige. La loi oblige le chercheur à communiquer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont le suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. De plus, le fait de participer ou non à cette étude n'aura aucun impact sur les services offerts par l'établissement où vous avez été recruté. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marjorie Désormeaux-Moreau via messagerie électronique ([desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3740.

**Financement et déclaration de conflit d'intérêt**

Ce projet de recherche n'est financé par aucun organisme subventionnaire. De plus, les chercheurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-14 a été émis le 2014-03-05.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).





**Invitation à participer au projet de recherche**  
**« Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave ».**

**Marjorie Désormeaux-Moreau**  
**Département de psychologie**  
**Doctorat en psychologie (profil recherche)**  
**Dirigée par Ginette Aubin, Ph.D.**  
**Codirigée par Nadine Larivière, Ph.D.**

Votre participation à cette recherche visant à évaluer la validité de contenu ainsi que l'aspect pratique et utilitaire de l'*Évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile* (ESGR) serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave selon la perspective des personnes présentant un trouble mental, des proches, des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs de la communauté;
2. identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile et en générer des énoncés pouvant être intégrés à l'ESGR;
3. évaluer la validité de contenu de l'ESGR.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement le formulaire de consentement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Participants**

Pour participer à cette étude, vous devez :

1. travailler à titre d'intervenant dans un établissement ou un organisme offrant des services sociaux et/ou des services de santé;
2. offrir des services directs à une clientèle aux prises avec un trouble mental depuis au moins une année;
3. avoir un intérêt pour la question de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental; et
4. maîtriser la langue française.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche concerne le premier objectif de l'étude, à savoir décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Votre implication dans ce projet de recherche consiste à participer à un entretien de groupe. Ce groupe sera composé de divers intervenants du domaine de la santé et des services sociaux. Les questions qui vous seront posées porteront sur la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. L'entretien durera entre une heure et demie (90 minutes) et deux heures (120 minutes) et se fera dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). L'entretien sera enregistré sous format numérique de façon à permettre une transcription fidèle du propos des participants.

Si vous acceptez, un compte-rendu des analyses vous sera acheminé deux mois après l'entretien, soit par courriel, soit par courrier postal selon votre préférence. Vous serez alors invité à confirmer si elles reflètent votre pensée et à apporter des précisions au besoin lors d'un entretien téléphonique. Le temps requis pour cette consultation est estimé à une demi-heure (30 minutes).

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit entre une heure et demie (90 minutes) et deux heures (120 minutes) pour l'entretien de groupe et environ une demi-heure (30 minutes) pour la consultation du compte-rendu des analyses, pour une durée totale maximale de deux heures et demie, demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Un montant forfaitaire de 15 \$ vous sera remis pour compenser les frais encourus par votre participation à l'étude (p.ex., déplacement et stationnement). De plus, un léger goûter vous sera offert lors de l'entretien de groupe.

**Confidentialité**

Nous vous demandons de garder confidentiel l'identité et les propos des autres participants au groupe de discussion. L'enregistrement de l'entretien sera conservé dans un fichier électronique protégé par un mot de passe et enregistré sur une mémoire externe, laquelle sera conservée dans un classeur barré. Cet enregistrement sera détruit dès que la transcription de l'entretien aura été réalisée. Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme de *thèse de doctorat*, *d'articles*, et de *communications scientifiques*. Vos renseignements personnels seront tenus confidentiels et votre identité demeurera anonyme, à moins que la loi ou un tribunal ne l'oblige. La loi oblige le chercheur à communiquer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont le suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marjorie Désormeaux-Moreau par courriel ([desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3740.

**Financement et déclaration de conflit d'intérêt**

Ce projet de recherche n'est financé par aucun organisme subventionnaire. De plus, les chercheurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-14 a été émis le 2014-03-05.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).



**Invitation à participer au projet de recherche**  
**« Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave ».**

**Marjorie Désormeaux-Moreau**  
**Département de psychologie**  
**Doctorat en psychologie (profil recherche)**  
**Dirigée par Ginette Aubin, Ph.D.**  
**Codirigée par Nadine Larivière, Ph.D.**

Votre participation à cette recherche visant à évaluer la validité de contenu ainsi que l'aspect pratique et utilitaire de l'*Évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile* (ESGR) serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave selon la perspective des personnes présentant un trouble mental, des proches, des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs de la communauté;
2. identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile et en générer des énoncés pouvant être intégrés à l'ESGR;
3. évaluer la validité de contenu de l'ESGR.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement le formulaire de consentement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Participants**

Pour participer à cette étude, vous devez :

1. être membre de famille, ami ou proche aidant d'une personne aux prises avec un trouble mental;
2. être préoccupé par la sécurité à domicile de ce proche; et
3. maîtriser la langue française.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche concerne le premier objectif de l'étude, à savoir décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Votre implication dans ce projet de recherche consiste à participer à un entretien de groupe. Ce groupe sera composé de proches de personnes présentant un trouble mental grave. Les questions qui vous seront posées porteront sur la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. L'entretien durera entre une heure et demie (90 minutes) et deux heures (120 minutes) et se tiendra à l'endroit qui conviendra au plus grand nombre de participants (p.ex., dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières ou encore dans les locaux d'un organisme offrant des services aux proches de personnes présentant un trouble mental). L'entretien sera enregistré sous format numérique de façon à permettre une transcription fidèle du propos des participants.

Si vous acceptez, un compte-rendu des analyses vous sera acheminé deux mois après l'entretien, soit par courriel, soit par courrier postal selon votre préférence. Vous serez alors invité à confirmer si elles reflètent votre pensée et à apporter des précisions au besoin lors d'un entretien téléphonique. Le temps requis pour cette consultation est estimé à une demi-heure (30 minutes).

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit entre une heure et demie (90 minutes) et deux heures (120 minutes) pour l'entretien de groupe et environ une demi-heure (30 minutes) pour la consultation du compte-rendu des analyses, pour une durée totale maximale de deux heures et demie, demeure le principal inconvénient.

Il est possible que les questions qui vous seront posées fassent émerger des émotions. Au cours de l'entretien de groupe, vous serez libre de partager ou non votre expérience. Vous pouvez recourir à la ligne Info-Social (811) si, à la suite de l'entretien, le flot d'émotions devient difficile à gérer. Vous pouvez également communiquer avec un organisme offrant du soutien aux familles et amis touchés par la maladie mentale tel La lanterne (819-693-2841), Le Gyroscope (819-228-2858) ou encore La passerelle (819-233-9143).

### **Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Un montant forfaitaire de 15 \$ vous sera remis pour compenser les frais encourus par votre participation à l'étude (p.ex., déplacement et stationnement). De plus, un léger goûter vous sera offert lors de l'entretien de groupe.

### **Confidentialité**

Nous vous demandons de garder confidentiel l'identité et les propos des autres participants au groupe de discussion.

L'enregistrement de l'entretien sera conservé dans un fichier électronique protégé par un mot de passe et enregistré sur une mémoire externe, laquelle sera conservée dans un classeur barré. Cet enregistrement sera détruit dès que la transcription de l'entretien aura été réalisée. Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme de *thèse de doctorat*, *d'articles*, et de *communications scientifiques*. Vos renseignements personnels seront tenus confidentiels et votre identité demeurera anonyme, à moins que la loi ou un tribunal ne l'oblige. La loi oblige le chercheur à communiquer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont le suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marjorie Désormeaux-Moreau via messagerie électronique ([desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3740.

**Financement et déclaration de conflit d'intérêt**

Ce projet de recherche n'est financé par aucun organisme subventionnaire. De plus, les chercheurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-14 a été émis le 2014-03-05.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).





**Invitation à participer au projet de recherche**  
**« Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave ».**

**Marjorie Désormeaux-Moreau**  
**Département de psychologie**  
**Doctorat en psychologie (profil recherche)**  
**Dirigée par Ginette Aubin, Ph.D.**  
**Codirigée par Nadine Larivière, Ph.D.**

Votre participation à cette recherche visant à évaluer la validité de contenu ainsi que l'aspect pratique et utilitaire de l'*Évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile* (ESGR) serait grandement appréciée.

**Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave selon la perspective des personnes présentant un trouble mental, des proches, des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs de la communauté;
2. identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile et en générer des énoncés pouvant être intégrés à l'ESGR;
3. évaluer la validité de contenu de l'ESGR.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement le formulaire de consentement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Participants**

Pour participer à cette étude, vous devez :

1. avoir vécu une expérience où la sécurité à domicile d'un individu était préoccupante et où les comportements de ce dernier laissaient croire à une problématique de trouble mental;
2. avoir minimalement une année d'expérience; et
3. maîtriser la langue française.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche concerne le premier objectif de l'étude, à savoir décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. Votre implication dans ce projet de recherche consiste à participer à un entretien de groupe. Ce groupe sera composé de divers intervenants et acteurs de la communauté. Les questions qui vous seront posées porteront sur la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave. L'entretien durera entre une heure et demie (90 minutes) et deux heures (120 minutes) et se fera dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). L'entretien sera enregistré sous format numérique de façon à permettre une transcription fidèle du propos des participants.

Si vous acceptez, un compte-rendu des analyses vous sera deux mois après l'entretien, soit par courriel, soit par courrier postal selon votre préférence. Vous serez alors invité à confirmer si elles reflètent votre pensée et à apporter des précisions au besoin lors d'un entretien téléphonique. Le temps requis pour cette consultation est estimé à une demi-heure (30 minutes).

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit entre une heure et demie (90 minutes) et deux heures (120 minutes) pour l'entretien de groupe et environ une demi-heure (30 minutes) pour la consultation du compte-rendu des analyses, pour une durée totale maximale de deux heures et demie, demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Un montant forfaitaire de 15 \$ vous sera remis pour compenser les frais encourus par votre participation à l'étude (p.ex., déplacement et stationnement). De plus, un léger goûter vous sera offert lors de l'entretien de groupe.

**Confidentialité**

Nous vous demandons de garder confidentiel l'identité et les propos des autres participants au groupe de discussion.

L'enregistrement de l'entretien sera conservé dans un fichier électronique protégé par un mot de passe et enregistré sur une mémoire externe, laquelle sera conservée dans un classeur barré. Cet enregistrement sera détruit dès que la transcription de l'entretien aura été réalisée. Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme de *thèse de doctorat*, *d'articles*, et de *communications scientifiques*. Vos renseignements personnels seront tenus confidentiels et votre identité demeurera anonyme, à moins que la loi ou un tribunal ne l'oblige. La loi oblige le chercheur à communiquer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont le suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marjorie Désormeaux-Moreau par courriel ([desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3740.

**Financement et déclaration de conflit d'intérêt**

Ce projet de recherche n'est financé par aucun organisme subventionnaire. De plus, les chercheurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-14 a été émis le 2014-03-05.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

### Engagement de la chercheuse

Moi, Marjorie Désormeaux-Moreau, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_ [nom du participant] \_\_\_\_\_, **confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet** « Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant	Chercheuse
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

J'accepte d'être contacté par l'étudiante-chercheuse pour participer à la validation de l'analyse de l'entretien.

OUI, le cas échéant, veuillez fournir

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse (courriel ou postale) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

NON

## **Appendice D**

Formulaires de données sociodémographiques utilisés dans  
le cadre des entretiens visant à documenter les facteurs contributifs

**FORMULAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES  
PRÉSENTANT UN TROUBLE MENTAL**

---

**Âge :** \_\_\_\_\_

**Genre :**

- Homme                       Femme

**Langue d'usage**

- Français                       Anglais                       Autre : \_\_\_\_\_

**Diagnostics médicaux**

Santé mentale :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Santé physique :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Type de domicile/hébergement**

- Appartement locatif privé ou social de type OMBL/HLM (seul)
- Appartement locatif privé ou social (avec colocataire, conjoint, enfants...)
- Ressource d'hébergement (pavillon, famille d'accueil...)
- Maison de chambre
- Chez un proche ou un ami

**Nombre de personnes dans la maisonnée :** \_\_\_\_\_



**FORMULAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES  
PARTICIPANTS À L'ENTRETIEN DU GROUPE CONSTITUÉ  
D'INTERVENANTS ET ACTEURS DE LA COMMUNAUTÉ**

---

**Profession :** \_\_\_\_\_

**Nombre d'années d'expérience :** \_\_\_\_\_

**Âge :** \_\_\_\_\_

**Genre :**

- Homme                       Femme

**Langue d'usage**

- Français                       Anglais                       Autre : \_\_\_\_\_

**Comment décririez-vous votre implication en matière de sécurité à domicile?**

- Intervention clé (principale tâche dans le cadre de vos fonctions)
- Implication active (l'une de vos principales tâches fonctions)
- Implication modérée (tâches connexes à vos fonctions)
- Implication périphérique (parallèle à l'exercice de vos fonctions)
- Aucune implication

**Comment décririez-vous votre implication en matière de sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental?**

- Intervention clé (principale tâche dans le cadre de vos fonctions)
- Implication active (l'une de vos principales tâches fonctions)
- Implication modérée (tâches connexes à vos fonctions)
- Implication périphérique (parallèle à l'exercice de vos fonctions)
- Aucune implication

**FORMULAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES  
PARTICIPANTS À L'ENTRETIEN DU GROUPE CONSTITUÉ DE PROCHES**

---

**Âge :** \_\_\_\_\_

**Genre :**

- Homme                       Femme

**Langue d'usage**

- Français                       Anglais                       Autre : \_\_\_\_\_

**Quelle est votre relation avec votre proche aux prises avec un trouble mental?**

- Membre de la famille (préciser) : \_\_\_\_\_
- Ami
- Voisinage
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Quelle est la fréquence de vos contacts avec ce proche?**

- Tous les jours
- Quelques fois par semaine
- Une fois par semaine
- Quelques fois par mois
- Une fois par mois et moins

**Comment décririez-vous votre implication auprès de votre proche en matière de sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental?**

- Implication active
- Implication modérée
- Implication faible
- Aucune implication

## **Appendice E**

Matériel soumis aux participants qui ont pris part à la validation de l'interprétation de l'information recueillie issue des entretiens menés pour documenter les facteurs contributifs

## **Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale »**

---

Il y a quelques mois, vous avez participé à une étude visant à:

1. décrire le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, selon le point de vue des personnes, des proches, des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs de la communauté;
2. identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile.

Vous aviez à ce moment accepté d'être contacté pour valider l'interprétation de l'information recueillie dans le cadre du projet. Votre participation demeure volontaire et vous êtes entièrement libre de participer ou non. Vous pouvez vous retirer de cette étape de l'étude sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Si vous acceptez, votre participation consistera d'abord à lire un compte-rendu des analyses réalisées, puis à confirmer si elles reflètent votre pensée ou apporter des précisions au besoin. Plus précisément, nous aimerions connaître votre avis sur : les constats visant à décrire le concept de sécurité à domicile; les facteurs de risque et de protection; ainsi que les incidents possibles. Le temps requis pour cette consultation est estimé à 30-45 minutes.

Pour ce faire, nous vous invitons à consulter le document intitulé « Compte-rendu des analyses\_sécurité à domicile ». Nous vous invitons par la suite à fournir votre avis selon le moyen qui vous convient le mieux, soit :

- par écrit en remplissant le questionnaire disponible au lien suivant <http://goo.gl/forms/Uva4q5a8Pz>
- dans le cadre d'un échange téléphonique (au moment qui vous conviendra le mieux); ou
- dans le cadre d'une rencontre en personne (au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux).

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute question. En vous remerciant à l'avance pour votre précieuse collaboration.

**Marjorie Désormeaux-Moreau, erg., Ph.D. (candidate)**

**Dirigée par Ginette Aubin, erg., Ph.D.**

**Codirigée par Nadine Larivière, erg., Ph.D.**

**Consignes :**

Merci d'avoir accepté de participer à la phase de validation de l'interprétation de l'information recueillie dans le cadre de ce projet portant sur la sécurité à domicile des personnes présentant un problème de santé mentale.

Votre tâche consiste à :

1. consulter le document intitulé « Compte-rendu des analyses\_sécurité à domicile »;
2. donner votre avis concernant les constats réalisés à partir de l'information recueillie lors des entrevues pour décrire le concept de sécurité à domicile (voir pages 1 à 3 du document);
3. donner votre avis sur les facteurs de risque pouvant être rencontrés à domicile par les personnes présentant un problème de santé mentale (voir pages 4 à 8 du document);
4. donner votre avis sur les facteurs de protection pouvant être rencontrés à domicile par les personnes présentant un problème de santé mentale (voir pages 9 à 12 du document); et
5. donner votre avis sur les incidents à domicile que peuvent vivre les personnes présentant un problème de santé mentale (voir page 13 du document).

*\* Notez bien que les facteurs de risque, les facteurs de protection et les incidents identifiés par les participants ne sont pas nécessairement exclusifs aux personnes qui présentent un problème de santé mentale et qu'ils pourraient être observés chez d'autres personnes.*

**Question 1 :** Selon vous, à quel point les trois constats établis permettent-ils de décrire la sécurité à domicile des personnes présentant des problèmes de santé mentale? \* voir les pages 1 à 3 du compte-rendu des analyses ainsi que les figures 1 à 4.

Les trois constats sont :

1. La sécurité à domicile repose sur les caractéristiques de la personne (tout ce qui relève de la personne elle-même), les caractéristiques de l'environnement domiciliaire (tout ce qui est externe à la personne), de même que les caractéristiques des activités (ce qui relève de la nature-même de l'activité, indépendamment de qui la réalise ou de comment elle est réalisée).
2. La sécurité à domicile résulte de la présence de facteurs qui contribuent de façon soit négative, soit positive à la sécurité à domicile d'un individu. Autrement dit, lorsqu'il est question de sécurité, les facteurs de risques et les facteurs de protection représentent donc les deux faces d'une même médaille.
3. La sécurité à domicile résulte de l'interaction entre l'ensemble des facteurs contributifs (facteurs de risque et facteurs de protection). Aucun de ces facteurs n'est donc suffisant ni pour compromettre, ni pour assurer la sécurité à domicile.

1. Ne décrit pas du tout le phénomène
2. Décrit mal le phénomène
3. Décrit plus ou moins le phénomène
4. Décrit bien le phénomène
5. Décrit très bien le phénomène

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ou apporter une précision pour bonifier la description du phénomène?

**Questions 2.** Divers facteurs pouvant influencer sur la sécurité à domicile des personnes présentant une problématique de santé mentale ont été identifiés par les participants. \* voir les Annexes A, B et C

- Facteurs de risque \* voir les pages 4 à 8 du compte-rendu des analyses

Quels **facteurs de risque** additionnels recommanderiez-vous d'ajouter? Précisez brièvement.

Quels **facteurs de risque** recommanderiez-vous de supprimer? Précisez brièvement.

- Facteurs de protection \* voir les pages 9 à 12 du compte-rendu des analyses

Quels **facteurs de protection** additionnels recommanderiez-vous d'ajouter? Précisez brièvement.

Quels **facteurs de protection** recommanderiez-vous de supprimer? Précisez brièvement.

- Incidents \* voir la page 13 du compte-rendu des analyses

Quels **incidents** additionnels recommanderiez-vous d'ajouter? Précisez brièvement.

Quels **incidents** recommanderiez-vous de supprimer? Précisez brièvement.

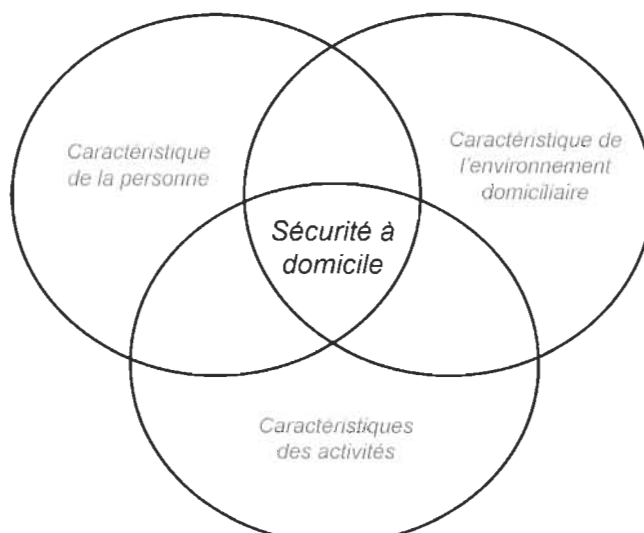
**Compte-rendu soumis pour la validation de l'interprétation de l'information recueillie dans le cadre du projet de recherche intitulé :**

**« Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale »**

---

À titre de rappel, le but de cette étude était **de décrire le phénomène de la sécurité à domicile des personnes qui ont des problèmes de santé mentale** de manière à identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile. Pour ce faire, des entrevues ont été réalisées avec des personnes présentant des problèmes de santé mentale, des proches, des professionnels de la santé et des services sociaux et des acteurs de la communauté (par exemple, des représentants des services incendie, de la sécurité publique et des services de protection des animaux). L'analyse des données recueillies a permis de faire trois constats concernant les enjeux liés à la sécurité à domicile rencontrés par des personnes avec des problèmes de santé mentale.

**Constat #1** (voir Figure 1): La sécurité à domicile repose sur les caractéristiques de la personne (tout ce qui relève de la personne elle-même), les caractéristiques de l'environnement domiciliaire (tout ce qui est externe à la personne), de même que sur les caractéristiques des activités (ce qui relève de la nature-même de l'activité, indépendamment de qui la réalise ou de comment elle est réalisée).



*Figure 1.* Schématisation du caractère multidimensionnel de la sécurité à domicile des personnes présentant des problèmes de santé mentale.

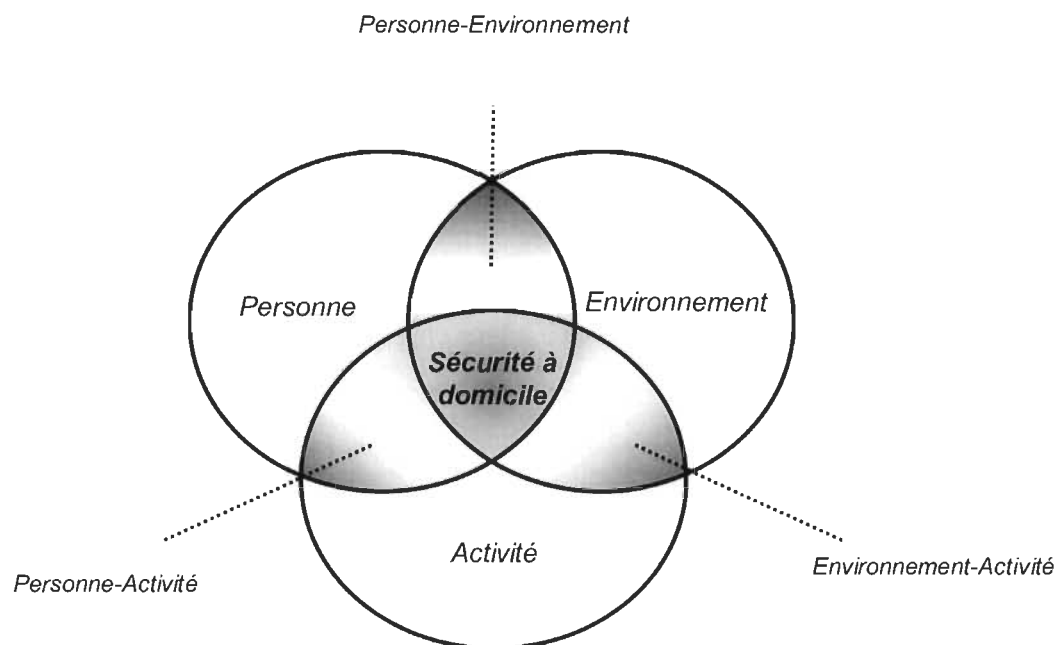


**Constat #2** (voir Figure 2): La sécurité à domicile résulte de la présence de facteurs qui contribuent de façon soit négative, soit positive à la sécurité à domicile d'un individu. Autrement dit, lorsqu'il est question de sécurité, **les facteurs de risque et les facteurs de protection** représentent donc les deux faces d'une même médaille.



*Figure 2.* Schématisation de la contribution des facteurs de risque et des facteurs de protection sur la sécurité à domicile des personnes présentant des problèmes de santé mentale.

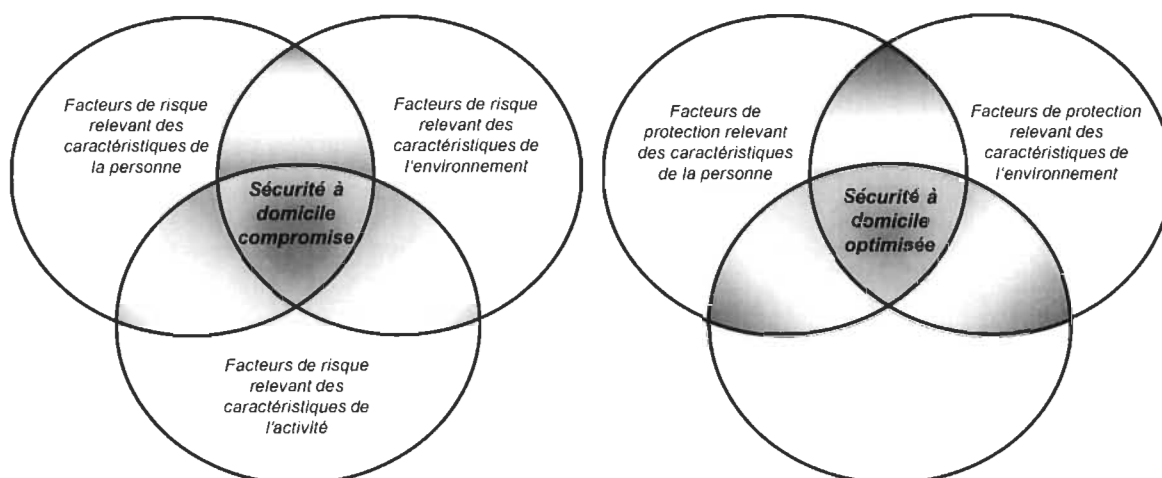
**Constat #3** (voir Figure 3): La sécurité à domicile résulte **de l'interaction entre l'ensemble des facteurs contributifs** (facteurs de risque et facteurs de protection). Aucun de ces facteurs n'est donc suffisant ni pour compromettre ni pour assurer la sécurité à domicile.



*Figure 3.* Schématisation de la manière dont les caractéristiques de la personne, de l'environnement domiciliaire et des activités interagissent les unes avec les autres et influencent la sécurité à domicile.

## En résumé

Les participants consultés ont identifié des facteurs de risque et des facteurs de protection. Ces facteurs étaient associés aux caractéristiques de la personne, aux caractéristiques de l'environnement domiciliaire, aux activités, ou encore, à l'interaction dynamique entre ces différentes dimensions (voir Figure 4). **Notez bien que tant les facteurs de risque et les facteurs de protection que les incidents identifiés par les participants ne sont pas nécessairement exclusifs aux personnes qui présentent un problème de santé mentale et qu'ils pourraient être observés chez d'autres personnes.**



*Figure 4.* Schématisation globale de la manière dont les caractéristiques de la personne et de l'environnement domiciliaire ainsi que les activités interagissent les unes avec les autres, contribuant ainsi soit à compromettre la sécurité à domicile (et engendrer un incident), soit à optimiser la sécurité à domicile.

L'Annexe A présente les catégories de facteurs de risque identifiés par les participants; l'Annexe B présente les catégories de facteurs de protection identifiés par les participants; et l'Annexe C présente les catégories d'incidents (autrement dit les conséquences possibles de l'actualisation des risques et dangers rencontrés à domicile) identifiés par les participants.

ANNEXE A  
CATÉGORIES DE FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS PAR LES PERSONNES  
CONSULTÉES

**Facteurs de risque relevant des caractéristiques de la personne**

- Altération de l'état de santé physique  
*Comprend les risques découlant de déficits physiques, de maladies physiques ou encore d'une intégrité physique compromise. Exemples : endurance ou force musculaire réduite, limitation articulaire, obésité, allergies graves.*
  
- Altération de l'état psychologique ou des fonctions cognitives (p.ex., symptômes sur le plan de l'état ou du fonctionnement mental)  
*Comprend les risques découlant de symptômes sur le plan de l'état et du fonctionnement mental. Exemples : déficits cognitifs, humeur dépressive, anxiété, perte de contact avec la réalité, méfiance et paranoïa, toxicomanie/dépendance*
  
- Altération sur le plan de l'autonomie décisionnelle  
*Comprend les risques découlant d'une capacité réduite à prendre des décisions ou à s'impliquer dans les décisions qui les concernent, à exercer un consentement libre, éclairé et continu.*
  
- Altération sur le plan fonctionnel  
*Comprend les risques découlant d'une ou d'une capacité réduite à réaliser ses activités quotidiennes.*
  
- Connaissances et compétences limitées ou erronées par rapport à la gestion des risques  
*Comprend les risques découlant d'un manque de connaissance ou encore de connaissances limitées en ce qui concerne les dangers potentiels, la façon de les prévenir ou la manière de réagir pour y faire face.*

### **Facteurs de risque relevant des caractéristiques de l'environnement**

- Piètre état du domicile et des conditions de vie  
*Comprend les risques soulevés par des installations matérielles de piètre qualité ainsi qu'à des conditions de vie difficiles. Exemples : malpropreté, insalubrité, encombrement, température accablante, quantité et qualité limitée des aliments disponibles, appareil ou mobilier brisé, avertisseur de fumée ou encore verrou de porte absent ou non fonctionnel.*
  
- Absence d'un moyen de communication en cas d'urgence
  
- Accessibilité limitée aux services ou soutien formels  
*Comprend les risques associés au fait de ne pouvoir obtenir les services requis par l'état et la situation de la personne, ou encore associés à un manque de cohérence dans la continuité des soins et services de santé ainsi que des services sociaux.*
  
- Soutien social limité  
*Comprend les risques associés à des interactions sociales réduites et à une disponibilité limitée de l'assistance offerte par les proches, les amis ou les voisins.*
  
- Ressources financières réduites et coût élevé des logements adéquats
  
- Abus ou négligence du propriétaire concernant l'entretien du logement  
*Comprend les risques soulevés par un manque intentionnel d'attention et d'égard d'un propriétaire en ce qui a trait à l'entretien et aux réparations requises.*
  
- Survalorisation de l'autonomie ou de la confidentialité par rapport à la prévention et la gestion des risques  
*Comprend les risques associés à une survalorisation des droits et libertés individuelles, de même qu'au respect de la confidentialité au détriment de la sécurité.*
  
- Comportement et état de santé des animaux  
*Comprend les risques associés aux comportements et à l'état de santé des animaux (de compagnie ou indésirables) présents dans le domicile ou à proximité de celui-ci.*

### **Facteurs de risque relevant des caractéristiques de l'activité**

*Comprend les risques relevant de la nature même de l'activité ou de l'activité réalisée. À titre d'exemple, l'utilisation d'un barbecue est associée à une probabilité accrue d'incidents comparativement à la lecture d'un journal.*

### **Facteurs de risque relevant de l'interaction personne-environnement**

- Refus de l'aide offerte ou absence de demande d'aide

*Comprend les risques associés au fait de refuser l'aide offerte, ou encore au fait de ne pas rechercher l'aide et le soutien requis par sa condition/situation.*

- Effet de la médication (ou de l'absence de médication) sur la personne

*Comprend les risques relevant des effets secondaires de la médication ou encore des symptômes présents lorsque la personne ne prend pas sa médication (ou qu'elle ne la prend pas telle que prescrite).*

- Contrôle limité ou absent de la personne sur l'accès à son logement par d'autres personnes

*Comprend les risques soulevés par un choix mal avisé des personnes (amis, colocataires) qui peuvent entrer dans le logement.*

- Relations difficiles avec le voisinage

*Comprend les risques soulevés par des relations conflictuelles avec le voisinage.*

- Relation inadéquate avec l'animal

*Comprend les risques soulevés par un lien humain-animal chargé d'agressivité ou encore par une relation émotionnelle excessive qui amène la personne à prioriser les besoins de l'animal par rapport à sa propre santé/ sécurité.*

### **Facteurs de risque relevant de l'interaction personne-activité**

- Incapacité à percevoir ou à anticiper le risque

*Comprend les risques associés à l'incapacité à reconnaître un danger potentiel et d'en prévoir les conséquences.*

- Façon inadéquate de gérer les risques  
*Comprend les risques associés à la mise en place de moyens inappropriés pour pallier un danger potentiel ou à des réactions inappropriées face aux incidents.*
- Inadéquation entre les caractéristiques de la personne et les exigences inhérentes à l'activité  
*Comprend les risques soulevés par la réalisation d'activités dont les prérequis (les exigences) sont supérieurs aux capacités de la personne. Exemple : réparer un électroménager sans avoir les connaissances et l'expertise nécessaire pour le faire; utiliser une cuisinière standard malgré d'importants problèmes de mémoire.*
- Façon inadéquate de réaliser les activités  
*Comprend les risques relatifs à une manière inappropriée de réaliser les tâches et les activités. Exemple : utiliser un barbecue à l'intérieur du domicile, sortir un article du four à mains nues; allumer une cigarette dans un feu de foyer.*
- Négligence de certaines activités  
*Comprend les risques relatifs au fait de ne pas réaliser certaines tâches et activités, notamment celles relatives à la préparation des aliments et à l'alimentation, aux soins d'hygiène ou à l'entretien des lieux.*

#### **Facteurs de risque relevant de l'interaction environnement-activité**

- Habitudes et comportements non sécuritaires de l'entourage  
*Comprend les risques soulevés par les habitudes et les comportements de certains membres de l'entourage (voisin, colocataire). Exemples : voisins qui ont l'habitude de fumer au lit, colocataire qui cesse de prendre sa médication contre l'avis de son médecin, voisin qui vend des drogues.*
- Accès limité aux équipements requis à la réalisation sécuritaire des activités  
*Comprend les risques associés au fait de ne pas avoir la possibilité d'obtenir le matériel nécessaire à la réalisation sécuritaire de certaines activités, par exemple compte tenu de ressources financières limitées ou encore compte tenu d'une non-admissibilité aux ressources qui permettraient de les obtenir.*

## ANNEXE B

CATÉGORIES DE FACTEURS DE PROTECTION IDENTIFIÉS PAR LES  
PERSONNES CONSULTÉES**Facteurs de protection relevant des caractéristiques de la personne**

- Autonomie fonctionnelle  
*Renvoie à la capacité de la personne de réaliser ses activités quotidiennes dans son environnement.*
  
- Sentiment de sécurité personnelle  
*Renvoie à un état d'esprit qui résulte de l'impression d'être à l'abri du danger et de la confiance en sa capacité à assurer sa propre sécurité face au danger.*
  
- Intégrité et stabilité de l'état mental  
*Renvoie à un état psychologique satisfaisant, notamment sur le plan de l'attention, de la mémoire, du jugement, de la flexibilité mentale et des capacités d'adaptation.*
  
- Intégrité de l'état et de la condition de santé physique
  
- Connaissances et compétences justes et pertinentes par rapport à la gestion des risques  
*Renvoie au fait de posséder les connaissances et les compétences requises pour identifier et réagir adéquatement face à un danger potentiel.*
  
- Attitudes et comportements favorisant la gestion des risques  
*Renvoie aux manières d'être et aux comportements favorisant un contrôle efficace des risques rencontrés à domicile. Exemples : maîtrise de soi, gestion des émotions*

**Facteurs de protection relevant des caractéristiques de l'environnement**

- Accessibilité à des logements de qualité  
*Renvoie à la disponibilité ainsi qu'à l'accessibilité à des logements dont l'aménagement et la qualité des installations sont satisfaisants.*
  
- Aménagement sécuritaire du domicile et qualité des installations  
*Renvoie à un aménagement et à des installations qui sont conformes aux normes de sécurité en vigueur.*

- Environnement calme et paisible  
*Renvoie à un environnement domiciliaire (immeuble, voisinage) exempt d'agitation et de trouble.*
- Accès à un moyen de communication en cas d'urgence

### **Facteurs de protection relevant des caractéristiques de l'environnement**

- Accès à l'aide et au soutien requis  
*Renvoie à la possibilité d'obtenir l'assistance nécessaire (qu'elle soit formelle ou informelle) à la réalisation sécuritaire des tâches, des activités qui prennent place dans le domicile et qui sont nécessaires pour vivre en logement.*
- Accès aux équipements requis  
*Renvoie à la possibilité d'obtenir le matériel (aide technique ou équipement) requis par sa condition pour réaliser de façon sécuritaire les tâches et activités qui prennent place dans le domicile.*
- Animal comme source de protection physique  
*Renvoie à la présence d'un animal qui sait se montrer dissuasif à l'endroit des inconnus, qui surveille et alerte son maître en cas de danger.*
- Collaboration entre les divers acteurs impliqués dans la problématique de sécurité  
*Renvoie à la collaboration entre les divers intervenants et acteurs impliqués de manière à favoriser une action concertée pour assurer ou maintenir la sécurité à domicile.*

### **Facteurs de protection relevant de l'interaction personne-environnement**

- Effet positif de la médication sur la personne  
*Renvoie à l'effet de la médication sur la gestion des symptômes qui accompagnent le trouble de santé mentale et qui peuvent induire une prise de risque.*
- Contrôle de la personne sur l'accès à son logement par d'autres personnes  
*Renvoie aux mesures prises par la personne pour empêcher les individus qui pourraient compromettre sa sécurité d'entrer dans son domicile.*



- Adéquation entre les capacités de la personne et les exigences de son environnement  
*Renvoie à la concordance entre les capacités de la personne et les caractéristiques de l'environnement domiciliaire, notamment en ce qui concerne l'aménagement des lieux et la disponibilité du matériel (équipement ou aide technique) requis pour permettre à la personne de fonctionner de façon sécuritaire dans son logement. Exemple : disposer d'un banc de bain si requis par sa condition physique.*

### **Facteurs de protection relevant de l'interaction personne-activité**

- Capacité à percevoir ou à anticiper le risque  
*Renvoie au fait que la personne est en mesure de reconnaître un danger potentiel et d'en anticiper les conséquences.*
- Capacité à mettre en place des moyens pour gérer les risques  
*Renvoie aux moyens ainsi qu'aux mesures mises en place pour pallier au danger potentiel ainsi que pour éviter ou réduire les conséquences d'un possible incident.*
- Façon sécuritaire de réaliser des activités présentant un potentiel de risque  
*Renvoie aux précautions mises en place pour limiter la probabilité qu'un incident survienne lors de la réalisation d'une activité présentant en elle-même un potentiel de risque. Exemples : utiliser un minuteur pour éviter d'oublier des aliments sur la cuisinière; utilisation adéquate d'objets présentant un potentiel de risque (p.ex., rasoir, couteau); utilisation des outils adéquats pour cuisiner des aliments frits (p.ex., dans une friteuse plutôt que dans une poêle).*

### **Facteurs de protection relevant de l'interaction environnement-activité**

- Animal comme source de mobilisation  
*Renvoie au fait qu'un animal de compagnie peut contribuer à ce qu'une personne se mette en action et maintienne une routine qui lui permet de répondre à ses besoins de base (p.ex., se lever, s'alimenter).*

## ANNEXE C

## CATÉGORIES D'INCIDENTS IDENTIFIÉS PAR LES PERSONNES CONSULTÉES

- Blessure (*accidentelle ou auto-infligée*)  
*Exemples : lésion, ecchymose, brûlure, fracture, entorse...*
- Infection ou maladie physique
- Aggravation de l'état mental/ rechute
- Intoxication / empoisonnement  
*État induit par une exposition à une/plusieurs substances toxiques, telles les drogues, les médicaments, les aliments périmés, les produits chimiques, les moisissures.*
- Coup de chaleur ou hypothermie
- Décès
- Abus, conflit, agression, acte criminel  
*Exemples : menaces, intimidation, agressions physiques, verbales ou sexuelles, invasion de domicile, vol*
- Agression animale  
*Exemples : morsures, griffures*
- Bris/ altération du mobilier, des appareils ou des installations
- Incendie
- Expulsion/ Éviction  
*Obligation de quitter son domicile*

## **Appendice F**

Lettres d'information et formulaire de consentement utilisés dans  
le cadre de l'appréciation de l'acceptabilité clinique de l'outil



## LETTRE D'INFORMATION

---

**Invitation à participer au projet de recherche**  
**« Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave ».**

**Marjorie Désormeaux-Moreau, erg., M.Sc, Ph.D(c)**

**Département de psychologie**

**Doctorat en psychologie (profil recherche)**

**Dirigée par Ginette Aubin, erg., Ph.D.**

**Codirigée par Nadine Larivière, erg., Ph.D.**

Votre participation à cette recherche visant à évaluer la validité apparente (autrement dit l'aspect pratique et utilitaire) de l'outil « *Soutien à l'évaluation contextualisée de la sécurité à domicile et à une réflexion explicitée* » (SÉCuRE) serait grandement appréciée.

### **Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave selon la perspective des personnes présentant un trouble mental, des proches, des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs de la communauté;
2. identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile;
3. évaluer la validité apparente de SÉCuRE.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement le formulaire de consentement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Participants**

Pour participer à cette étude, vous devez :

1. être un professionnel ou un intervenant de la santé ou des services sociaux;
2. travailler auprès d'une clientèle présentant une problématique affectant la santé mentale et vivant à domicile; et
3. maîtriser la langue française.

**Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche concerne le troisième objectif de l'étude, à savoir la validation apparente de SÉCuRE. Pour ce faire, une présentation de l'outil vous sera faite en personne, à la suite de quoi vous serez invité à vous prononcer sur sa pertinence et son exhaustivité, son utilité et sa clarté.

Vous pourrez vous prononcer sur place, lors de la présentation, ou compléter un formulaire interactif en ligne. Ce questionnaire vous sera acheminé par courriel. La durée de cette tâche est estimée à 20 minutes. Si vous l'acceptez, une synthèse des recommandations des experts et une justification des modifications apportées à l'outil vous seront fournies quelques semaines plus tard. Vous pourrez alors vous prononcer quant à ces changements. Vous aurez alors deux semaines pour évaluer l'outil. La durée de cette tâche est estimée à une trentaine de minutes.

La présentation et les échanges qui suivront seront enregistrés sous format numérique de façon à permettre une transcription fidèle du propos des participants.

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 60 minutes pour la présentation de l'outil, 20 minutes pour la complétion du questionnaire en ligne et au besoin 40 minutes pour le tour suivant demeure le seul inconvénient.

**Bénéfices**

La contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les renseignements personnels qui seront recueillis dans le cadre de l'étude (nom et courriel) seront conservés dans un fichier électronique protégé par un mot de passe et enregistré sur une mémoire externe, laquelle sera conservée dans un classeur barré. Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme de *thèse de doctorat*, *d'articles*, et de *communications scientifiques*. Vos renseignements personnels seront tenus confidentiels et votre identité demeurera anonyme, à moins que la loi ou un tribunal ne l'oblige. La loi oblige le chercheur à communiquer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont le suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marjorie Désormeaux-Moreau par courriel ([desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3740.

**Financement et déclaration de conflit d'intérêt**

Ce projet de recherche est financé par les Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S). Les chercheurs ne déclarent toutefois aucun conflit d'intérêt.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-14 a été émis le 2014-03-05.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).



## LETTRÉ D'INFORMATION

---

**Invitation à participer au projet de recherche**  
**« Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave ».**

**Marjorie Désormeaux-Moreau, erg., M.Sc, Ph.D(c)**

**Département de psychologie**

**Doctorat en psychologie (profil recherche)**

**Dirigée par Ginette Aubin, erg., Ph.D.**

**Codirigée par Nadine Larivière, erg., Ph.D.**

Votre participation à cette recherche visant à évaluer la validité apparente (autrement dit l'aspect pratique et utilitaire) de l'outil « *Soutien à l'évaluation contextualisée de la sécurité à domicile et à une réflexion explicitée* » (SÉCuRE) serait grandement appréciée.

### **Objectifs**

Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. décrire et expliquer le phénomène de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental grave selon la perspective des personnes présentant un trouble mental, des proches, des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que des acteurs de la communauté;
2. identifier les aspects à considérer dans l'évaluation de la sécurité à domicile;
3. évaluer la validité apparente de SÉCuRE.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement le formulaire de consentement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.



### **Participants**

Pour participer à cette étude, vous devez :

1. être ergothérapeute;
2. travailler auprès d'une clientèle présentant une problématique affectant la santé mentale et vivant à domicile;
3. se rendre à domicile dans le cadre de sa pratique. Il n'est pas nécessaire que cette pratique prenne exclusivement place dans la communauté : il peut s'agir d'interventions et/ou d'évaluations ponctuelles ou occasionnelles à domicile; et
4. maîtriser la langue française.

### **Tâche**

Votre participation à ce projet de recherche concerne le troisième objectif de l'étude, à savoir la validation apparente de SÉCuRE. Il s'agit pour vous d'assister à une rencontre de groupe où une présentation de l'outil vous sera faite en personne, à la suite de quoi vous serez invité à vous prononcer sur sa pertinence et son exhaustivité, son utilité et sa clarté. La durée de cette rencontre est estimée à entre une heure et demie et deux heures.

Vous pourrez vous prononcer sur place, pendant ou à la suite de la présentation, ou encore compléter un formulaire interactif en ligne. Ce questionnaire vous sera acheminé par courriel. La durée de cette tâche est estimée à moins d'une vingtaine de minutes. Si vous l'acceptez, une synthèse des recommandations des experts et une justification des modifications apportées à l'outil vous seront fournies quelques semaines plus tard. Vous pourrez alors au besoin vous prononcer quant à ces changements (via un questionnaire électronique) . Vous aurez alors deux semaines pour ré-évaluer l'outil. Encore une fois, la durée de cette tâche est estimée à une vingtaine de minutes.

La présentation et les échanges qui suivront seront enregistrés sous format numérique de façon à permettre une transcription fidèle du propos des participants.

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet demeure le seul inconvénient.

### **Bénéfices**

L'accès à l'outil SÉCuRE, de même que la contribution à l'avancement des connaissances et l'amélioration de la qualité de la pratique en lien avec l'évaluation de la sécurité à domicile des personnes aux prises avec un trouble mental sont les seuls bénéfices directs prévus à votre participation. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les renseignements personnels qui seront recueillis dans le cadre de l'étude (nom et courriel) seront conservés dans un fichier électronique protégé par un mot de passe et enregistré sur une mémoire externe, laquelle sera conservée dans un classeur barré. Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront entreposées sous clé et conservées pour une période de cinq (5) ans dans le local 3817 du pavillon de la Santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pendant cette période, les données seront sous la responsabilité de Ginette Aubin, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les résultats de la recherche pourront être diffusés sous forme de *thèse de doctorat*, *d'articles*, et de *communications scientifiques*. Vos renseignements personnels seront tenus confidentiels et votre identité demeurera anonyme, à moins que la loi ou un tribunal ne l'oblige. La loi oblige le chercheur à communiquer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont le suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiables.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Marjorie Désormeaux-Moreau par courriel ([desormma@uqtr.ca](mailto:desormma@uqtr.ca)) ou par téléphone au (819) 376-5011, poste 3740.

**Financement et déclaration de conflit d'intérêt**

Ce projet de recherche est financé par les Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S). Les chercheurs ne déclarent toutefois aucun conflit d'intérêt.

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-199-07-14 a été émis le 2014-03-05.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

### Engagement de la chercheuse

Moi, Marjorie Désormeaux-Moreau, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### Consentement du participant

Je, \_\_\_\_\_ [nom du participant] \_\_\_\_\_, **confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet** « Élaboration d'un outil d'évaluation de la sécurité et de la gestion des risques à domicile pour les personnes présentant un trouble mental grave ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant(e) ou participant	Chercheuse
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Nombre d'années d'expérience :	
Date :	Date :
Courriel :	