

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ  
À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À  
TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

PAR  
RICHARD COULOMBE

ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION DES INTERVENANTES ET  
INTERVENANTS (PSYCHO-ÉDUCATEURS, INFIRMIÈRES) EN REGARD DE  
L'UTILISATION DU PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ EN SANTÉ MENTALE

MARS 1995

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.

## RÉSUMÉ DU RAPPORT DE RECHERCHE

### Problématique

En 1990, l'adoption de la Loi 120, portant sur les services de santé et des services sociaux a engendré des changements majeurs dans l'organisation et le fonctionnement du réseau de la santé mentale au Québec. Cette loi énonce le principe de primauté de la personne en faisant de celle-ci, l'élément central du système.

Résultante de nombreuses commissions d'enquête, cette réforme privilégie l'emploi obligatoire d'outils de planification et de programmation de services. Elle oblige notamment le personnel intervenant en santé mentale à utiliser le plan de services individualisé (P.S.I.) et le plan d'intervention individualisé (P.I.I.) comme moyen d'aide et de soutien envers les différents besoins de l'utilisateur lorsque ce dernier le demande ou que la situation l'exige. En plus de modifier profondément les pratiques professionnelles, la Loi 120 remet en question les attitudes et le rôle du personnel intervenant envers les usagers de ces services.

### Objectif

Conformément à la Loi 120, l'obligation d'utiliser le P.S.I. en santé mentale, a soulevé beaucoup de critiques de la part du personnel intervenant. Face à cette situation, aucune recherche n'a cependant porté sur les besoins de formation des intervenantes et intervenants quant à l'application obligatoire du P.S.I. dans un contexte de santé mentale. L'objectif de la recherche est d'ailleurs relatif à cette mention.

### Méthodologie

Cette recherche, de type enquête, s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire auprès d'intervenantes et d'intervenants ayant à utiliser obligatoirement le P.S.I. en santé mentale.

Le questionnaire utilisé origine de la grille d'analyse développé par l'I.Q.D.M. (voir Hurteau 1988) concernant l'analyse des besoins de formation et de perfectionnement des intervenants travaillant auprès d'une clientèle déficiente intellectuelle. Avec l'autorisation de l'auteure, ce questionnaire fut modifié et adapté au contexte de la santé mentale et par la suite validé par un groupe-expert. Il comporte dix énoncés de type descriptif et 89 énoncés se rapportant à l'intervention répertoriés sous cinq dimensions. Ces cinq dimensions regroupent des aspects de la santé physique et mentale (dimension physique), des aspects émotifs (dimension émotionnelle), des aspects cognitifs (dimension cognitive), des aspects touchant les relations interpersonnelles (dimension sociale) et une dimension générale qui regroupe des aspects touchant plusieurs dimensions à la fois. Ces dimensions permettent de connaître l'importance que le répondant accorde à sa pratique actuelle et celle qu'il souhaite accorder à sa pratique professionnelle, en utilisant, pour se faire, une échelle de type Likert.

Quarante-deux questionnaires furent complétés par des intervenantes et intervenants faisant partie du personnel infirmier et du personnel de rééducation. Les répondants qui ont complété ces questionnaires appartiennent aux milieux des centres d'intégration communautaire de Trois-Rivières et de Shawinigan et des services externes du Centre Hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan. Ces établissements furent choisis en fonction de leur représentativité des services externes (services en institutions) et communautaires (milieux supervisés ou familiaux) qui concourent à l'intégration ou à la réintégration des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

L'analyse des énoncés de type descriptif nous a permis de dresser le portrait-type des répondants. Il s'agit d'intervenantes (52% de l'échantillon) dont l'âge moyen est de 38,1 ans. Elles possèdent une formation secondaire et collégiale dans 94% des cas. Elles font partie du personnel infirmier (82%) et 59% de celles-ci travaillent à temps plein. Les intervenants (48% de l'échantillon) dont l'âge moyen est de 38,8 ans possèdent une formation collégiale et universitaire dans 85% des cas. Ils font partie du personnel de rééducation (70%) et 85% de ceux-ci travaillent à temps plein.

## Conclusion

L'interprétation des résultats de la recherche permet d'identifier neuf besoins prioritaires de formation et quarante-sept besoins à maintenir afin d'assurer la qualité d'intervention. Les dimensions prioritaires sont les dimensions générale, physique et sociale. C'est au niveau du savoir (connaissance) et du savoir-faire (habileté) que se retrouvent les principaux besoins de formation.

D'après les résultats, 38% de l'ensemble des répondants semblent posséder la formation nécessaire pour intervenir et utiliser adéquatement le P.S.I. auprès d'une clientèle de santé mentale. De plus, cette recherche révèle que les intervenantes expriment davantage leurs besoins de formation que ne le font les intervenants en regard de l'application du P.S.I..

Il demeure toutefois clair que la gestion et l'animation des rencontres du plan de services, l'organisation des réseaux d'entraide sont des éléments identifiés comme prioritaires en termes de besoins de formation des intervenantes et intervenants puisqu'ils sont les outils obligatoires d'intervention reconnus par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

## **REMERCIEMENTS**

## REMERCIEMENTS

C'est sous la direction de M. Daniel Boisvert, Ph. D., professeur au département de Génagogie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, que la réalisation de ce mémoire a été rendue possible. La disponibilité, l'expertise et l'encadrement professionnel dont a fait foi M. Boisvert tout au long de ce processus cognitif, lui valent notre respect et des remerciements les plus sincères. Son expertise dans le domaine de la santé mentale a permis la réalisation de cette recherche qui représentait un défi intéressant et des plus exigeants.

Nous tenons spécialement à remercier Mme Marthe Hurteau, d'avoir permis l'utilisation et la modification de la grille d'analyse des besoins de formation. Un outil des plus essentiels puisque nos résultats de recherche découlent de la qualité des réponses obtenues par ce questionnaire.

Nos remerciements vont également à Madame Lucie Gauthier, Directrice des Soins et de la programmation au Centre Hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan et à mesdames Myriam Hayes et Lise Gélinas, Directrices des Centres d'Intégration Communautaire de Trois-Rivières et de Shawinigan, pour leurs participation et appui.

Nous aimerions souligner la collaboration de M. Rémi Coderre, étudiant au Doctorat en Éducation, pour l'aspect informatique de l'analyse statistique (SPSS et Super Anova).

## **TABLE DES MATIÈRES**



## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DU RAPPORT .....	II
REMERCIEMENTS .....	V
TABLE DES MATIÈRES .....	VII
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES OU ILLUSTRATIONS .....	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	XIII
CHAPITRE I      Problématique	
1.1    Situation du problème.....	18
1.2    Identification du problème.....	20
1.3    Importance de la recherche.....	21
1.4    Objectif de recherche.....	22
1.5    Question de recherche.....	22
CHAPITRE II     Cadre de référence	
2.1    Introduction.....	24
2.2    Définition de besoin.....	25
2.3    Définition de besoin formation.....	26
2.4    Définition de l'analyse de besoins.....	27
2.5    Définition du plan de services individualisé.....	28
2.6    Définition de santé mentale.....	29
2.7    Présentation des dimensions utilisées.....	30
2.7.1    Dimension physique.....	31
2.7.2    Dimension émotionnelle.....	33
2.7.3    Dimension cognitive.....	36
2.7.4    Dimension sociale.....	38
2.7.5    Dimension générale.....	40
2.8    Utilisation des savoirs.....	42
2.8.1    Définition de savoir.....	42
2.8.2    Définition de savoir-faire.....	43
2.8.3    Définition de savoir-être.....	44

## CHAPITRE III Méthodologie

3.1	Introduction.....	46
3.2	Type de recherche.....	46
3.3	Instrument.....	47
3.4	Validation du questionnaire et procédures.....	48
3.5	Échantillon.....	49
3.6	Collecte de données.....	49
3.7	Traitement et analyse des résultats.....	50

## CHAPITRE IV Présentation des données et analyse des résultats

4.1	Présentation et analyse des énoncés de type descriptifs.....	53
4.1.1	Sexe du personnel intervenant.....	53
4.1.2	Âge du personnel intervenant.....	54
4.1.3	Scolarité du personnel intervenant.....	54
4.1.4	Perfectionnement en cours d'emploi.....	55
4.1.5	Profession occupée.....	56
4.1.6	Répartition du temps de travail.....	57
4.1.7	Années d'expérience de travail.....	57
4.1.8	Milieu de travail.....	60
4.1.9	Types de clientèle.....	61
4.2	Âge de la clientèle.....	62
4.3	Portrait type du personnel intervenant.....	63
4.4	Présentation des résultats à l'aide de tableaux et figures.....	64
4.5	Traitement statistique des données.....	65
4.5.1	Analyse des résultats selon les différentes dimensions et savoirs.....	65
4.5.2	Dimension physique (savoir).....	66
4.5.3	Dimension physique (savoir-faire).....	69
4.5.4	Dimension physique (savoir-être).....	72
4.5.5	Résumé de la dimension physique.....	74
4.6.1	Dimension émotionnelle (savoir).....	76
4.6.2	Dimension émotionnelle (savoir-faire).....	78
4.6.3	Dimension émotionnelle (savoir-être).....	80
4.6.4	Résumé de la dimension émotionnelle.....	82
4.7.1	Dimension cognitive (savoir).....	84

4.7.2	Dimension cognitive (savoir-faire).....	86
4.7.3	Dimension cognitive (savoir-être).....	88
4.7.4	Résumé de la dimension cognitive.....	90
4.8.1	Dimension sociale (savoir).....	92
4.8.2	Dimension sociale (savoir-faire).....	94
4.8.3	Dimension sociale (savoir-être).....	97
4.8.4	Résumé de la dimension sociale.....	99
4.9.1	Dimension générale.....	101
4.9.2	Résumé de la dimension générale.....	103
4.10	Résumé du chapitre.....	104

## CHAPITRE V Conclusion

5.1	Conclusion et résumé.....	105
5.2	Les grandes conclusions de la recherche.....	108
5.3	Les limites de la recherche.....	113

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques.....	114
----------------------------------	-----

## APPENDICE

1	Lettre adressée à Mme Marthe Hurteau en vue d'obtenir le droit d'utilisation et de modification de la grille d'analyse élaborée pour la déficience intellectuelle.....	125
2	Lettre de Mme Hurteau autorisant l'utilisation et la modification du questionnaire.....	127
3	Lettres adressées à Mmes Lucie Gauthier, Lise Gélinas et Myriam Hayes en vue de la passation du questionnaire et de leur participation au comité de validation du questionnaire modifié pour le contexte de la santé mentale.....	129
4	Le questionnaire modifié et adapté au contexte de la santé mentale.....	133

## **LISTES DE TABLEAUX ET FIGURES**

## LISTES DE TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1: Répartition des intervenantes et intervenants selon la profession et le sexe

Tableau 2: Moyennes obtenues à la dimension physique (savoir)

Tableau 3: Moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-faire)

Tableau 4: Moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-être)

Tableau 5: Moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir)

Tableau 6: Moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-faire)

Tableau 7: Moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-être)

Tableau 8: Moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir)

Tableau 9: Moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-faire)

Tableau 10: Moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-être)

Tableau 11: Moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir)

Tableau 12: Moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-faire)

Tableau 13: Moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-être)

Tableau 14: Moyennes obtenues à la dimension générale

Figures:

Figure 1: Sclolarité des intervenantes et intervenants

Figure 2: Répartition du temps de travail

Figure 3: Années d'expérience de travail

Figure 4: Autres fonctions relatives à la santé mentale

Figure 5: Autres expériences de travail rémunérées

Figure 6: Milieu de travail (institution)

Figure 7: Âge de la clientèle

Figure 8: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension physique (savoir)

Figure 9: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-faire)

Figure 10: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-être)

Figure 11: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir)

Figure 12: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-faire)

Figure 13: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-être)

Figure 14: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir)

- Figure 15: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-faire)
- Figure 16: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-être)
- Figure 17: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir)
- Figure 18: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-faire)
- Figure 19: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-être)
- Figure 20: Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension générale

## **LISTES DES ABRÉVIATIONS**



## LISTES DES ABRÉVIATIONS

A.V.Q.	:	Activités de la vie quotidienne
B.I.T.	:	Bureau International du Travail
C.I.C.	:	Centre d'intervention Communautaire
C.L.S.C.	:	Centre Local de Services Communautaires
I.Q.D.M.	:	Institut Québécois de la déficience mentale
M.S.S.S.	:	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
O.M.S.	:	Organisation Mondiale de la santé
P.I.I.	:	Plan d'intervention individualisé
P.S.I.	:	Plan de services individualisé
SPSS	:	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Test-t	:	Test-t de Student

## **CHAPITRE I**

### **PROBLÉMATIQUE**

## CHAPITRE I

### Problématique

#### 1.1 Situation du problème

Le début des années 1980 marque la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne ayant des problèmes de santé mentale. Cet état de fait provoquera des changements importants dans la qualité et l'approche des services auprès de cette clientèle. Des concepts, comme la normalisation et la valorisation des rôles sociaux, font leur apparition dans la pratique. En effet, Wolfensberger (1984) propose le concept charnière de ces droits, soit le principe de normalisation. Ce principe se définit comme étant la valorisation des rôles sociaux chez la personne ayant un handicap ou une incapacité biopsychosociale fonctionnelle. Dans le contexte de la santé mentale, la valorisation des rôles sociaux implique que la personne puisse vivre dans un milieu de vie socialement naturel aussi culturellement valorisé que possible.

La précarité de la situation économique au Québec prévalant à cette période et la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne ont obligé le gouvernement à rationaliser et à redéfinir bon nombre de programmes sociosanitaires. Par surcroît, la désinstitutionnalisation déjà amorcée auprès de cette clientèle se heurte à la non-réceptivité du milieu principalement due à l'insuffisance de ressources et de programmes adaptés et ce, malgré le nombre important d'intervenants dans le réseau de la santé et des services sociaux (Politique de santé mentale, MSSS 1989).

Plusieurs commissions d'enquête furent chargées d'évaluer le fonctionnement et le financement du système de santé québécois. De la commission Rochon (1985) au comité Harnois (1987), s'enchaînent des rapports à partir desquels émaneront des orientations précises et des mécanismes concrets de planification et de programmation des services qui serviront de base à la politique provinciale en santé mentale. Voici les orientations et les mécanismes de planification et de programmation de services proposés pour la politique en santé mentale.

<u>Orientations proposées</u>	<u>Mécanismes proposés</u>
1-Assurer la primauté de la personne et le respect de ses droits	1.1- Plan de services individualisé 1.2- Promotion, respect et protection des droits 1.3- Informer
2 -Accroître la qualité des services	2.1- Formation de base et continue 2.2- Recherche 2.3- Évaluation
3 -Favoriser l'équité	3.1- Gamme de services 3.2- Accessibilité aux services 3.3- Complémentarité des services 3.4- Allocation des ressources
4 -Rechercher des solutions dans le milieu de vie des personnes	4.1- Organismes communautaires 4.2- Désinstitutionnalisation
5 -Consolider le partenariat	5.1- Plan régional d'organisation de services 5.2- Gestion régionale 5.3- Participation gouvernementale

Suite à ces orientations et mécanismes proposés par les Commissions, le gouvernement provincial adopta, en septembre 1990, la Loi 120. Celle-ci propose une réforme complète des services de santé et des services sociaux en ayant comme ligne directrice deux objectifs principaux. Ces objectifs sont de favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population et de permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée, ou qui risque de voir son équilibre psychique compromis, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation (Politique de santé mentale 1989).

La réalisation des objectifs de la Loi 120, exige, de la part du milieu d'intervention, la mise en place de nouvelles infrastructures, l'élaboration d'approches thérapeutiques spécifiques et l'application de services diversifiés adaptés aux besoins identifiés chez la personne. De plus, cette loi oblige l'emploi d'outils privilégiés tels que le P.S.I. dans le but d'assurer à la clientèle une continuité de soins de qualité.

## 1.2 Identification du problème

Comme le font remarquer Rocheleau et Hagan (1993) l'apparition de ces transformations amènent certaines difficultés observables au niveau des interventions de nature psychosociale. Ces auteurs parlent alors de «zone grise» pour désigner les secteurs les plus touchés par cette réforme. Comme le soulignent Cohen et DeGraaf (1982), Harvey (1988) et Rothery et Cameron (1990), le contexte de désinstitutionnalisation demande une concertation des actions individuelles de la part des divers intervenants en un plan commun d'action. Il semble que l'emploi rendu obligatoire du P.S.I., pour assurer la continuité des soins et des services chez les personnes connaissant des problèmes de santé mentale, vient modifier les attitudes et les rôles des intervenants envers les usagers de ces services. Et pour cause. Car comme il sera défini dans le chapitre suivant, le P.S.I. est un outil de planification et de coordination de l'ensemble des services et ressources disponibles qui visent à offrir de meilleures conditions de vie à des clientèles à risque. Or, comme le mentionnent Blanchet et al. (1993), la vaste majorité des intervenants en santé mentale, qu'ils soient des professionnels ou non, n'ont pas de formation spécialisée en prévention et en promotion de la santé. De fait, comme le font remarquer Martin (1990) et Blanchet et al. (1993), le P.S.I. exige: 1) que les intervenants participent à l'ensemble des étapes d'élaboration de l'intervention, 2) assument des tâches précises correspondant à leurs capacités, 3) acceptent de se soumettre à l'encadrement, aux échanges entre intervenants ou au processus de formation nécessaire et, 4) qu'ils fassent preuve d'autonomie, tout en étant capable d'échanger et de reconnaître les apports des autres membres de l'équipe multidisciplinaire. À la suite de ces constatations, Martin (1990) souligne qu'indépendamment du type d'intervenants, le défi est le même et qu'il faut développer les connaissances et les habiletés nécessaires pour assurer l'efficacité de l'intervention.

Par ailleurs, d'autres chercheurs ont observé des difficultés importantes liées à l'application du P.S.I. par les intervenants. Entre autres, Lareau (1992) note que les intervenants voient le P.S.I. comme une corvée et un surplus de travail. Comme le mentionnent Tessier et Clément (1992), il existe des écarts majeurs

dans la façon dont les intervenants évaluent les besoins des clients. De fait, certains intervenants ne se concentrent pas assez sur les informations diagnostiques, alors que d'autres vont même jusqu'à utiliser les codes diagnostiques comme critères d'admissibilité à certains programmes d'aide. À ce sujet, Bellack et al.(1989) ajoutent que l'âge, le diagnostic et l'implication sociale des clients influenceraient la décision prise par l'intervenant d'orienter ou non le client vers des programmes spécialisés[...]. C'est le cas des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, où une mauvaise évaluation des besoins de santé de la part du personnel intervenant entraîne un choix plus ou moins éclairés des professionnels requis à cet effet.

À la lumière de toutes ces considérations, il semble évident que l'application du P.S.I. rendue obligatoire par la réforme en santé mentale fait partie de la nouvelle réalité. L'emploi de cet outil demande de la part du personnel intervenant, des modifications dans leur intervention auprès des personnes connaissant des problèmes de santé mentale.

### 1.3 Importance de la recherche

Dans un contexte de désinstitutionnalisation où les besoins de la clientèle servent de base à toutes interventions, nous avons démontré que les intervenants doivent adapter leurs approches et leurs stratégies de planification. Le plan de services individualisé joue, selon Corrigan et Kayton-Weinberg (1993), un rôle central dans la coordination des différents services et assure la qualité et la continuité des soins prodigués. Pour leur part, Harris et Bergman (1988) mentionnent que le P.S.I. est un "phénomène interactionnel" dans lequel la relation patient-intervenant est l'ingrédient essentiel. Cependant, comme le phénomène des résistances au changement est un fait accompli, nous croyons que notre recherche est tout indiquée afin de permettre aux intervenants concernés de mieux identifier leurs besoins propres.

#### 1.4 Objectif de la recherche

L'objectif principal de la recherche est d'identifier les besoins de formation et d'informations des intervenants (psycho-éducateur, infirmière) en regard de l'utilisation du P.S.I. en santé mentale. Des objectifs secondaires seront aussi poursuivis dans le cadre de cette recherche. D'une façon plus spécifique, il s'agit:

- 1- d'identifier les écarts entre les connaissances actuelles et celles que les intervenantes et intervenants devraient posséder;
- 2- d'identifier et d'évaluer les connaissances, habiletés et attitudes du personnel intervenant en santé mentale qui ont ou auront à organiser et à appliquer le plan de services individualisé;
- 3- d'identifier les priorités de formation à partir des plus grands écarts entre la situation actuelle et ce qu'elle devrait être;
- 4- d'identifier quelles sont les sphères d'intervention les plus problématiques.

#### 1.5 Question de recherche

Cette recherche se retrouve donc liée à la question suivante: Quels sont les besoins de formation des intervenants (psycho-éducateur, infirmière) en regard de l'application du plan de services individualisé auprès de la clientèle en santé mentale?

## **CHAPITRE II**

### **CADRE DE RÉFÉRENCE**



## CHAPITRE II

### Cadre de référence

#### 2.1 Introduction

Afin de permettre une connaissance plus étayée de la problématique, nous présentons dans ce deuxième chapitre, une recension des écrits pertinents relatifs à l'objet de recherche. La revue de la littérature scientifique a permis d'identifier les concepts charnières qui viennent appuyer la problématique. Pour se faire, plusieurs banques de données informatisées entre autres, *Psyclit*, *Éric et Badadug* ont été consultées. De plus, des revues et des périodiques scientifiques ont fait l'objet d'un dépouillement exhaustif de notre part. Ce sont: *Community Mental Health Journal*, *American Journal of Psychiatry and Psychology*, *American Journal of Orthopsychiatry*, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *Hospital and Community Psychiatry*, *American Psychiatric Association*, *Schizophrenia Bulletin*, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *Santé Mentale au Québec*, *Santé Mentale au Canada*.

Également, une attention particulière a été portée aux thèses et mémoires relatifs à l'objet de recherche ainsi qu'aux documents du Ministère de la Santé et des Services Sociaux en matière de santé mentale. Cette démarche permet d'identifier et de définir les concepts élaborés dans ce chapitre.

Ce chapitre se divise en trois principales parties. Premièrement, les concepts clés qui composent la question de recherche ont été définis. Ce sont les concepts de besoin, de besoin de formation, d'analyse de besoins, de plan de services individualisé et de santé mental. Quelques auteurs proposent des classifications de besoins de formation. Hurteau (1988) se démarque en proposant de tenir compte à la fois des dimensions abordées dans l'intervention des intervenantes et intervenants et des trois catégories

de savoirs. Cette catégorisation a servi à classer les écrits des auteurs traitant des besoins. Aussi avons-nous choisi d'emprunter la démarche de Hurteau (1988) basée sur l'approche critériée de Nadeau (1984: voir Hurteau 1988), mais également sur la conception qu'ont Slater et Bunyard (1983) de l'analyse de besoins de formation dans un contexte de santé mentale. Cette démarche pose bien la dynamique actuelle en santé mentale car elle reprend, sous cinq dimensions, les trois axes (biologique, psychodéveloppemental et contextuel) définis par le ministère et avec lesquels le personnel intervenant utilisant le P.S.I. doit composer.

Nous avons également préféré pour la cohérence de notre exposé, présenté de façon distincte, en deuxième partie, chacune des dimensions utilisées. Ces cinq dimensions font partie intégrante du questionnaire et sont de plus, sous-divisés par une typologie de trois savoirs qui sont le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Ce chapitre se termine par une brève description de chacun de ces savoirs.

## 2.2 Définition de besoin

Tyler (1950) fut le premier à prêter au concept de besoin la notion d'écart entre la situation actuelle et une situation désirée ou souhaitée; i.e. un écart entre ce qui est et ce qui devrait être pour la personne. En effet, cette définition associe au besoin, le concept de carence, soit l'absence ou l'insuffisance de ressources disponibles que l'individu seul ou avec d'autres ne peut combler par lui-même. Une connotation particulière fut apportée au terme besoin par Kaufman (1972) qui le définit comme étant l'état d'un organisme auquel il manque certaines conditions nécessaires à sa survie ou à son développement. Pour lui, le besoin signifie un écart entre un standard et la réalité. Mayer et Ouellet (1991) mentionnent que le besoin correspond à un manque, un écart, une différence et parfois à un problème. D'autre part, Tousignant et Egide (1992) soulignent que le besoin est associé à une notion de devoir, à une obligation, à un état de soi qui se

définit en fonction d'une finalité posée en termes absolus et jugée désirable et déterminée par une autorité quelconque.

Par ailleurs, Rolland et Barker (1987) définissent le besoin en termes d'intérêts, de désirs ou de préférences tels que perçus, ressentis ou exprimés par l'individu. Cette définition, faisant davantage référence à une approche de type humaniste, parle de dispositions de la personne à tendre vers un épanouissement. Brien (1994) parle de force généralement naturelle et inconsciente qui pousse un être humain vers ce qui est indispensable ou utile à son existence, à sa conservation ou à son développement.

C'est tout de même la notion d'écart telle que conçue par Pineault et Daveluy (1986) qui nous a inspiré pour ce mémoire. En effet, ces auteurs confèrent au mot besoin, ce qui est requis pour remédier au problème identifié. La mesure du besoin s'effectue en estimant l'écart par rapport à la norme. En fait, plus l'écart à la norme est grand, plus le besoin est important. Liée au concept d'éloignement par rapport à la norme, cette définition fait référence à la moyenne, à ce qui est conforme à la majorité des cas, soit à la notion abstraite de ce qui devrait être.

### 2.3 Définition de besoin de formation

L'utilisation rendu obligatoire par la Loi 120 du P.S.I. dans le contexte de la santé mentale implique une connaissance appropriée de cet outil. Selon Rapp et Hansen (1988) et Tessier (1992), les besoins créés par la désinstitutionnalisation et l'emploi du P.S.I. requièrent des professionnels bien formés qui sont en mesure d'évaluer concrètement les besoins d'intervention et d'exécution des services requis de façon responsable et appropriée.

Le Bureau International du Travail (1991) définit le besoin de formation comme étant la représentation d'un ensemble de demandes et de priorités

nationales ou individuelles, dans un ou plusieurs secteurs, en matière de formation professionnelle, déterminées dans une large mesure par le marché de l'emploi. Pour Brisebois et Grandchamps-Tupula (1990), il s'agit de la formation nécessaire pour résoudre un problème posé, individuel ou professionnel.

#### 2.4 Définition de l'analyse de besoins

Selon Kaufman (1972), l'analyse des besoins consiste en une démarche permettant d'identifier les écarts entre les résultats d'évaluation de la situation actuelle et de la situation désirée ou souhaitée afin de permettre l'identification des besoins prioritaires.

Pour Munger (1983), l'analyse des besoins de formation est un processus qui précède toute démarche de formation, afin d'orienter les programmes en corrélation avec les besoins de l'entreprise. Selon le B.I.T. (1991), il s'agit de l'évaluation de l'activité et des perspectives économiques d'une entreprise ou d'une société et des besoins de personnels correspondant afin de déterminer le champ des activités requises en matière de formation, de perfectionnement et de formation de reconversion.

Dans un contexte de recherche sociale, Plante (1983) mentionne que l'analyse des besoins consiste à étudier et à examiner les besoins préalablement identifiés en tenant compte des contraintes existantes en vue de prendre des décisions. De plus, Hutchinson et Lord (1979) basent l'analyse des besoins de la personne sur les différences de développement de celle-ci, selon qu'elle requiert ou non un programme de formation adapté aux besoins sociaux, culturels, personnels et relatif aux loisirs.

Selon Slater et Bunyard (1983), pour le contexte de la santé mentale, l'analyse des besoins de formation des intervenants doit permettre le diagnostic des connaissances manquantes selon les cinq champs distincts que sont la valorisation des rôles sociaux, l'intégration sociale, les

ressources communautaires, le développement des stratégies d'intervention, l'action sociale.

## 2.5 Définition du plan de services individualisé

Le concept de plan de services individualisé est répertorié au sein des descripteurs sous les vocables de plan de services, plan de services individualisé, *plan of services* et *case management*.

Rubin (1987) définit le P.S.I. comme étant une approche de distribution de services qui vise à faire en sorte que les clients, aux prises avec des problèmes multiples et complexes, reçoivent tous les services dont ils requièrent, de façon appropriée et au moment opportun. Pour Boisvert (1990) et Cloutier, Pelletier et Boudreault (1989), le P.S.I. est un moyen de planification et de coordination des services fort utile à la réalisation de l'autonomie et de l'intégration sociale d'une personne requérant de multiples services. Dans le même ordre d'idée, MSSS (1990) définit le P.S.I. comme étant un moyen de planification et de coordination de l'ensemble des services et des ressources avec lesquels la personne entre en contact. Pour le Groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse (1991) le P.S.I. constitue une démarche concertée dans la coordination des interventions et de la participation active de la personne ou de son représentant dans la planification et la prestation des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration tout en assurant sa protection.

Selon Labrecque et Marceau (1987), le P.S.I. est un plan d'action, une stratégie de planification et de mise en application des mesures qui visent à offrir de meilleures conditions de vie à des clientèles à risques. Harris et Bergman (1988) le décrivent comme étant un phénomène interactionnel puisqu'ils perçoivent la relation patient-intervenant comme étant l'ingrédient essentiel du P.S.I.. Pour Corrigan et Kayton Weiberg (1992) le P.S.I. joue un

rôle central dans la coordination des différents services et assure la qualité et la continuité des soins prodigués.

## 2.6 Définition de santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladies et d'infirmités. Le dictionnaire Robert (1992) parle d'équilibre et d'harmonie de la vie psychique. Legendre (1992) mentionne que le concept de santé mentale représente un état d'équilibre et d'adaptation d'une personne avec son environnement interne et externe. Le MSSS (1989) mentionne pour sa part qu'il est difficile de donner une définition qui tienne compte à la fois des critères spécifiques de l'individu et de la globalité de la santé mentale d'une population. Le Ministère (1989) dira plutôt que la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel).

Or, dans la Loi 120 de 1990, le Ministère de la Santé regroupe ces aspects sous trois axes précis avec lesquels les intervenantes et intervenants utilisant le P.S.I. devront obligatoirement composer. Un axe biologique qui a trait aux composantes génétiques et physiologiques, un axe "psychodéveloppemental" qui met l'accent sur les aspects affectif-cognitif-relationnel et un axe contextuel qui fait référence à l'insertion de l'individu dans un environnement et à ses relations avec son milieu.

La recension des écrits, le concept de santé mentale englobe des éléments relatifs aux émotions, aux connaissances, aux relations interpersonnelles, à l'aspect biopsychologique de la personne. Comme nous l'avons mentionné à maintes reprises, ces considérations apportent des modifications importantes aux pratiques professionnelles. Concrètement, les intervenants

ont, 1) à clarifier leurs mandats respectifs, 2) à mieux répartir les tâches, 3) à structurer l'action et, 4) à donner un caractère plus officiel et plus systématique à la démarche du praticien (Turcotte, 1993). À ce sujet, Wilson (1983) mentionne que, pour une utilisation efficace du PSI, il est impératif d'inclure à la formation des intervenants, des techniques d'évaluation systémique du client, de communication et d'identification des problèmes. Et comme le fait remarquer Kaufman (1983), cette formation est présente pour permettre à l'intervenant d'être en mesure d'identifier, de reconnaître et d'apporter une intervention adaptée.

Fox et Chamberlain (1988) soulignent que la formation des intervenants en santé mentale doit s'appuyer sur l'importance primordiale dans des domaines aussi différents que la santé physique, les activités de vie quotidienne, la médication, le traitement psychiatrique, les relations interpersonnelles, le comportement, l'environnement physique et social et la condition de vie.

## 2.7 Présentation des dimensions utilisées

Pour chacune des dimensions, nous retrouvons une recension des écrits dont la particularité est d'abord de décrire ce qui la compose, les difficultés rencontrées dans l'accomplissement de celle-ci et les observations des chercheurs.

Chacune des dimensions se termine par un bref résumé et les principaux thèmes sur lesquels, selon les auteurs consultés, il faudra porter une attention particulière lors de l'analyse. L'emploi de ces dimensions fut utilisé pour regrouper les composantes physique, cognitive, émotionnelle, sociale et générale qui permettront après l'analyse statistique de catégoriser à priori le ou les besoins de formation du personnel intervenant travaillant en santé mentale et ayant à utiliser le PSI.

### 2.7.1. Dimension physique

La dimension physique regroupe tous les aspects, tant physiques que mentaux de la personne, qui ont été identifiés comme importants pour l'intervention en santé mentale.

Pour assurer la qualité d'intervention, Mercier (1993) rapporte que la qualité de l'environnement physique, matériel et organisationnel d'un service et la qualité de vie des intervenants au travail sont des composantes directes qui agissent sur la qualité de vie des usagers. Comme le rapportent Cyr et al. (1993), le développement des aspects physiques et mentaux chez la personne ayant des problèmes de santé mentale serait lié à la qualité de l'intervention et au processus d'acquisition des connaissances. Lecomte (1991) mentionne que les personnes ayant des problèmes sérieux et persistants de santé mentale disposent de peu de moyens et surtout de peu de contrôle de l'environnement, d'où l'importance de la qualité de l'intervention.

Les recherches portant sur l'évaluation des habitudes de vie autonome chez les personnes psychotiques de Cyr et al. (1993) permettent de constater qu'il faut noter la faible performance au plan des habiletés de vie (hygiène personnelle, apparence, tenue vestimentaire, santé, gestion des finances, loisirs) des personnes résidentes ou ayant résidé dans des hôpitaux de longue durée. Ces auteurs suggèrent aussi l'utilisation de programmes spécifiques pour permettre l'acquisition de telles habiletés qui devraient être bénéfiques pour ces sujets.

Les recherches menées par Anthony et al. (1993), relativement à l'emploi et à la qualification des intervenants utilisant le PSI, ont permis d'identifier certaines composantes précises. En effet, ils ont démontré, l'importance des services parallèles comme l'aide à domicile, des services de consultation et de prévention de crise, que les intervenants seuls ne peuvent combler.



Du côté du personnel intervenant, le personnel infirmier et de psycho-éducation, les écrits ont permis de connaître sur quoi devrait porter leur formation et sur quoi ces intervenants devraient mettre l'emphase afin d'améliorer leur intervention. Mentionnons entre autres, les recherches de Fox et Chamberlain (1988) démontrant que la formation des intervenants travaillant en santé mentale, plus précisément en soins infirmiers, doit être principalement basée sur l'importance qu'ils doivent accorder à la santé physique du client, ses activités de la vie quotidienne, la psychopharmacologie, les traitements médicaux, ses relations avec les autres, son environnement physique, social et sa condition de vie. Pour se faire, le personnel infirmier en santé mentale doit mettre davantage l'emphase sur l'adaptation par le client de ses activités quotidiennes et sur l'intégration par le client des informations relatives à son état physique, son comportement, son statut social, afin de permettre l'identification de besoins dans la promotion de services tant chez le client que pour sa famille. Enfin, comme le mentionnent Fox et Chamberlain (1988):

*The professional psychiatric nurse is particularly concerned with the above factors as they affect and are reflected in the client's perceptions and satisfaction with his status, his behaviors, and his relationships on a daily basis. Assessment of, intervention with, and evaluation of evaluation of the patient's daily patterns of eating, sleeping, exercising, socializing, thinking, working, relaxing, and the effects of the preceding factors on these is the responsibility of the professional psychiatric nurses (p.297).*

Du point de vue de la psycho-éducation, les recherches ont démontré que l'intervention a permis d'éviter une possible rechute chez le client aux prises avec des problèmes de santé mentale (Lefley, 1988). Comme le rapportent Rabin et Nardi (1991), l'approche utilisée en psycho-éducation permet aux familles de faire l'acquisition de connaissances reliées au domaine de la maladie mentale et de ses manifestations.

Les écrits concernant la dimension physique démontrent l'importance et la nécessité de la formation du personnel intervenant en santé mentale ayant à utiliser le P.S.I. Que ce soit pour l'identification précise d'un besoin ou d'une intervention adaptée, il est impératif et prioritaire, de connaître les besoins de formation du personnel intervenant, afin d'axer la formation en fonction qu'ils soient en mesure d'identifier, de mesurer et d'intervenir de façon la plus adaptée possible relativement aux besoins de la personne.

En résumé, la dimension physique est une catégorisation qualitative qui regroupe tous les aspects tant physique que mental de la personne ayant des problèmes de santé mentale. La littérature scientifique relativement à cette dimension touche notamment: les habiletés de vie (hygiène personnelle, apparence, tenue vestimentaire, santé, gestion des finances et loisirs). Les énoncés importants de la dimension physique sont donc reliés aux habiletés de vie (hygiène personnelle, l'apparence, etc.), aux activités de vie quotidiennes et à la médication, le traitement et les relations interpersonnelles.

#### 2.7.2. Dimension émotionnelle

La dimension émotionnelle regroupe l'ensemble des aspects relationnels de la personne, soit: la communication, la conversation, le langage, les relations interpersonnelles (avec l'entourage et la famille), les éléments psycho-affectifs, la sexualité, etc.

Comme la désinstitutionnalisation et les interventions communautaires créent des besoins particuliers requérant des professionnels bien entraînés, il est primordial, comme nous le soulignent Rapp et Hanson (1988), qu'ils puissent évaluer le type d'interventions nécessaires et les services s'y rapportant. L'emploi obligatoire du P.S.I. en santé mentale crée, chez les intervenants,

certains besoins. Solomon et Draine (1994) mentionnent que les utilisateurs du P.S.I. ont besoin en somme, de pourvoir aux besoins de la famille au niveau du traitement pharmacologique, de connaître des stratégies de motivation, des conseils pratiques et du support émotionnel.

Le résultat des recherches de Rosenhan (1973) au niveau émotionnel démontre que l'hospitalisation psychiatrique constitue, pour la personne ayant des problèmes de santé mentale, une expérience négative, démoralisante et déshumanisante. Harris et al. (1986) ont constaté que les facteurs environnementaux comme des conditions de vie stressantes, le manque ou le peu de ressources communautaires et de support social contribuent à la réhospitalisation de la personne. Les recherches de Lin et al. (1985), démontrent un nombre plus important de dépression chez les personnes vivant des situations stressantes qui ont peu de support social que chez la personne vivant les mêmes situations stressantes mais avec un réseau interpersonnel important. Les relations interpersonnelles agissent donc souvent, selon ces auteurs, comme un système-tampon, modérateur de tensions chez la personne.

Du côté de la famille, Francell et al. (1988) font remarquer que les membres de celle-ci sont souvent épuisés, éprouvant de la frustration, de l'agressivité et que leurs comportements de révolte et d'impuissance face à la maladie mentale sont attribués en grande partie à l'incompréhension de la maladie et des troubles de comportements s'y rattachant. Cette situation est relative, selon Lamb (1980), à un manque d'intégration supervisée lorsque la personne retourne dans la communauté. Comme le soulignent Turner et Tenboor (1978), le support social entre dans une part importante afin d'assurer le maintien de la personne dans la communauté. La communication entre les membres de la famille, les amis et autres éléments du réseau interpersonnel du client est essentielle dans l'efficacité du traitement et dans l'application du plan de services

comme le rapportent Cutler et Madore (1980). Hanson et Rapp (1992) abondent dans le même sens. Pour eux, la famille n'est pas seulement un actant passif, mais une source primaire dans la gestion d'un processus d'intervention.

Comme le souligne Gartner (1984), les bénéfices encourus par l'emploi du support émotionnel, la réduction de l'isolement, l'aide fourni par le parrainage constituent des avantages importants du réseau interpersonnel. Cette structuration et organisation des services permettront, comme le mentionnent Bigelow et al. (1991), aux clients qui reçoivent de façon continue de services communautaires, d'être plus stables, de prendre plus régulièrement leurs médicaments et d'être plus engagés dans des activités de toutes sortes.

En résumé, la dimension émotionnelle regroupe l'ensemble des aspects relationnels tels que: la communication, la conversation, le langage, les relations avec les pairs, etc. Les résultats de recherches démontrent que le manque de ressources communautaires et de support social ont été relevés à maintes reprises dans cette dimension (Harris et al., 1986). L'efficacité de l'intervention repose, selon Lin et al. (1985), sur l'importance des relations interpersonnelles, la communication entre les membres de la famille et les amis. Gartner (1984), Levine et al. (1993) soulignent également l'importance du support émotionnel, la réduction de l'isolement et l'aide fournie par le parrainage.

Les énoncés importants de la dimension émotionnelle sont: les relations interpersonnelles (parrainage), le réseau de communication familiale et autres, ainsi que le support émotionnel et affectif et la réduction de l'isolement.

### 2.7.3 Dimension cognitive

La dimension cognitive correspond notamment à l'ensemble des éléments liés aux connaissances intellectuelles et académiques, telles que les soins personnels, la tenue vestimentaire, l'autonomie résidentielle (entretien, cuisine, alimentation, budget), l'autonomie au travail (techniques et horaire, outils, gabarits, etc.) et les notions académiques (écriture, lecture, etc.).

Comme le font remarquer Werrback et DePoy (1993), la désinstitutionnalisation et le manque de ressources nécessaires en santé mentale ont créé des besoins spécifiques qui donnèrent lieu à des changements majeurs au sein du système de services. Selon Rapp et Hanson (1988), ces changements requièrent, que les professionnels-intervenants soient bien entraînés et formés afin d'être en mesure d'évaluer et d'identifier les besoins prioritaires d'interventions, les outils à utiliser et les services appropriés nécessaires à la personne.

Martin (1990) note, entre autres, un manque de connaissances par rapport aux stratégies de traitement de la population. Comme le souligne Bloom (1990), ce problème provient d'une incompréhension des besoins du client. Il ajoute même que le personnel intervenant en santé mentale a tendance à sous-estimer la portée de leur action auprès du client.

Comme le rapportent Belcher et Honeycutt (1991), au sujet de la cognition, tous les secteurs d'intervention ont l'opportunité de bénéficier des connaissances des recherches et qu'ils peuvent utiliser cette connaissance pour augmenter, modifier et améliorer les services offerts. Pour ce qui est des intervenants qui développent des programmes d'aide, Tausing et al. (1992) mentionnent, entre autres, qu'ils doivent, pour se faire avoir nécessairement une "*wider range of informal resources*".

Martin (1990) mentionne qu'indépendamment du type d'intervenants, le défi est le même et qu'il faut développer les connaissances et les habiletés nécessaires au déploiement de l'intervention.

Fox et Chamberlain (1988) mentionnent que tous les professionnels doivent être bien informés sur les interventions thérapeutiques à offrir avec chaque personne, les familles de celle-ci, les communautés, les autres groupes (gang). De plus, ils doivent être en mesure de faire distinctement la différence entre le travail de collaboration avec la famille, les autres intervenants (interventions) et les thérapies familiales. D'ailleurs, Gantt et al. (1989) soulignent que la famille a une part "incommensurable" à jouer dans le traitement et le bon rétablissement de la personne ayant des problèmes de santé mentale.

Comme le mentionnent Weinberg et Marlow (1983), sans une relation appropriée (respect entre l'intervenant et le client), le client devient dépendant des services à moins qu'il ne soit considéré comme partenaire ou ami. Une relation inéquitable dégénère souvent: en une rapide déplétion du système de support, en une relation de dépendance et en une faible estime de soi chez le client.

En résumé, la dimension cognitive regroupe l'ensemble des éléments liés aux connaissances intellectuelle et académique afin de permettre une plus grande autonomie de vie de la personne ayant des problèmes de santé mentale. Rapp et Hanson (1988) soulignent l'importance d'avoir des intervenants en mesure d'évaluer et d'identifier les besoins prioritaires d'interventions et les outils à utiliser. Gantt et al. (1989) mentionnent l'importance du rôle de la famille dans le traitement et le rétablissement de la personne.

Les énoncés importants de cette dimension sont donc de responsabiliser la personne, de favoriser le développement intellectuel (apprentissage et connaissances), d'améliorer la capacité du personnel intervenant d'évaluer, de prioriser et d'utiliser

les outils appropriés, d'éviter le sexisme dans l'intervention et d'impliquer la famille dans le processus d'intervention.

#### 2.7.4. Dimension sociale

La dimension sociale regroupe l'ensemble des éléments de la vie sociocommunautaire, par exemple: l'utilisation des services de la communauté, les loisirs, le sport, la culture, la conscience et la responsabilité sociale, votation, les achats, les transports et les groupes sociaux.

Norton et al. (1993) rapportent à ce niveau que, plus la personne est active au sein d'un groupe signifiant, plus cette personne améliore sensiblement ses relations familiales, devient plus responsable, pourvoit davantage à comprendre et à développer ses connaissances au sujet de sa maladie. Stroul (1986) souligne l'importance d'un retour dans la communauté pour le client afin de lui permettre d'évoluer dans un contexte plus humain, moins thérapeutique et moins stigmatisant que le contexte institutionnel.

Comme le font remarquer Goering et al. (1992), les relations interpersonnelles entre un intervenant et un résident sont essentielles afin de permettre le développement de nouvelles habiletés et une meilleure compréhension de soi et de sa maladie. Rapp et Chamberlain (1985) soulignent qu'une part importante du travail est exécutée par l'environnement immédiat de la personne (famille, amis, etc.).

Comme le rapportent Turner et Wan (1992), la pauvreté, le chômage et les autres problèmes sociaux placent souvent la personne et sa famille sous un stress constant pouvant même les conduire à la rupture (divorce, etc.) du système familial. Selon ces chercheurs, l'intervention en santé mentale devrait inclure des programmes de

relations d'aide tant au niveau de la famille (de ses membres), que du point de vue marital (parents, époux).

Or, dans les écrits, nous avons répertorié que certaines communautés se sont dotées de programmes afin justement de réduire ce stress et d'alléger le "fardeau" au sein de la famille. Entre autres, Stroul (1989) mentionne que plusieurs communautés ont structuré leurs services d'aide en santé mentale et de réhabilitation psychosociale de façon à ce que le noyau de l'intervention soit axé sur le développement de la personne, des liens sociaux, de réseaux interpersonnels et l'utilisation des pairs comme système de support social.

Hanson et Rapp (1992) soulignent, entre autres, que la relation entre les professionnels-intervenants et les familles des personnes ayant des problèmes de santé mentale peut être grandement améliorée si l'intervention (programmes et actions) inclut le respect et l'écoute des besoins des familles.

De plus, Savarese et al. (1990) font remarquer que la famille est l'unité de base de gestion de cas. En effet, pour ces chercheurs, la famille assiste ses membres au niveau de leurs besoins physiologiques, psychosociaux et économiques. Mais la famille ne peut arriver seule à donner une intervention adaptée. Comme le rapporte McFarland (1994), à différents moments, les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont besoin de services variés, tels que: l'organisation de services adaptés pour permettre une réhabilitation psychosociale ou un traitement psychopharmacologique et la présence d'appartements supervisés.

En résumé, la dimension sociale regroupe l'ensemble des éléments de la vie sociocommunautaire. En somme, plus la personne est active au sein d'un groupe, plus elle améliore ses responsabilités, ses relations familiales, elle cherche davantage à comprendre et à développer ses connaissances (Norton, 1993). Les recherches telles



que celles de Rapp et Chamberlain (1985) soulignent qu'une part importante du travail d'intervention est exécutée par l'environnement immédiat de la personne. L'intervention en santé mentale devrait inclure et être supportée par des programmes de relations d'aide selon Turner et Wan (1992). De même, Hanson et Rapp (1992) incluent dans l'intervention, le respect et l'écoute des besoins de la famille. Comme le faisaient remarquer Savarese et al. (1990), l'unité de base de gestion de cas est la famille et Stroul (1989) mentionne que l'intervention doit miser sur le développement chez la personne, de liens sociaux, de réseaux et l'encourager à utiliser ses pairs comme support social.

Les énoncés importants de la dimension sociale sont: d'utiliser l'environnement immédiat de la personne (réseau interpersonnel), d'inclure dans l'intervention des programmes de relations d'aide pour la personne et la famille, de respecter et d'écouter des besoins de la famille, d'encourager le développement de liens sociaux et de réseaux et d'utiliser les pairs comme système de support social.

#### 2.7.5 Dimension générale

La dimension générale regroupe des énoncés touchant plusieurs dimensions à la fois.

Au niveau des utilisateurs du plan de services individualisé, Solomon et Draine (1994) font remarquer que ceux-ci présentent des difficultés afin de pourvoir aux besoins de la famille en termes de stratégies de motivation, de médication, de conseils et de support émotif. Schwab et al. (1988) mentionnent qu'ils comprennent bien le patient et leur environnement mais qu'ils ne peuvent par surcroît former une relation efficiente avec le secteur médical. Selon Corrigan et Kayton-Weinberg (1992), le P.S.I. joue un rôle central dans la coordination des différents services et assure la qualité et la continuité des soins

prodigués. Ces mêmes auteurs mentionnent également que les intervenants doivent adapter leurs stratégies de façon spécifique si le patient n'a pas suffisamment de support venant de sa famille ou de ses amis.

Autre aspect nécessaire de l'intervention en santé mentale est l'importance que doit occuper l'éducation chez la personne ayant des problèmes de santé mentale. Anthony et Unger (1991) mentionnent que la mission spécifique de l'éducation chez la personne ayant des problèmes de santé mentale entre nécessairement dans le processus de réhabilitation. Les résultats des recherches de Scott et al. (1993) suggèrent, entre autres, que les personnes ayant peu de revenus et peu d'éducation sont:

*[...] available to the criminal acts of others because of their inability to manipulate their social and physical environment to lessen exposure to the persons most likely to commit criminal acts against them (p.138).*

Belcher et DiBlasio (1990) ont identifié d'autres facteurs qui influent sur le caractère psychologique de la personne ayant des problèmes de santé mentale. Ils rapportent notamment que l'estime de soi, la privation de nourriture, les relations familiales, la profession, la santé, l'abus de drogue, l'hospitalisation préventive et la race ont des effets significatifs sur les relations interpersonnelles.

En résumé, la dimension générale regroupe des énoncés hétéroclites touchant souvent plusieurs dimensions à la fois. Schwab et al. (1988) mentionnent que les intervenants utilisant le P.S.I. connaissent bien leur clientèle et forment avec eux des liens favorisant l'échange. Belcher et DiBlasio (1990) mentionnent que l'estime de soi, la nutrition, les relations familiales, l'orientation de vie, la santé, l'abus de drogues, l'hospitalisation répétée sont en relation directe avec la dépression. Anthony et Unger (1991) mentionnent également que l'éducation de la personne ayant des problèmes de santé mentale

entre dans le processus de réhabilitation. Kelley et al. (1994) soulignent que la formation doit se produire tant en cours de formation (formation initiale) que pendant son emploi (perfectionnement en cours d'emploi). Solomon et Draine (1994) rapportent que les utilisateurs du P.S.I. ont des besoins de formation afin de pourvoir aux besoins de la famille, le support émotionnel et les stratégies de motivation.

Les énoncés importants de la dimension générale sont l'éducation auprès de la personne, la formation initiale et en cours d'emploi pour les intervenants travaillant en santé mentale, la gestion et les modalités d'application des P.S.I.

## 2.8 Utilisation des savoirs

Puisque la formation implique l'intégration des savoirs (Legendre 1992), nous avons retenu également pour chacune des dimensions, des aspects relatifs aux connaissances, habiletés et attitudes. Comme le propose Hurteau (1988), les notions de savoir, savoir-faire et savoir-être furent utilisées. Le recours aux notions de savoir, savoir-faire et savoir-être provient, d'une part, de la clarification donnée dans les écrits portant sur le concept au niveau descriptif et de l'autre, de la justesse de la terminologie.

### 2.8.1 Définition de savoir

Selon Legendre (1992), le savoir est défini comme étant un ensemble de connaissances approfondies acquises par un individu, grâce à l'étude et à l'expérience. Il peut s'agir entre autres, d'une somme de connaissances spécifiques à une discipline. Selon Reboul (1980), le savoir prend une couleur particulière lorsqu'il mentionne que le savoir "est d'être en mesure d'expliquer ou d'appliquer ce que l'on sait". Selon le dictionnaire Robert, le savoir représente les acquis, les

connaissances et la culture que nous possédons. Brien (1994) définit le savoir comme: les connaissances qui permettent à un personne de se représenter des objets et des faits. Les concepts, les propositions, les ensembles de propositions interreliées et les connaissances métacognitives.

### 2.8.2 Définition de savoir-faire

Selon Legendre (1992), le savoir-faire est représenté comme étant l'adresse dans l'exercice d'une activité artistique, intellectuelle, physique ou sociale, comme la dextérité dans l'exécution d'une tâche, l'habileté à résoudre des problèmes pratiques et les compétences techniques et ou habiletés alliées à l'expérience dans l'exercice d'une activité professionnelle. Pour Reboul (1980), le savoir-faire n'est pas de reproduire, c'est de pouvoir adapter sa conduite à la situation, de faire face à des difficultés imprévues; c'est aussi de pouvoir ménager ses propres ressources pour en tirer le meilleur parti, sans effort inutile; c'est enfin de pouvoir improviser là où les autres ne font que répéter. Brien (1994) définit le savoir-faire comme étant les connaissances qui permettent à une personne d'agir sur la réalité. Les règles d'action, les procédures et les stratégies cognitives et métacognitives. Le dictionnaire Robert (1992) définit le savoir-faire comme adresse, art, dextérité.

### 2.8.3 Définition de savoir-être

Le savoir-être fait référence aux attitudes de la personne. En effet, selon Legendre (1992), l'attitude signifie un état d'esprit (sensation, perception, idée, conviction, sentiment, etc.), une disposition intérieure acquise d'une personne à l'égard d'elle-même ou de tout élément de son environnement (personne, chose, situation, événement, idéologie, mode d'expression, etc.) qui incite à une

manière d'être ou d'agir favorable ou défavorable. Brien (1994) le définit comme étant une représentation complexe qui influence le choix des situations ou d'actions par l'individu. Cette représentation est le résultat de la concaténation de deux représentations: une représentation d'une situation dans laquelle l'individu s'est déjà trouvé et une représentation du souvenir des émotions éprouvées dans cette situation.

## **CHAPITRE III**

### **MÉTHODOLOGIE**

## CHAPITRE III

### Méthodologie

#### 3.1 Introduction

Le chapitre précédent, portant sur la recension des écrits, a fait ressortir les principaux concepts inhérents au contexte d'intervention en santé mentale. Cette recension permet également de reconnaître les exigences relatives au travail du personnel intervenant travaillant auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale. De plus, à partir de la nomenclature de Hurteau (1988), il fut possible d'identifier certains aspects qualitatifs aux besoins de formation se sont: la dimension physique, émotionnelle, cognitive, sociale et générale.

Ce chapitre présente donc la démarche méthodologique utilisée pour cette recherche.

#### 3.2 Type de recherche

En considérant différentes définitions portant sur les caractéristiques propres aux démarches méthodologiques relatives à la recherche, notre étude, prenant la forme d'une enquête, correspond au type synthétique, selon les critères définis par Yin (1984). Il s'agit d'une étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse.

Le déroulement de l'enquête correspond au canevas éprouvé de la méthode scientifique utilisant un questionnaire; recension des écrits sur les recherches déjà menées ou toutes autres connaissances du terrain, élaboration ou modification d'un questionnaire selon la revue des écrits, validation du questionnaire et passation auprès d'une population-ciblée.

Corroborant avec les questions et objectifs de recherche, la méthode «dirigée» par questionnaire s'avère adéquate puisqu'elle permet de réaliser, comme le mentionne Mayer et Ouellet (1991), une collecte de données auprès d'un échantillon représentatif d'une population donnée.

### 3.3 Instrument

Le choix du questionnaire fut établi selon des critères relatifs à la pertinence, la validité, la fiabilité et la stabilité des énoncés qui le composent. Le questionnaire utilisé pour notre enquête s'inspire grandement de l'instrument développé par Hurteau (1989) pour l'Institut Québécois de la Déficience Intellectuelle. Il est à noter que nous avons préalablement obtenu l'autorisation écrite de l'auteure permettant ainsi l'utilisation et la modification du questionnaire original (voir appendice 2). Utilisé pour des recherches d'inventaire des besoins de formation des intervenants en déficience intellectuelle, ce questionnaire répond aux critères de sélection retenus pour cette enquête.

Composé de deux sections distinctes, le questionnaire propose dans un premier temps, des énoncés de type descriptif servant à connaître les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon. Dans un deuxième temps, il cherche à mesurer l'écart possible entre l'importance que le personnel intervenant accorde actuellement à sa pratique professionnelle et l'importance que celui-ci devrait ou souhaite accorder à sa pratique. Les écarts sont mesurés selon les cinq dimensions (physique, émotionnelle, sociale, cognitive et générale) dont chacune d'elles intègre trois savoirs distincts: le savoir, le savoir-faire et le savoir-être (voir appendice 4).

Des modifications importantes furent apportées au questionnaire de Hurteau (1988) afin de l'adapter au contexte de la santé mentale. Plus spécifiquement, ces modifications furent apportées au contenu des énoncés du questionnaire et à la forme de présentation. Les énoncés ont été



regroupés en catégories afin de bien distinguer les besoins en matière de savoir (connaissances), de savoir-faire (habiletés) et de savoir-être (attitudes). Au total, 44 des 89 énoncés furent adaptées au contexte de la santé mentale. De ce nombre, certains énoncés furent totalement remplacés puisqu'ils ne s'appliquaient pas à ce secteur d'intervention.

L'appendice 4 présente le questionnaire modifié et utilisé pour cette étude.

### 3.4 Validation du questionnaire et procédures

Les modifications (regroupements, énoncés) effectuées afin d'adapter le questionnaire au contexte de la santé mentale, imposaient une validation de contenu et de forme pour s'assurer de la compréhension des énoncés. Celle-ci s'est effectuée en deux temps. Une première validation eut lieu le mercredi 25 mai 1994, au Centre d'intégration communautaire (C.I.C.) de Trois-Rivières, en présence de six membres du personnel intervenant appartenant au milieu de la santé mentale et utilisant obligatoirement le P.S.I.. Ces personnes sont: deux infirmières, une infirmière-auxiliaire, deux psycho-éducateurs et un éducateur. Cette première validation se base sur le principe mentionné par Gauthier (1990) voulant qu'un indicateur valide représente adéquatement un concept.

Une deuxième validation eut lieu le vendredi 10 juin au C.I.C. de Trois-Rivières, en présence de trois cadres supérieurs rattachés au programme de formation des intervenants travaillant en santé mentale. Cette deuxième étape avait pour but de vérifier et d'apporter, au besoin, des modifications supplémentaires au questionnaire afin de bien couvrir toutes les facettes du travail des intervenants.

À la suite des commentaires et suggestions recueillis lors des deux étapes de validation, les correctifs nécessaires ont été apportés au questionnaire.

### 3.5 Échantillon

Cette enquête fut menée auprès du personnel intervenant (personnel infirmier: infirmière, infirmière-auxiliaire et le personnel éducateur: éducateur, psycho-éducateur) qui utilise obligatoirement le plan de services individualisé dans le contexte de la santé mentale.

Les centres d'intégration communautaire de Trois-Rivières et de Shawinigan et des services externes du Centre Hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan ont été les milieux choisis pour mener cette enquête. Le choix de ces milieux se justifie par le fait que ce sont les seules ressources organisées du réseau des établissements de la santé qui travaillent auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants de la région Mauricie-Bois-Francs. De plus, ces milieux démontrent une bonne représentativité, justement parce que se sont les seules ressources organisées du réseau des établissements de la santé, des services externes (services semi-institutionnels) et communautaires (milieux supervisés ou familiaux) du Québec, qui concourent à l'intégration ou à la réintégration des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

#### 3.6.1 Collecte de données

Pour la bonne marche de la collecte de données, nous avons préalablement communiqué avec les directrices des différents secteurs afin d'expliquer le but et les objectifs de la recherche. Nous avons insisté sur le fait que le traitement des données et l'identification des répondants soient soumis à la confidentialité la plus complète.

La collecte de données s'est effectuée en trois temps distincts. Le jeudi 16 juin 1994, au centre d'intégration communautaire de Shawinigan, le mercredi 22 juin 1994, pour le centre d'intégration communautaire de Trois-Rivières et le jeudi 14 juillet 1994, pour le Centre hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan.

### 3.6.2 Procédures:

Nous avons distribué les questionnaires au personnel intervenant des deux centres d'intégration communautaire (Shawinigan, Trois-Rivières) en mentionnant la façon de procéder pour répondre aux questions, le but de cette recherche, les objectifs, ainsi que la confidentialité avec laquelle seront traités ces questionnaires.

En ce qui a trait à la passation des questionnaires au Centre hospitalier Ste Thérèse de Shawinigan, la directrice des Soins et Programmes (Mme Lucie Gauthier) a remis et recueilli les questionnaires auprès du personnel intervenant. Au total, 42 des 60 questionnaires furent ainsi retournés en main propre, ce qui représente un taux de réponse de 70 %.

### 3.7 Traitement et analyse des résultats

Le traitement des données s'est effectué à l'aide des programmes informatiques *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* et *Super Anova*.

L'analyse des données recueillies comporte deux sections. La première présente, sous forme de tableaux, les caractéristiques principales des répondants afin d'y faire ressortir le portrait-type de ces derniers. La deuxième section présente, sous forme de figures et tableaux, les réponses quantitatives recueillies au sujet des énoncés de recherche. Le traitement statistique utilisé dans cette présente recherche permet de regrouper les différents énoncés autour d'un noyau cible constituant le centre ou les axes critiques. L'analyse de la variance (anova) permet de déceler les énoncés qui, par leur représentativité, s'éloignent ou se regroupent autour de ces axes critiques. Celles-ci font partie intégrante de l'échelle d'Hershkowitz (1977) proposant quatre ordres ou catégories de besoins déterminés selon leur importance moyenne. Tous les énoncés occuperont une place précise

dans un des quatre quadrants et ce, à deux niveaux puisqu'ils sont relatifs à la situation actuelle et à la situation désirée ou souhaitée.

La méthode de recherche utilisée, de type enquête à l'aide de questionnaires, nous a permis de rassembler des données importantes quant à la situation actuelle et à la situation souhaitée des intervenantes et intervenants utilisant obligatoirement le P.S.I. en santé mentale.

Le chapitre 4 poursuit cette démarche visant à identifier les besoins de formation des répondants.

## **CHAPITRE IV**

### **PRÉSENTATION DES DONNÉES ET INTERPRÉTATION**

## CHAPITRE IV

### Présentation des données et analyse des résultats

La présentation des résultats se subdivise en deux grandes sections distinctes. La première présente les énoncés de type descriptif et la seconde, les énoncés relatifs aux cinq dimensions ainsi que les trois savoirs, c'est-à-dire le savoir, le savoir-être et le savoir-faire.

L'analyse des énoncés sociodémographiques permet d'abord d'établir un portrait-type du personnel intervenant de cette recherche. Deuxièmement, la présentation et l'interprétation des résultats cherchent à mettre en évidence des aspects spécifiques du regroupement des données et à apprécier les résultats obtenus dans leur ensemble. Cette section tend également à établir des liens avec les écrits scientifiques préalablement recensés.

#### 4.1 Présentation et analyse des données sociodémographiques de l'échantillon

Comme le questionnaire utilisé constitue un outil d'analyse des besoins de formation du personnel intervenant utilisant le P.S.I. en santé mentale, il est important d'établir le portrait-type de ceux-ci. Au total, dix énoncés de type descriptif furent utilisés. Il s'agit du sexe, de l'âge, du degré de scolarité, du perfectionnement en cours d'emploi, de la profession occupée, du temps consacré au travail (régulier ou partiel), des années d'expérience de travail, du milieu de travail, de clientèle des services et de la catégorie d'âge de cette clientèle.

##### 4.1.1 Sexe du personnel intervenant

La notion de personnel intervenant représente l'action ou le rôle de quelqu'un dans une situation précise. Dans cette recherche, il s'agit

des intervenantes et des intervenants faisant partie du personnel infirmier, c'est-à-dire les infirmières ou infirmiers, les infirmières-auxiliaire et infirmiers-auxiliaire et du personnel de rééducation regroupant les psycho-éducatrices et les psycho-éducateurs. Le groupe de répondants se compose de 22 intervenantes (52%) et de 20 intervenants (48%).

#### 4.1.2 Âge du personnel intervenant

L'âge moyen des intervenantes et des intervenants est de 38,4 ans, donnant une moyenne de 38,1 ans pour les femmes et 38,8 ans pour les hommes. Il est intéressant de constater que cette moyenne d'âge correspond à la moyenne québécoise, pour la même catégorie d'intervenants, qui est de 38 ans pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux<sup>1</sup> (Gouvernement du Québec, 1992).

#### 4.1.3 Scolarité du personnel intervenant

Cinq catégories regroupent l'ensemble des formations des intervenantes et intervenants. Il s'agit du diplôme d'étude secondaire, post-secondaire, diplôme d'études collégiale, post-collégiale, diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat), autre.

---

<sup>1</sup> Les données québécoises sont tirées des Statistiques sur le personnel de la santé et des Services Sociaux, Québec, 1991-1992.

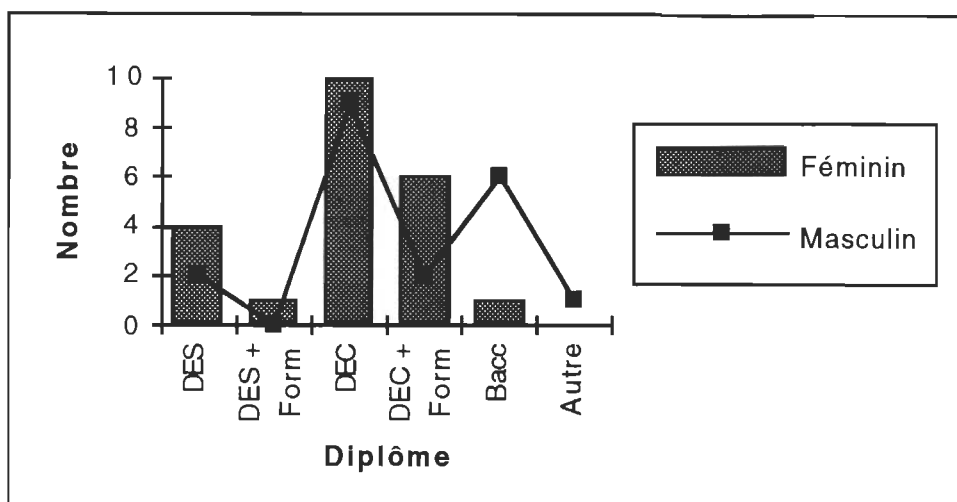


Figure 1- Sclarité des intervenantes et des intervenants

La figure 1 montre que la majorité des intervenantes (95%) possèdent une formation secondaire, post-secondaire avec formation complémentaire et collégiale. Une seule intervenante possède une formation universitaire (5%). La majorité des intervenants (85%) ont une formation collégiale et universitaire. Pour l'intervenante et les intervenants qui possèdent un diplôme de premier cycle ou d'études avancées, il est intéressant de remarquer que l'âge varie entre 31 et 46 ans.

#### 4.1.4 Perfectionnement en cours d'emploi

L'analyse des données démontre au total que seulement 18% des intervenantes poursuivent un perfectionnement. Chez les intervenants, 20% suivent une formation initiale et 35% poursuivent un perfectionnement. Le pourcentage des intervenants qui ne sont ni en formation, ni en perfectionnement est de l'ordre de 45%. Cette situation s'explique, en partie, selon les commentaires écrits des intervenantes et des intervenants à la fin du questionnaire, par le manque de temps mis à leur disposition par l'employeur pour la formation, par la déficience des informations au sujet des formations



disponibles, par le peu ou l'insuffisance de primes de perfectionnement offertes permettant d'assister à ces formations, par le manque de formation donnée sur les heures de travail ainsi qu'à l'insuffisance des mises en commun des expériences vécues au travail.

#### 4.1.5 Profession occupée

L'objectif principal de cette recherche est de connaître les besoins de formation du personnel intervenant, tant du personnel infirmier que du personnel éducateur. Dans la présente recherche, les infirmières, les infirmiers ainsi que les infirmières et infirmiers-auxiliaires sont regroupés sous le vocable de personnel infirmier.

Sous le vocable personnel rééducateur, sont inclus les éducatrices et les éducateurs, les moniteurs(trices) «éducatifs», les psycho-éducatrices et les psycho-éducateurs. Cette répartition des intervenantes et des intervenants selon la profession occupée s'établit de la façon suivante:

Tableau 1

#### Répartition des intervenants(es) selon la profession et le sexe

Sexe	Éducateur	Psy-éducateur	Infirmière	Inf-aux	Autre
Féminin	2	1	14	5	0
Masculin	12	2	3	1	2

Le tableau 1 montre également que deux intervenants se retrouvent dans la classe «autre». Ces personnes complètent actuellement une formation d'éducateur et leur dernier diplôme obtenu est un diplôme d'études collégiales.

#### 4.1.6 Répartition du temps de travail

Selon les moyennes québécoises de l'ensemble du réseau, pour l'année 1991-1992, 227 676 personnes dont 159 792 étaient à temps partiel, le ratio donne sept personnes sur dix (70%) travaillant à temps partiel. Le ratio pour notre échantillon s'établit à 12 personnes (28%) travaillant à temps partiel et 30 personnes travaillant à temps plein (72%).

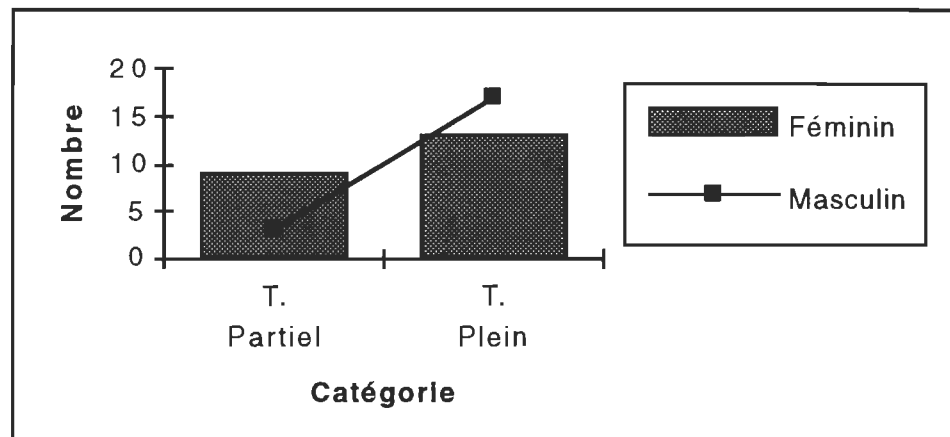


Figure 2- Répartition du temps de travail

La figure 2 montre que la majorité du personnel intervenant travaille à temps plein. Ce premier groupe représente treize intervenantes (31%) et dix-sept intervenants (41%). La répartition des répondants travaillant à temps partiel représente un total de neuf intervenantes (21%) et trois intervenants (7%).

#### 4.1.7 Années d'expérience de travail

Pour déterminer les années d'expérience des intervenants, trois questions furent élaborées. Les résultats obtenus à la première question montre que sur un total de quarante-deux répondants, 32 personnes possèdent plus de cinq années d'expérience dans leur milieu, donnant une répartition de dix-sept intervenantes et quinze intervenants.

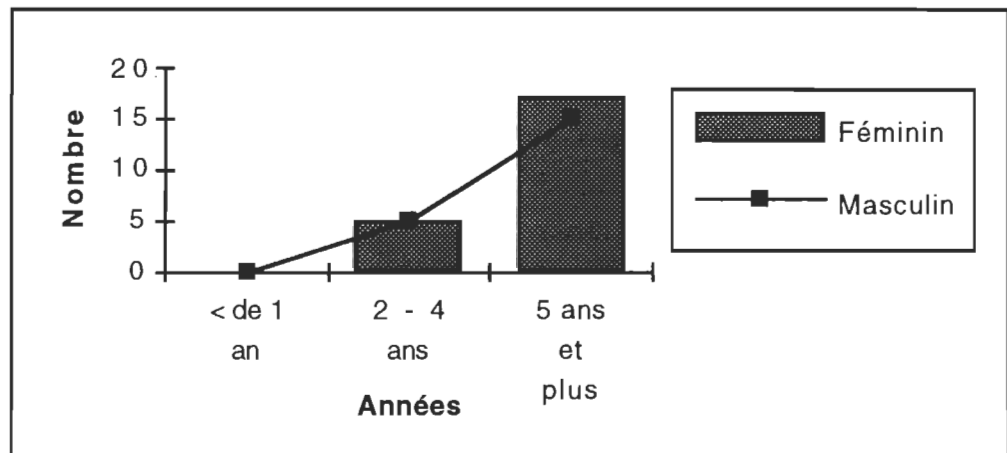


Figure 3- Années d'expérience de travail.

La figure 3 montre que dix autres répondants possèdent entre deux et quatre ans d'expérience, soit respectivement cinq intervenantes et cinq intervenants.

Il est également intéressant de constater que la moyenne québécoise des années de services est de 9,8 années, toutes professions confondues. La moyenne d'année d'expérience du personnel intervenant se situe également au-delà de cinq années.

À la deuxième question relativement aux années d'expérience dans d'autres fonctions en relation avec la santé mentale, la figure 4 montre que la catégorie d'une année d'expérience regroupe le plus

d'intervenantes et d'intervenants. Treize intervenantes (31%) et quatre intervenants (10%) composent ce premier sous-groupe.

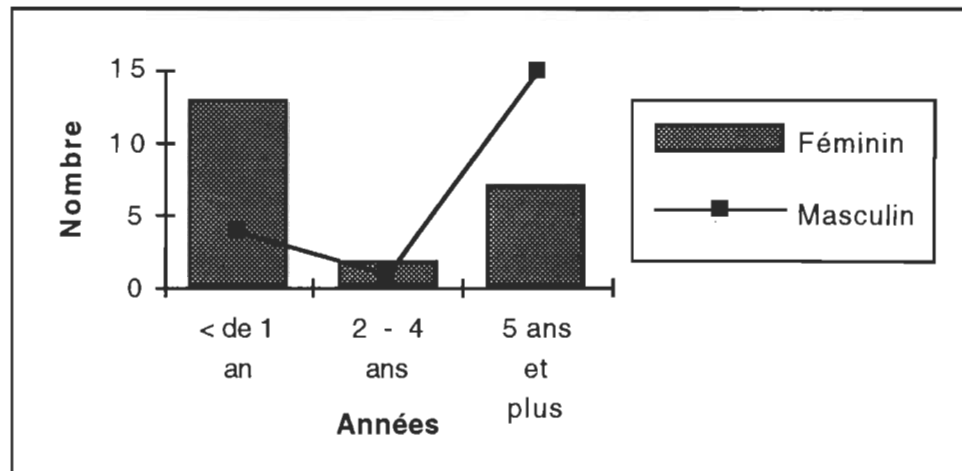


Figure 4- Autres fonctions relatives à la santé mentale.

Le deuxième sous-groupe (2 - 4 ans) regroupe deux intervenantes (4%) et un intervenant (2%).

Le troisième sous-groupe le plus important est celui de 5 ans et plus d'expérience. Sept intervenantes (17%) et 15 intervenants (36%) composent ce sous-groupe. Les données statistiques québécoises, à propos de cette situation ne sont pas disponibles actuellement.

La troisième question de cette dimension réfère aux années d'expérience dans toutes les autres expériences de travail rémunérées.

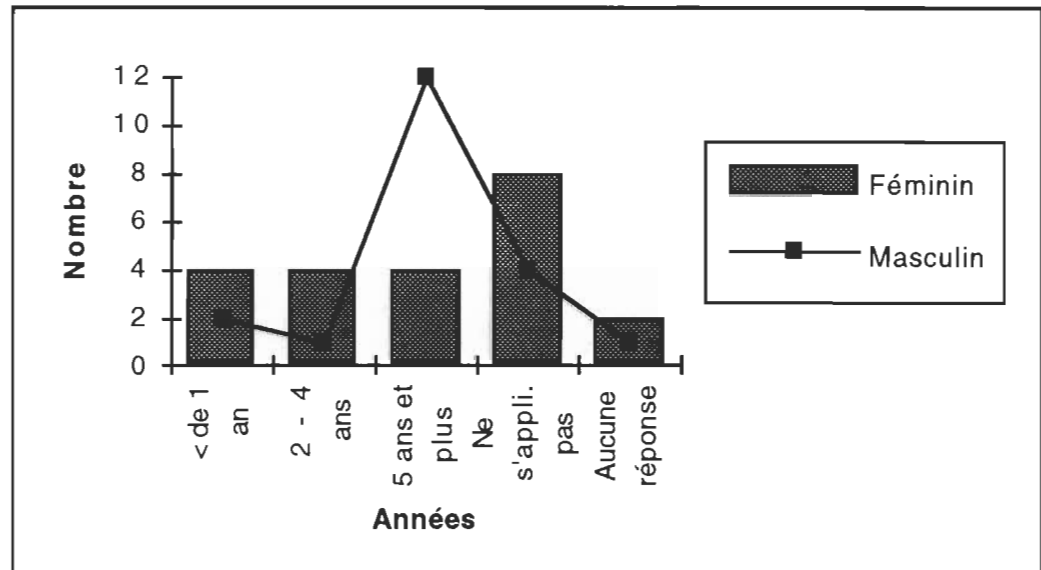


Figure 5- Autres expériences de travail rémunérées

Les résultats de la figure 5 démontrent que 55% des intervenantes ont eu d'autres expériences rémunérées comparativement à 75% pour les intervenants. Pour 45% des intervenantes, cette situation ne s'applique pas, comparativement à 25% pour les intervenants. À nouveau, les données statistiques québécoises ne sont pas disponibles à ce sujet.

#### 4.1.8 Milieu de travail

Le milieu de travail du personnel intervenant fait référence à deux secteurs précis. Il s'agit des services externes (cliniques externes) du Centre hospitalier Ste-Thérèse de Shawinigan et des Centres d'intégration Communautaire (C.I.C.) de Shawinigan et Trois-Rivières.

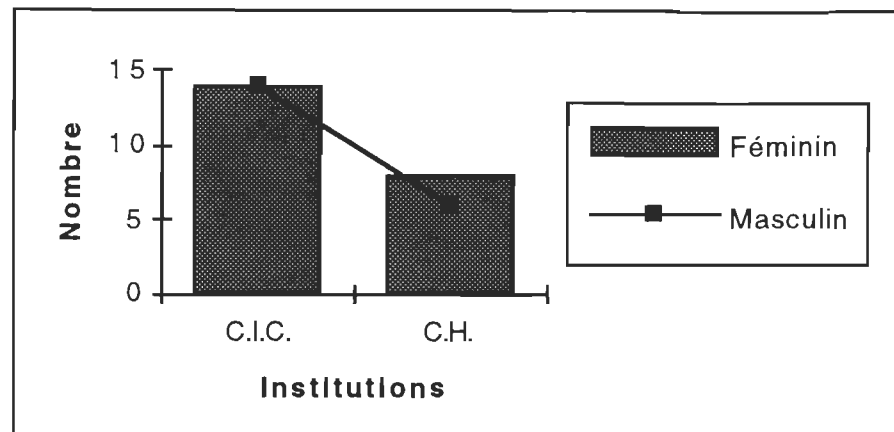


Figure 6- Milieu de travail

La figure 6 montre que la majorité des intervenants travaillent en centre d'intervention communautaire (C.I.C.), soit quatorze intervenantes et quatorze intervenants. Du côté institutionnel, huit intervenantes et six intervenants composent l'autre sous-groupe. Les données statistiques québécoises actuelles ne nous permettent pas d'établir une comparaison avec notre échantillon.

#### 4.1.9 Types de clientèle

La Loi 120 portant sur l'intervention en santé mentale identifie quatre clientèles de personnes regroupées ainsi :

- celles qui reçoivent des services de santé mentale pendant de longues périodes et pour lesquelles on envisage un retour dans la communauté;
- celles qui souffrent de troubles mentaux chroniques associés à un handicap, une déficience intellectuelle ou un comportement antisocial;
- celles qui, sans nécessairement avoir connu de longues périodes en établissement, fréquentent de façon régulière les services externes des établissements publics et d'autres ressources de la communauté;
- enfin, l'ensemble des personnes qui reçoivent des services de santé mentale, soit celles qui sont aptes à se réinsérer en communauté,

celles qui demeurent déjà dans leur milieu de vie naturel et celles qui demeurent, à moyen terme, en établissement (M.S.S.S., 1990).

Pour ce qui est des intervenantes, les résultats démontrent que: 40% de celles-ci travaillent auprès de l'ensemble des quatre clientèles énumérées ci-haut. Dix-huit pour-cent des intervenantes travaillent auprès de la clientèle qui reçoit des services de santé pendant de longues périodes et un autre 18% chez l'ensemble des personnes recevant des services de santé mentale.

Les résultats démontrent que 50% des intervenants travaillent auprès des quatre types de clientèles préalablement citées. Vingt pour-cent travaillent auprès de clientèles qui reçoivent des services de santé mentale pendant de longues périodes, 15% chez l'ensemble des personnes recevant des services de santé mentale et finalement 5% travaillent auprès des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques associés à un handicap, une déficience intellectuelle ou un comportement antisocial.

#### 4.2 Âge de la clientèle

À la question permettant d'identifier les groupes d'âge de la clientèle avec laquelle les intervenants travaillent, nous avons regroupé en trois catégories distinctes les groupes d'âges possibles. Il s'agit de l'âge scolaire (jusqu'à 18 ans), des adultes (18-65 ans) et des personnes de plus de 65 ans.

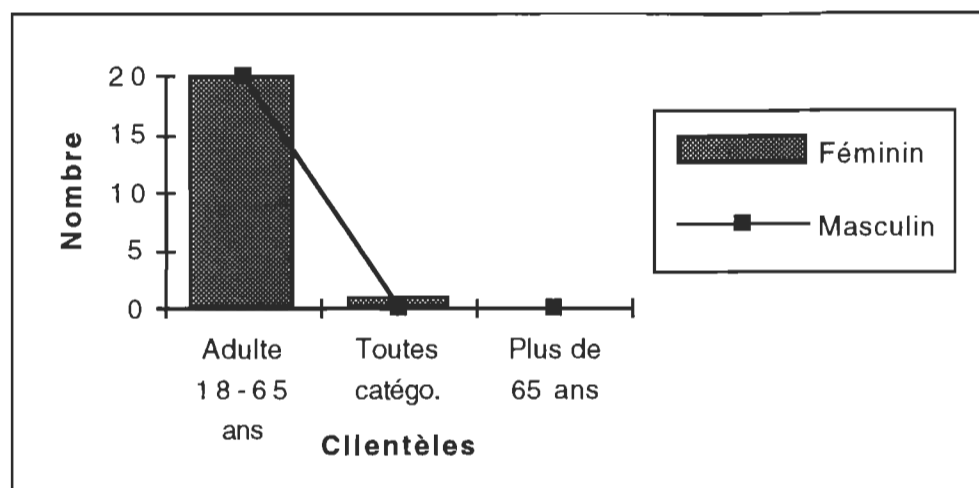


Figure 7- Âge de la clientèle.

La figure 7 permet de constater que 96% des intervenantes travaillent auprès de personnes adultes (18-65) et 4% seulement travaillent avec toutes les catégories. Chez les intervenants, 100% travaillent auprès des 18 - 65 ans.

#### 4.3 Portrait-type du personnel intervenant

L'analyse des résultats pour les données sociodémographiques permet de dégager le portrait-type de l'échantillon de cette recherche.

Il s'agit d'intervenantes (52% de l'échantillon) dont l'âge moyen est de 38,1 ans, ayant dans 95% des cas, une formation secondaire et collégiale. Il y a 18% des intervenantes qui suivent actuellement une formation ou un perfectionnement en cours d'emploi. La majorité des intervenantes font partie du personnel infirmier (82%). Elles travaillent à temps plein dans 59% des cas. Quatre-vingts pour-cent d'entre elles travaillent auprès d'une clientèle adulte (18 - 65 ans) et 4% travaillent auprès de l'ensemble des clientèles énumérées précédemment. Les intervenants (48% de l'échantillon), dont l'âge moyen est de 38,8 ans ont, dans 85% des cas, une formation collégiale et universitaire. Il y a 55% des intervenants qui suivent



actuellement une formation ou un perfectionnement en cours d'emploi. Le répondant moyen fait partie du personnel de rééducation (70%). Ils travaillent à temps plein dans 85% des cas et ce, auprès de la clientèle des 18-65 ans (100%).

#### 4.4 Présentation des résultats à l'aide de tableaux et figures.

Le type de tableau utilisé pour présenter les résultats de chacun des énoncés permettra d'observer les moyennes obtenues en regard de la situation actuelle, de la situation souhaitée, du résultat du *test t* et du nombre de répondants. Les figures présentent le résultats des réponses compilées. Chaque besoin est illustré sur un graphique, selon l'approche d'Hershkowitz (1977), dont l'abscisse est constituée par la moyenne de la situation désirable (souhaitée) exprimée par l'ensemble des répondants et l'ordonnée, par la moyenne de la situation actuelle, selon les données de chacun des besoins.

- Le Quadrant 1 obtenu à la suite de la jonction entre l'axe X (situation actuelle) et Y (situation désirée) se retrouve dans la portion au dessus de l'axe X et à droite de l'axe Y. Il correspond à un besoin satisfait en situation actuelle et a une forte demande en situation désirée, ce besoin obtient satisfaction et requière un même service dans le futur.

- Le Quadrant 2 se retrouve dans la portion au dessous de l'axe X et à droite de l'axe Y. Il correspond à un besoin peu satisfait en situation actuelle et a une forte demande en situation désirée. Il représente la portion du plan où se retrouve le ou les besoins critiques et prioritaires en termes de formation.

- Le Quadrant 3 se retrouve dans la portion au dessus de l'axe X et à gauche de l'axe Y. Il correspond à un besoin satisfait dans la situation actuelle, et à une demande faible en situation désirée, ce qui représente un service à décroître, puisqu'il est plus ou moins important pour maintenir la qualité actuelle.

- Le Quadrant 4 se retrouve dans la portion au dessous de l'axe X et à gauche de l'axe Y. Il correspond à un besoin faible dans la situation actuelle, et à une demande faible en situation désirée, ce qui représente un besoin peu important actuellement.

L'approche d'Hershkowitz (1977) permettra donc d'identifier les besoins prioritaires de formation (au quadrant 2) et la formation à maintenir afin d'assurer la qualité d'intervention (au quadrant 4).

#### 4.5 Traitement statistique des données

Les programmes statistiques informatisés utilisés sont *S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences)* et *Super Anova*. Appliqués aux dix énoncés de type descriptif, ce traitement a permis de faire ressortir que seule la variable sexe est significativement discriminatoire en regard des variables de la recherche. La somme des carrés et la moyenne des carrés furent donc appliquées à la variable sexe. L'utilisation de l'analyse de la variance (anova) permet de déceler les énoncés qui, par leur représentativité, s'éloignent ou se regroupent autour d'axes critiques. Ces axes critiques sont reportées sur un plan cartésien divisé en quadrants, qui respecte l'approche d'Hershkowitz (1977). Cette méthode permet de présenter les données correspondant à l'importance accordée à la situation actuelle et la situation souhaitée par les intervenants.

##### 4.5.1 Analyse des résultats selon les différentes dimensions et savoirs

Il est important avant de procéder à l'analyse des résultats, de rappeler ce que sont les différentes dimensions et savoirs utilisés. L'analyse des résultats s'établit selon un canevas qui permet de distinguer, pour chacune de ces cinq dimensions constitutives, des savoirs particuliers. Cette forme d'analyse permet d'identifier et de préciser l'importance des besoins de formation en regard d'un savoir précis, que ce soit les connaissances (savoir), les habiletés (savoir-faire), les attitudes (savoir-être) et ce, pour chaque dimension.

Chacune de ces dimensions liées aux savoirs représentent une classification à laquelle se rattache des aspects précis. La dimension physique, la dimension émotionnelle, la dimension cognitive, la dimension sociale et enfin, la dimension générale.

#### 4.5.2 Dimension physique (savoir)

La dimension physique regroupe l'ensemble des aspects tant sur les plans physique que mental de la personne. Sont évaluées ici, les connaissances des intervenantes et intervenants à ce sujet afin de cerner leurs besoins de formation. Le tableau 2 montre les dix énoncés relatifs à la dimension physique qui concernent les connaissances, c'est-à-dire le savoir.

Tableau 2

Moyennes obtenues à la dimension physique (savoir)

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait connaître (savoir)</b>				
1 Les règles usuelles de la santé: alimentation, etc	3,92	4,23	-4,29	.31
2 Les éléments nécessaires aux soins d'urgence,	4,07	4,59	-5,39	.52
3 Le développement physique normal	3,11	3,71	-6,57	.60
4 Les divers services communautaires de santé, etc	3,95	4,47	-3,94	.52
5 Les notions relatives à l'éducation sexuelle	2,69	3,54	-5,84	.85
6 Les médicaments d'usage courant, etc	3,83	4,52	-4,99	.69
7 Le fonctionnement de la posologie	3,92	4,45	-4,80	.53
8 Le fonctionnement du système de santé au Qc	3,02	3,80	-6,27	.78
9 L'étiologie d'un problème de santé mentale etc	3,61	4,28	-5,29	.67
10 Les possibilités des différentes médecines, etc	2,80	3,42	-3,88	.62
<b>Moyenne de la dimension physique (savoir)</b>	<b>3,49</b>	<b>4,10</b>		

( $p < 0,01$ )

Le tableau 2 montre que six énoncés sont plus importants que les autres dans la situation actuelle des intervenantes et intervenants ( $M=3,49$ , écart-type: 0,60). Selon l'ordre d'importance, les énoncés 2,

4, 1, 7, 6 et 9 démontrent que les intervenantes et intervenants accordent une grande importance aux composantes de leurs tâches qui concernent les soins d'urgence, les services communautaires, les règles usuelles de la santé, la médication et l'étiologie d'un problème de santé mentale.

Les résultats attribués à la situation souhaitée par les intervenantes et intervenants obtiennent une cote de 4,10 sur une possibilité de 5. L'ordre d'importance des énoncés 2, 6, 4, 7, 9 et 1 démontre que le personnel intervenant souhaite une modification dans sa pratique actuelle, notamment en ce qui touche les soins d'urgence, la médication et posologie, l'étiologie d'un problème de santé mentale et les règles usuelles de la santé. Ces énoncés jugés importants au niveau de la situation souhaitée sont maintenant placés sur un plan d'observation, qui permettra d'identifier les besoins prioritaires de formation selon l'approche d'Hershkowitz (1977).

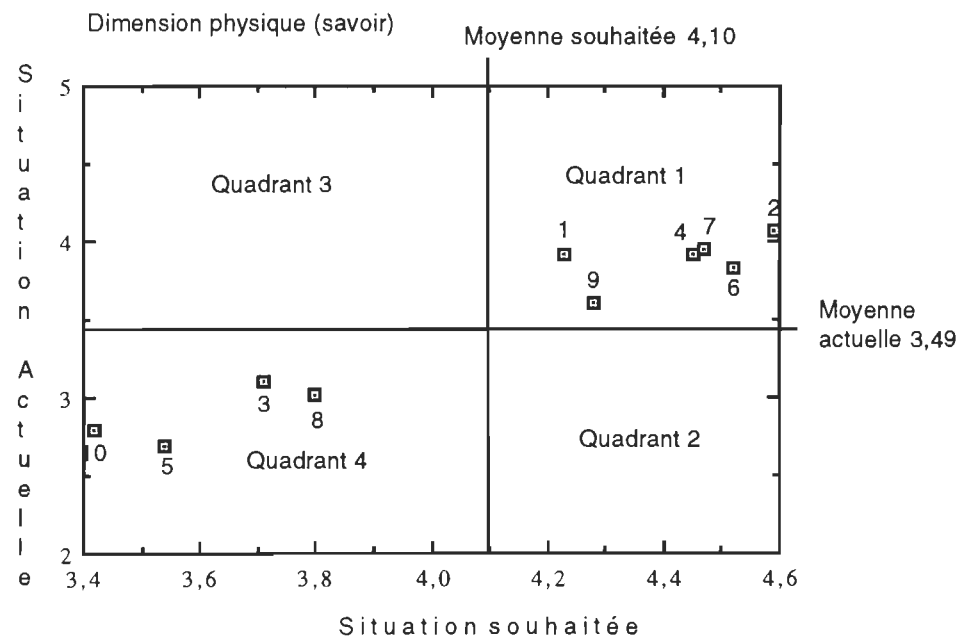


Figure 8- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension physique (savoir).

Les six énoncés répertoriés au quadrant 1 représentent des besoins satisfaits qui expriment une forte demande. Toutefois, comme l'indique le quadrant 2, aucun énoncé n'est identifié comme prioritaire.

Les résultats obtenus au tableau 2 et la figure 8 permettent de préciser les principaux besoins de cette dimension au niveau du savoir (connaissances). Ces résultats viennent corroborer ce que Fox et Chamberlain (1988) soulignent au niveau des besoins de formation des intervenants en santé mentale. En effet, ils mentionnent que la formation du personnel intervenant en santé mentale doit s'appuyer sur l'importance primordiale que sont: la santé physique, les activités de la vie quotidienne, la médication, le traitement psychiatrique, les relations interpersonnelles, le comportement, l'environnement physique, social et la condition de vie. Ce qui valide les énoncés 1, 6, 7 et 9 jugés comme importants dans la situation souhaitée.

Comme Wilson (1983) mentionnait, à propos de la formation, qu'il est impératif d'inclure, à la formation des intervenantes et intervenants les techniques de communication, d'évaluation systémique du client et l'identification des problèmes pour maintenir la qualité dans l'intervention. Ceci valide les énoncés 2 et 4 jugés comme importants.

De plus, Lecomte (1991) fait remarquer que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ne disposent de peu de moyens et surtout de peu de contrôle sur l'environnement, d'où l'importance de la qualité de l'intervention. Toutefois, il est important de nuancer ces propos. En effet, après une analyse statistique portant sur la différences des besoins entre les intervenantes et intervenants, il apparaît que les intervenantes, comparativement aux intervenants accordent, de manière significative ( $p < 0,01$ ), une plus grande importance à l'intervention en regard de la situation actuelle et davantage en ce qui a trait à la situation souhaitée. Il est également important de noter que les intervenantes (moyenne: 6,68), comparées aux intervenants (moyenne 5,45) démontrent un écart plus grand

entre la situation actuelle et souhaitée pour la dimension physique et ce savoir.

#### 4.5.3 Dimension physique (savoir-faire)

Sont présentées maintenant les résultats relatifs aux habiletés des intervenantes et intervenants en regard de la dimension physique.

Le tableau 3 montre les dix énoncés relatifs aux habiletés (savoir-faire) de la dimension physique évaluée.

Tableau 3

Moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-faire)

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait être en mesure de (savoir-faire)</b>				
11 Faire un plan d'automédication	3,57	4,14	-4,17	0,57
12 Reconnaître les besoins de consultation, etc	3,95	4,47	-5,06	0,32
13 Amener le bénéficiaire à gérer sa santé	4,02	4,59	-5,55	0,57
14 Saisir et utiliser les moments privilégiés, etc	4,09	4,47	-3,74	0,38
15 Savoir utiliser les services de santé de la localité	4,02	4,47	-4,16	0,45
16 Aller chercher l'information pertinente, etc	3,88	4,11	-2,12	0,23
17 Prévenir et faire face aux situations de crise	4,16	<b>4,80</b>	-5,49	0,64
18 Faire de l'éducation sexuelle	<b>2,50</b>	3,33	-5,78	0,83
19 Gérer sa propre santé physique et mentale	4,00	4,47	-3,47	0,47
20 Apprendre au bénéficiaire à référer à un	4,02	4,47	-4,16	0,45
<b>Moy. de la dimension physique (savoir-faire)</b>	<b>3,82</b>	<b>4,36</b>		

( $p < 0,01$ )

Le tableau 3 montre que sept énoncés sont plus importants que les autres ( $M=3,82$ , écart-type: 0,49) dans la situation actuelle des intervenantes et intervenants. Selon l'ordre d'importance, les énoncés 17, 14, 13, 20, 19, 12 et 16 démontrent que les intervenantes

et intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: la prévention des situations de crise, la gestion de la santé, l'éducation du client.

Le tableau 3 montre également que la situation souhaitée obtient la cote de 4,36 sur une possibilité de 5. Nous retrouvons les énoncés 17, 13, 12, 14, 15, 19 et 20, jugés comme étant importants en termes de formation. Ces énoncés touchent: la prévention des situations de crise, la gestion de la santé, la connaissance des services offerts. Selon l'approche d'Hershkowitz (1977), ces énoncés, jugés comme importants en termes de formation, occupent, pour la majorité d'entre eux, le quadrant 1.

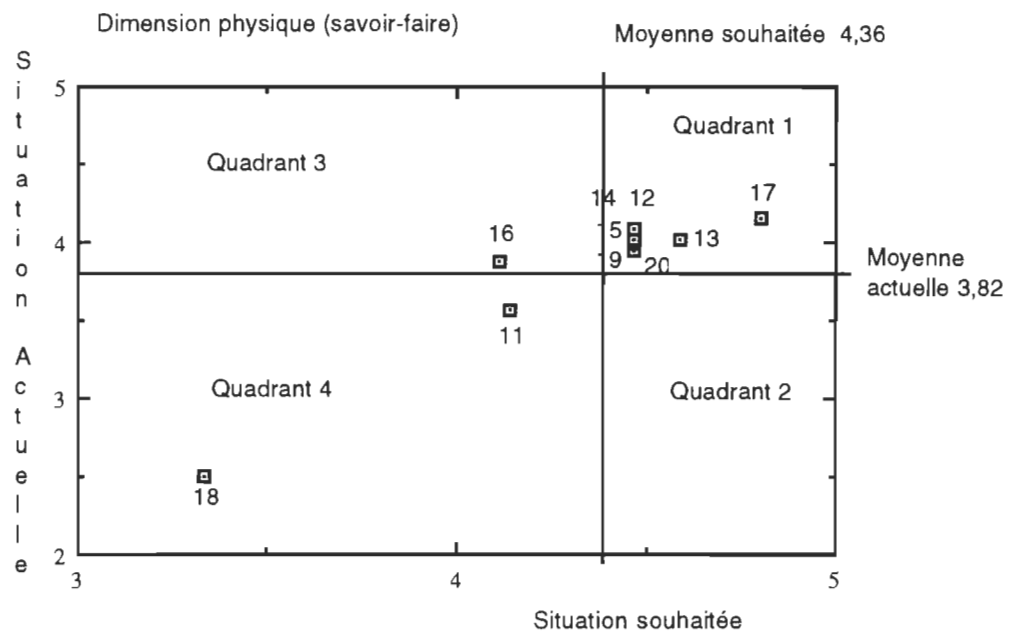


Figure 9- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-faire).

La figure 9 montre que les sept énoncés (17, 13, 12, 14, 15, 19 et 20) jugés importants se retrouvent au quadrant 1, comme étant des besoins satisfaits ayant une forte demande de la part des intervenantes et intervenants. Aucun besoin n'est identifié comme prioritaire au quadrant 2.

Les énoncés jugés importants (quadrant 1, approche d'Herskowitz; figure 9) dans la situation souhaitée, rejoignent ceux de Cyr et al. (1993) qui suggèrent l'utilisation de programmes spécifiques destinés à l'acquisition de telles habiletés. Ces auteurs font d'ailleurs remarquer la faible performance au plan de habiletés de vie (hygiène personnelle, apparence, tenue vestimentaire, santé, gestion des finances, loisirs), des personnes résidentes ou ayant résidé dans des hôpitaux de longue durée.

Les résultats obtenus (énoncés jugés importants en termes de formation), touchent notamment, la qualité de l'environnement physique, matériel et organisationnel d'un service tel que le mentionne Mercier (1993).



#### 4.5.4 Dimension physique (savoir-être)

Le tableau 4 présente des résultats relativement aux attitudes (savoir-être) des intervenantes et intervenants en regard de la dimension physique.

Tableau 4

Moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-être)

Questions		Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait (savoir-être)</b>					
21	Etre préoccupé de l'importance pour le bénéfici.,	3,23	3,76	-4,80	0,53
22	Etre préoccupé de l'importance de la santé, etc	3,78	4,23	-4,63	0,45
23	Se préoccuper des droits de la personne vivant,	3,78	4,30	-5,06	0,52
24	Etre vigilant aux besoins de santé du bénéficiaire	4,16	4,50	-3,79	0,34
<b>Moy. de la dimension physique (savoir-être)</b>		<b>3,73</b>	<b>4,19</b>		

( $p < 0,01$ )

Le tableau 4 montre que quatre énoncés sont plus importants que les autres dans la situation actuelle pour l'ensemble des intervenantes et des intervenants ( $M=3,73$ ; écart-type: 0,46).

Par ordre d'importance, les énoncés 24, 22, 23 et 21 démontrent que les intervenantes et intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: la nécessité d'être vigilant aux besoins de santé du bénéficiaire, d'être préoccupé par l'importance de la santé chez le bénéficiaire et de se préoccuper des droits du bénéficiaire et de sa sécurité.

Les résultats attribués à la situation souhaitée obtiennent la cote de 4,19 sur une possibilité de 5. Les énoncés 24, 23 et 22 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation.

Les énoncés touchant la vigilance des intervenants face aux besoins de santé des bénéficiaire, la préoccupation des droits de la personne et la préoccupation de la santé de la personne sont très importants. Ces trois énoncés, analysés selon l'approche d'Hershkowitz (1977), se retrouvent au quadrant 1, comme nous pouvons l'observer à la figure 10.

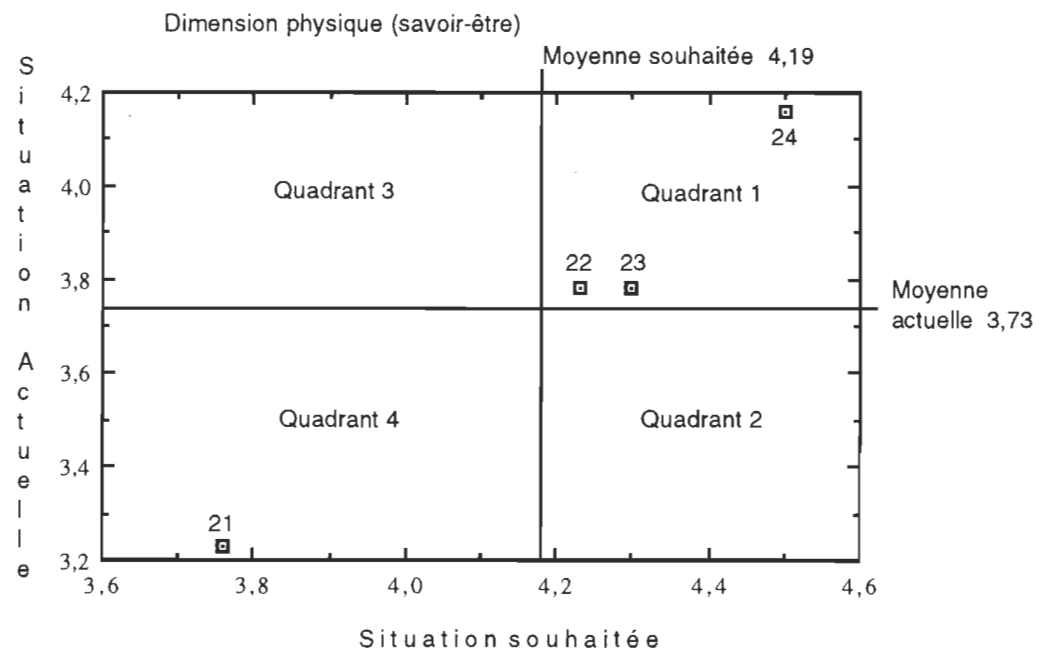


Figure 10- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension physique (savoir-être)

Nous observons, à la figure 10, que les énoncés 24, 23 et 22 jugés importants se retrouvent au quadrant 1, comme besoin satisfait et donc la demande est forte, ce qui constitue un service actuellement adéquat à maintenir. Toutefois, aucun énoncé n'est identifié comme prioritaire comme l'indique le quadrant 2.

Ces résultats rejoignent à nouveau les propos de Lecomte (1991) voulant que les personnes ayant des problèmes sérieux et persistants

de santé mentale disposent de peu de moyens et surtout de peu de contrôle sur l'environnement, d'où l'importance de la qualité d'intervention afin de maintenir la qualité de l'intervention.

#### 4.5.5 Résumé de la dimension physique

En résumé, les résultats obtenus à la dimension physique démontrent que l'ensemble des répondants désire obtenir de la formation, plus spécifiquement au niveau des savoirs suivants (Les énoncés sont présentés par ordre d'importance). Au niveau du savoir, nous retrouvons des énoncés relatifs aux règles nécessaires aux soins d'urgence, aux premiers soins et à la sécurité du bénéficiaire, à la médication d'usage courant, aux divers services communautaires de santé, au fonctionnement de la posologie, à l'étiologie d'un problème de santé mentale en ce qui a trait aux caractéristiques qui le composent et finalement aux règles usuelles de santé.

Au niveau du savoir-faire, les énoncés importants touchent la prévention, les situations de crise, à amener le bénéficiaire à gérer sa santé, à reconnaître les besoins de consultation, de traitement et d'intervention, à saisir et utiliser les moments privilégiés de la vie courante pour des interventions préventives et d'apprentissages, à savoir utiliser les services de santé de la localité, à gérer sa propre santé physique et mentale, à apprendre au bénéficiaire à référer à un médecin et à lui soumettre ses besoin.

Au niveau du savoir-être, les énoncés importants touchent la vigilance aux besoins de santé tant physique que mental et de sécurité du bénéficiaire, la préoccupation des droits de la personne vivant avec un problèmes de santé mentale d'avoir des services de santé tel que pour l'ensemble de la population, y compris les services spécialisés et la préoccupation de l'importance de la santé pour une personne vivant des problèmes de santé mentale.

Aucun énoncé n'est jugé comme prioritaire dans l'ensemble de cette dimension. De plus, les intervenantes souhaitent obtenir plus que les intervenants de la formation relativement à la dimension physique et ce, pour l'ensemble des savoirs ( $p < 0,01$ ).

#### 4.6.1 Dimension émotionnelle (savoir)

La dimension émotionnelle regroupe l'ensemble des aspects relationnels de la personne. Sont évaluées ici les connaissances des intervenantes et intervenants à ce sujet afin de cerner leurs besoins de formation. Le tableau 5 permet d'observer les quatre énoncés relatifs au savoir pour cette dimension.

Tableau 5  
Moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir)

	Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
	<b>Devrait connaître (savoir)</b>				
25	Les notions relatives à l'expression des émotions	4,09	4,57	-4,60	0,48
26	Les étapes du développement affectif, etc	3,23	3,90	-5,11	0,67
27	Les éléments de la psychologie familiale, etc	3,78	4,45	-4,65	0,67
28	Les composantes émotives de santé mentale, etc	3,71	4,33	-4,86	0,62
	<b>Moy. de la dimension émotionnelle (savoir)</b>	<b>3,70</b>	<b>4,31</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 25, 27 et 28 démontrent que les intervenantes et intervenants accordent une grande importance aux énoncés qui touchent notamment: les notions relatives à l'expression des émotions, les éléments de la psychologie familiale et les composantes émotives de la santé mentale ( $M=3,70$ , écart-type: 0,61).

Pour la situation souhaitée, la cote est de 4,31 sur une possibilité de 5. Les mêmes énoncés que la situation actuelle, soit les énoncés 25, 27 et 28, sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation. De ces trois énoncés jugés importants par les intervenants, un seul, l'énoncé 28, se retrouve au quadrant 2 comme étant un besoin prioritaire de formation.

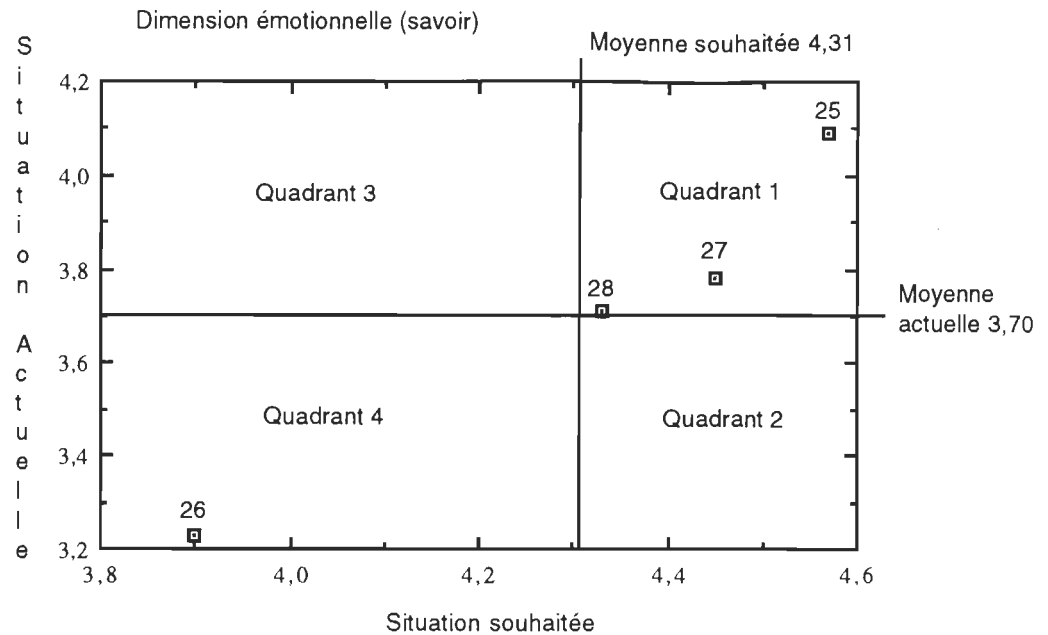


Figure 11- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir)

La figure 11 permet de noter que, sur les trois énoncés jugés importants, un seul, l'énoncé 28 (Les composantes émotives de santé mentale ou les problèmes sous-jacents reliés à la santé mentale) se retrouve à la limite supérieure du quadrant 2. Comme rapporté dans la section "Suggestions afin d'améliorer ma formation" à la fin du questionnaire de recherche, huit intervenants ont exprimé le désir d'avoir de la formation à ce niveau.

Les résultats obtenus à la figure 11 rejoignent ceux des recherches de Cutler et Madore (1980) qui font remarquer que la communication parmi les membres de la famille, les amis et autres éléments du réseau du client est essentielle dans l'efficacité du traitement et de l'emploi du P.S.I. Au niveau des éléments de la psychologie familiale, Lin et al. (1985) mentionnent que de bonnes relations

interpersonnelles et de la communication entre les membres de la famille, les amis et autres sont essentielles pour l'efficacité de l'intervention.

#### 4.6.2 Dimension émotionnelle (savoir-faire)

Le tableau 6 présente les résultats quant aux habiletés (savoir-faire) des intervenantes et intervenants pour la dimension émotionnelle.

Tableau 6  
Moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-faire)

	Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
	<b>Devrait être en mesure de(savoir-faire)</b>				
29	Transposer aux diverses situations d'intervention	3,83	4,21	-3,23	0,38
30	Composer avec la subjectivité, etc	3,90	4,38	-4,37	0,48
31	Développer un mode de communication, etc	4,14	4,57	-4,41	0,43
32	Utiliser et valoriser les ressources du bénéficiaire	4,16	4,64	-3,58	0,48
33	Identifier les besoins affectifs du bénéficiaire, etc	3,92	4,40	-4,37	0,52
34	Discerner les interventions qui découlent, etc	3,97	4,59	-5,49	0,62
35	Composer avec ses aspirations, etc	4,04	4,45	-3,06	0,41
36	S'adapter aux contraintes de l'emploi	3,61	4,09	-3,47	0,48
37	Refléter au bénéficiaire son évolution, etc	4,07	4,45	-3,23	0,38
	<b>Moy. de la dimension émotionnelle (sav-faire)</b>	<b>3,96</b>	<b>4,42</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 32, 31, 37, 35 et 34 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui visent notamment: à utiliser et valoriser les ressources du bénéficiaire, la communication, son évolution, composer avec ses aspirations, interventions vs besoins ( $M=3,96$ , écart-type: 0,46).

Pour la situation souhaitée des intervenantes et intervenants, la cote de 4,42 sur une possibilité de 5 montre que les énoncés 32, 34, 31 et 37 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation. Selon l'approche d'Hershkowitz (figure 12), ces énoncés jugés comme importants se retrouvent au quadrant 1, sauf en ce qui concerne l'énoncé 34, qui est identifié comme étant un besoin prioritaire (à la limite du quadrant 2).

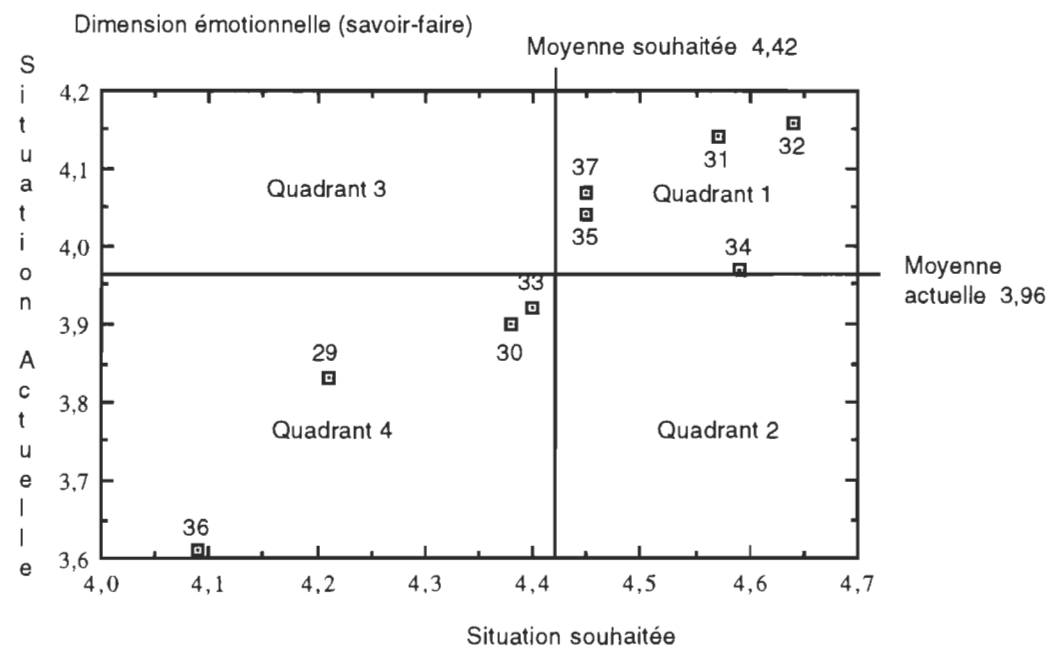


Figure 12- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-faire)

Les énoncés 31, 32, 35 et 37, se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. Au quadrant 2, l'énoncé 34 (Discerner les interventions qui découlent des besoins identifiés) est identifié comme étant un besoin prioritaire de formation.

Les résultats obtenus rejoignent ceux des chercheurs Gartner (1984); Levine et al. (1993) qui soulignent l'importance du support



émotionnel, la réduction de l'isolement et l'aide fournie par le parrainage. Turner et Tenboor (1978) mentionnaient que le support social entre dans une part importante des programmes pour assurer le maintien de la personne dans la communauté. Stroul (1989) rapporte que l'intervention doit miser sur le développement chez la personne, de liens sociaux, de réseaux et l'encourager à utiliser ses pairs comme support social.

#### 4.6.3 Dimension émotionnelle (savoir-être)

Le tableau 7 présente les résultats quant aux attitudes (savoir-être) des intervenantes et intervenants pour la dimension émotionnelle.

Tableau 7

Moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-être)

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait (savoir-être)</b>				
38 Reconnaître l'importance pour le bénéficiaire, etc.	3,54	4,07	-5,36	0,47
39 Accorder de l'importance à la présence, etc.	3,85	4,26	-3,95	0,41
40 Se préoccuper de la sécurité émotive, etc.	4,11	4,47	-4,34	0,36
41 Être capable de discerner ses motivations, etc.	3,71	4,16	-3,97	0,35
42 Être capable de reconnaître ses limites, etc.	4,14	4,61	-4,17	0,47
43 Être capable d'empathie dans sa relation d'aide.	4,21	4,52	-2,68	0,31
<b>Moy. de la dimension émotionnelle (sav-être)</b>	<b>3,93</b>	<b>4,35</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 43, 42 et 40 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: à l'empathie dans la relation d'aide, reconnaître ses limites, se préoccuper de la sécurité émotive du bénéficiaire (M=3,93, écart-type: 0,395).

Pour la situation souhaitée, la cote de 4,35 sur une possibilité de 5. Les énoncés 42, 43 et 40 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation. Les énoncés sont de reconnaître ses limites, l'empathie dans la relation d'aide, se préoccuper de la sécurité émotionnelle du bénéficiaire. Répertoriés selon l'approche d'Hershkowitz (1977), ces énoncés se retrouvent tous au quadrant 1, comme nous pouvons l'observer à la figure 13.

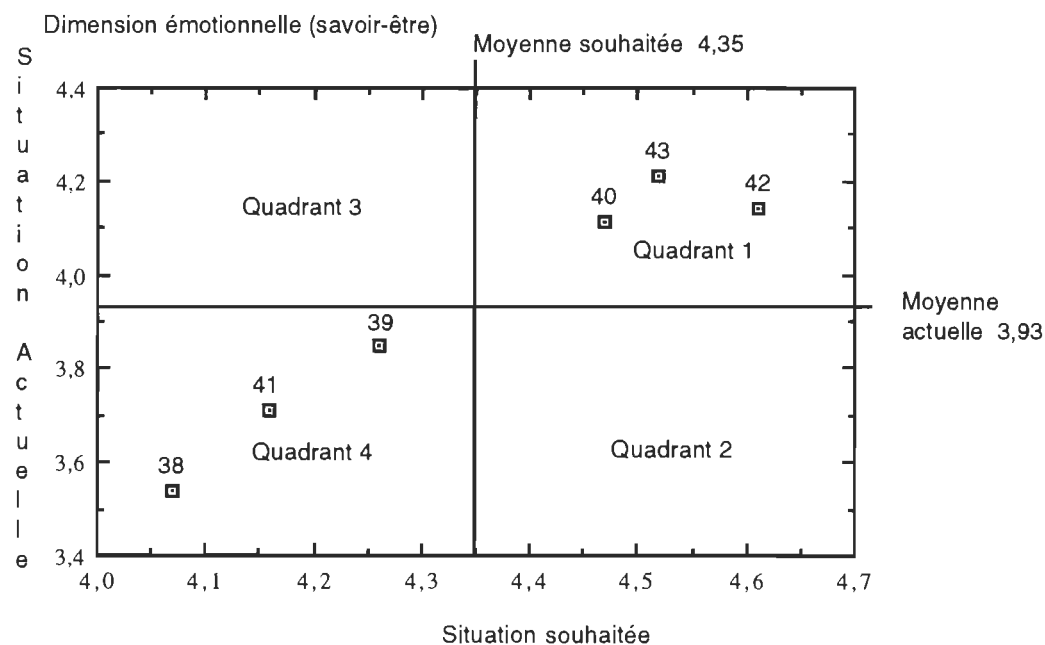


Figure 13- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension émotionnelle (savoir-être)

Les énoncés 40, 42 et 43 jugés importants se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. La figure 13 permet également d'observer que l'ensemble des énoncés sont relativement éloignés du centre des moyennes, ce qui propose un degré faible d'importance pour cette dimension au niveau du savoir-être.

Aux énoncés jugés comme importants par les intervenants, nous pouvons établir des liens avec les propos de Turner et Wan (1992) lorsqu'ils mentionnent que l'intervention en santé mentale devrait inclure et être supportée par des programmes de relation d'aide. Il est à noter également que Hanson et Rapp (1992) soulignent que la relation intervenant-client est grandement améliorée si l'intervention inclut le respect et l'écoute des besoins de la famille.

#### 4.6.4 Résumé de la dimension émotionnelle

En résumé, les résultats obtenus à la dimension émotionnelle démontrent que l'ensemble des répondants désire obtenir de la formation, plus spécifiquement au niveau des savoirs suivants (Les énoncés sont présentés par ordre d'importance). Plus particulièrement au niveau des composantes émotives de la santé mentale ou les problèmes sous-jacents reliés à la santé mentale, des notions relatives à l'expression des émotions et à la communication verbale et non verbale, des éléments de la psychologie familiale et les incidences sur le milieu de la présence de la personne ayant un problème de santé mentale.

Au niveau du savoir-faire, l'utilisation et la valorisation des ressources affectifs du bénéficiaire dans une perspective globale, le développement d'un mode de communication avec le bénéficiaire qui favorise l'expression de ses émotions, la communication au bénéficiaire de son évolution et de sa capacité à gérer ses émotions, de pouvoir composer avec ses aspirations et les réalités de son quotidien et finalement de discerner les interventions qui découlent des besoins identifiés.

Au niveau du savoir-être, les énoncés relatifs à la capacité de reconnaître ses limites, ses ressources, de ses habiletés, d'être

capable d'empathie dans sa relation d'aide et de se préoccuper de la sécurité émotionnelle et physique du bénéficiaire.

Les énoncés 28 (Les composantes émotionnelles de la santé mentale et / ou les problèmes sous-jacents liés à la santé mentale) et 34 (Discerner les interventions qui découlent des besoins identifiés) sont jugés comme prioritaire dans l'ensemble de cette dimension. De plus, les intervenantes souhaitent plus que les intervenants obtenir de la formation relativement à la dimension physique et ce, pour l'ensemble des savoirs ( $p < 0,01$ ).

#### 4.7.1 Dimension cognitive (savoir)

La dimension cognitive regroupe l'ensemble des éléments liés aux connaissances intellectuelles et académiques chez la personne. Sont évaluées ici les connaissances des intervenantes et des intervenants à ce sujet afin de cerner les besoins de formation. Le tableau 8 montre les quatre énoncés relatifs à la dimension cognitive en ce qui a trait aux connaissances, c'est-à-dire au savoir.

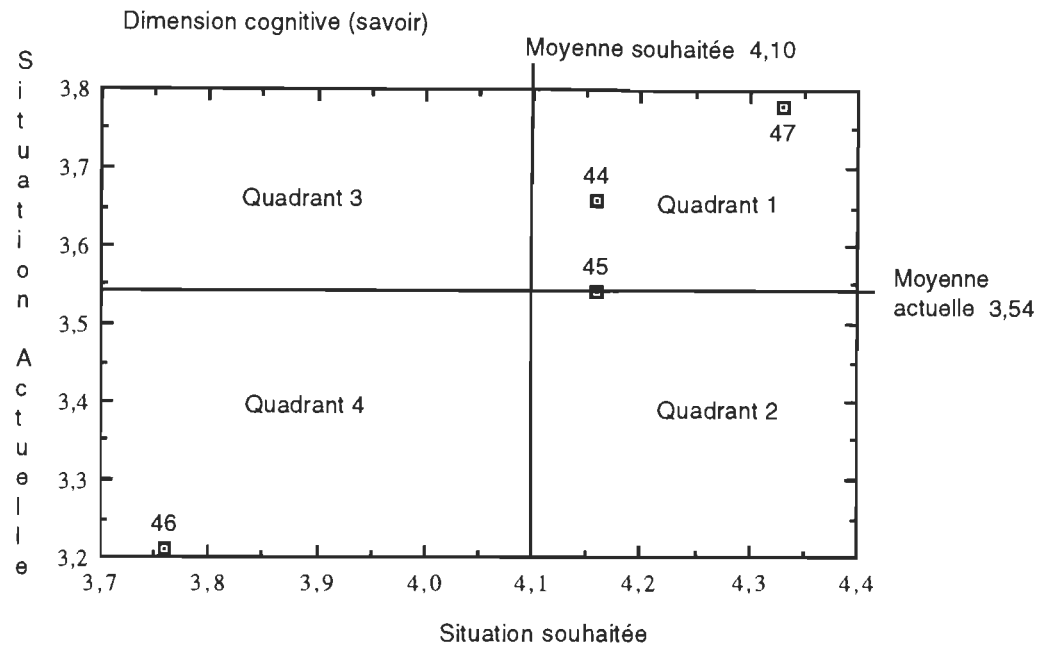
Tableau 8  
Moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir)

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait connaître (savoir)</b>				
44 Les théories, les techniques et les caractérist	3,66	4,16	-3,89	0,50
45 Les différentes techniques d'observation, etc	3,54	4,16	-4,17	0,62
46 Les étapes du développement intellectuel	3,21	3,76	-4,12	0,55
47 Les différents modes de communication	3,78	4,33	-4,26	0,52
Moyenne de la dimension cognitive (savoir)	<b>3,54</b>	<b>4,10</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 47, 44 et 45 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: à les modes de communication, théories et techniques de l'apprentissage, les techniques d'observation ( $M=3,54$ , écart-type: 0,55).

Pour la situation souhaitée, la cote de 4,10 est accordée sur une possibilité de 5. Les énoncés 47, 44 et 45 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation. Les énoncés sont les mêmes que la situation actuelle. Or, la répartition des énoncés selon l'approche d'Hershkowitz au tableau 8 démontre que les 44 et 47 se retrouvent au quadrant 1, alors que l'énoncé 45 est jugé comme prioritaire.



**Figure 14** Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir).

Les énoncés (44 et 47) se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. L'énoncé 45 (Les différentes techniques d'observation, de programmation et d'évaluation reliées aux apprentissages cognitifs et psychomoteurs) représente un besoin prioritaire de formation.

À ce sujet, Belcher et Honeycutt (1991) soulignent que tous les secteurs d'intervention ont l'opportunité de bénéficier des connaissances des recherches et qu'ils peuvent utiliser ces connaissances pour augmenter, modifier et améliorer les services offerts. Du côté de la personne ayant des problèmes de santé mentale, Norton et al. (1993) font remarquer que plus la personne est active au sein d'un groupe, plus elle améliore sensiblement son sens des responsabilités, ses relations familiales, à développer les

connaissances et informations relatives à sa maladie. D'ailleurs Solomon et Draine (1994) rapportent finalement que les utilisateurs du P.S.I. ont des besoins au niveau de la formation afin de pourvoir aux besoins de la famille, le rapport émotionnel et les stratégies de motivation.

#### 4.7.2 Dimension cognitive (savoir-faire)

Le tableau 9 présente les résultats quant aux habiletés (savoir-faire) des intervenantes et intervenants pour la dimension cognitive.

Tableau 9  
Moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-faire)

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait être en mesure (savoir-faire)</b>				
48 De créer et d'inventer des techniques non existant	3,21	3,76	-4,12	0,55
49 D'établir des objectifs et des priorités	4,11	4,47	-3,34	0,36
50 De faire l'analyse des tâches	3,97	4,40	-3,61	0,43
51 De bien identifier le fonct. cognitif du bénéf	3,71	4,30	-5,25	0,59
52 De se situer dans une approche multifonctionnelle	3,76	4,47	-4,44	0,61
53 De refléter au bénéficiaire son évolution, etc	4,07	4,42	-3,75	0,35
<b>Moy. de la dimension cognitive (savoir-faire)</b>	<b>3,80</b>	<b>4,30</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 49, 53 et 50 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: à établir des objectifs et priorités, refléter au bénéficiaire son évolution, analyser les tâches à accomplir ( $M=3,80$ , écart-type: 0,48).

Pour la situation souhaitée, la cote de 4,30 est accordée sur une possibilité de 5. Les énoncés 49, 52, 53, 50 et 51 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation. Les énoncés importants sont donc: établir des objectifs et priorités, se situer dans une approche multi-fonctionnelle, refléter au bénéficiaire son évolution, faire l'analyse des tâches à accomplir, identifier le fonctionnement cognitif du bénéficiaire dans son apprentissage. Ces résultats analysés selon l'approche d'Hershkowitz (1977) montrent trois énoncés au quadrant 1 et deux énoncés (52 et 53) au quadrant 2 comme étant jugés prioritaires.

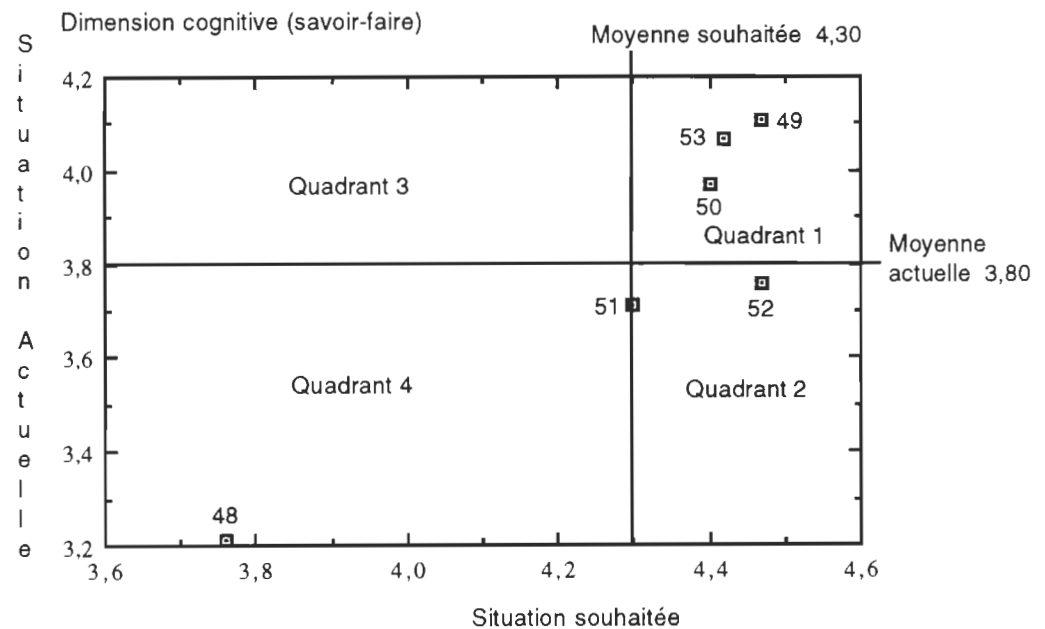


Figure 15- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-faire)

Les trois énoncés (49, 50 et 53) se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. Les énoncés 51 (De bien identifier le fonctionnement cognitif du bénéficiaire dans son apprentissage) et 52 (De refléter au bénéficiaire



son évolution dans l'apprentissage) sont des besoin prioritaires de formation au niveau du savoir-faire. Ces besoins prioritaires (51 et 52) rejoignent les propos de Anthony et Unger (1991), lorsqu'ils mentionnent que la mission spécifique de l'éducation chez la personne ayant des problèmes de santé mentale entre nécessairement dans son processus de réhabilitation.

#### 4.7.3 Dimension cognitive (savoir-être)

Le tableau 10 présente les résultats quant aux habiletés (savoir-faire) des intervenantes et intervenants pour la dimension cognitive.

Tableau 10

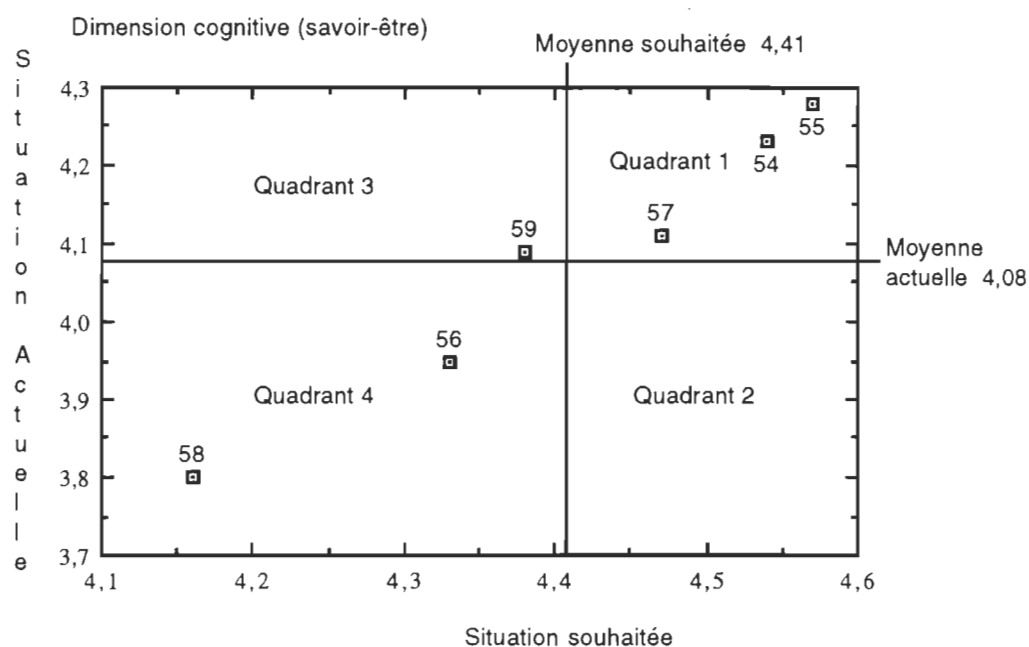
Moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-être)

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait (savoir-être)</b>				
54 Croire dans la capacité d'apprentissage, etc	4,23	4,54	-3,12	0,31
55 Respecter le rythme normal d'une journée, etc	4,28	4,57	-3,11	0,29
56 Pouvoir tirer parti dans des échecs, etc	3,95	4,33	-2,99	0,38
57 Accepter le support de l'équipe intervenante, etc	4,11	4,47	-2,82	0,36
58 Favoriser l'apprentissage de nouvelles habiletés,	3,80	4,16	-3,05	0,24
59 Savoir persister dans la réalisation, etc	4,09	4,38	-2,08	0,29
<b>Moy. de la dimension cognitive (savoir-être)</b>	<b>4,08</b>	<b>4,41</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 55, 54, 57 et 59 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: à respecter le rythme normal, croire en la capacité d'apprentissage, accepter le support de l'équipe intervenante, savoir persister dans la réalisation des objectifs d'apprentissage (M=4,08, écart-type: 0,31).

Pour la situation souhaitée, la cote de 4,41 sur une possibilité de 5 montre que les énoncés 55, 54 et 57 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation. Les énoncés importants sont donc: respecter le rythme normal, croire en la capacité d'apprentissage du bénéficiaire, accepter le support de l'équipe intervenante.



**Figure 16-** Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension cognitive (savoir-être)

Les trois énoncés (54, 55 et 57) se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. Aucun énoncé n'est répertorié au quadrant 2.

Comme ces énoncés touchent les aspects relatifs au support de l'équipe d'intervention. Selon Cormier et al. (1987); Solomon et Davis (1985); Tessler et Goldman (1982) et Wasyleski et al. (1985), nous pouvons considérer que les services les plus couramment offerts

(médicaux et thérapeutiques) ne couvrent qu'en partie les besoins de la clientèle. Comme le mentionnent Cohen et DeGraaf (1982); Harvey (1988); Rothery et Cameron (1990) le fait de concerter les actions des divers intervenants en un plan commun d'action permettrait d'améliorer les services offerts.

#### 4.7.4 Résumé de la dimension cognitive

En résumé, les résultats obtenus à la dimension cognitive démontrent que l'ensemble des répondants désire obtenir de la formation, plus spécifiquement au niveau des savoirs suivants (Les énoncés sont présentés par ordre d'importance). Plus particulièrement au niveau des composantes cognitives de la santé mentale ou les problèmes sous-jacents reliés à la santé mentale, au niveau du savoir, les différents modes de communication, les théories, les techniques et les caractéristiques de l'apprentissage, les différentes techniques d'observation, de programmation et d'évaluation reliées aux apprentissages cognitifs et psychomoteurs.

Au niveau du savoir-faire, de bien identifier le fonctionnement cognitif du bénéficiaire dans son apprentissage, de se situer dans une approche multi-fonctionnelle d'intervention et dans une démarche de concertation, d'établir des objectifs et des priorités, de refléter au bénéficiaire son évolution dans l'apprentissage, de faire l'analyse des tâches à accomplir.

Au niveau du savoir-être, de respecter le rythme normal d'une journée pour le bénéficiaire ainsi que son rythme d'apprentissage, de croire dans la capacité d'apprentissage du bénéficiaire et d'accepter le support de l'équipe intervenante, partager ses succès, échecs et frustrations.

Les énoncés 45 (Les différentes techniques d'observation, de programmation et d'évaluation reliées aux apprentissages cognitifs et psychomoteurs), 51 (De bien identifier le fonctionnement cognitif du bénéficiaire dans son apprentissage) et 52 (De se situer dans une approche multi-fonctionnelle d'intervention et dans une démarche de concertation) sont jugés comme prioritaire dans l'ensemble de cette dimension.

De plus, les intervenantes souhaitent obtenir plus que les intervenants de la formation relativement à la dimension physique et ce, pour l'ensemble des savoirs ( $p < 0,01$ ).

#### 4.8.1 Dimension sociale (savoir)

La dimension sociale regroupe les aspects regroupant des éléments de la vie sociocommunautaire de la personne. Afin de bien cerner les besoins de formation, sont évaluées ici les connaissances des intervenantes et intervenants à ce sujet. Le tableau 11 montre les sept énoncés relatifs à la dimension sociale en ce qui a trait aux connaissances, c'est-à-dire au savoir.

Tableau 11

#### Moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir)

	Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait connaître (savoir)</b>					
60	L'organisation des différents réseaux d'entraide,	3,47	4,28	-4,73	0,81
61	L'approche multi-fonctionnelle* de l'intervention,	3,40	4,11	-4,34	0,71
62	Les différentes approches d'intervention, etc	3,54	4,33	-4,48	0,79
63	Les différentes techniques de relation d'aide, etc	3,57	4,40	-4,80	0,83
64	La dynamique de groupe	3,26	3,92	-3,94	0,66
65	Les valeurs privilégiées et véhiculées, etc	3,33	3,83	-3,26	0,50
66	Les conditions de réussite de l'intégration	3,66	4,21	-3,58	0,55
	<b>Moyenne de la dimension sociale (savoir)</b>	<b>3,46</b>	<b>4,15</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 66, 63, 62 et 60 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: aux conditions de réussite de l'intégration, les techniques de relation d'aide, les différentes approches d'intervention, l'organisation des différents réseaux d'entraide (M=3,46, écart-type: 0,69).

Pour la situation souhaitée, la cote de 4,15 sur une possibilité de 5 montre que les énoncés 63, 62, 60 et 66 sont jugés comme étant

prioritaires en termes de formation. Les énoncés importants sont donc: les techniques de relation d'aide, les différentes approches d'intervention, l'organisation des différents réseaux d'entraide, les conditions de réussite de l'intégration.

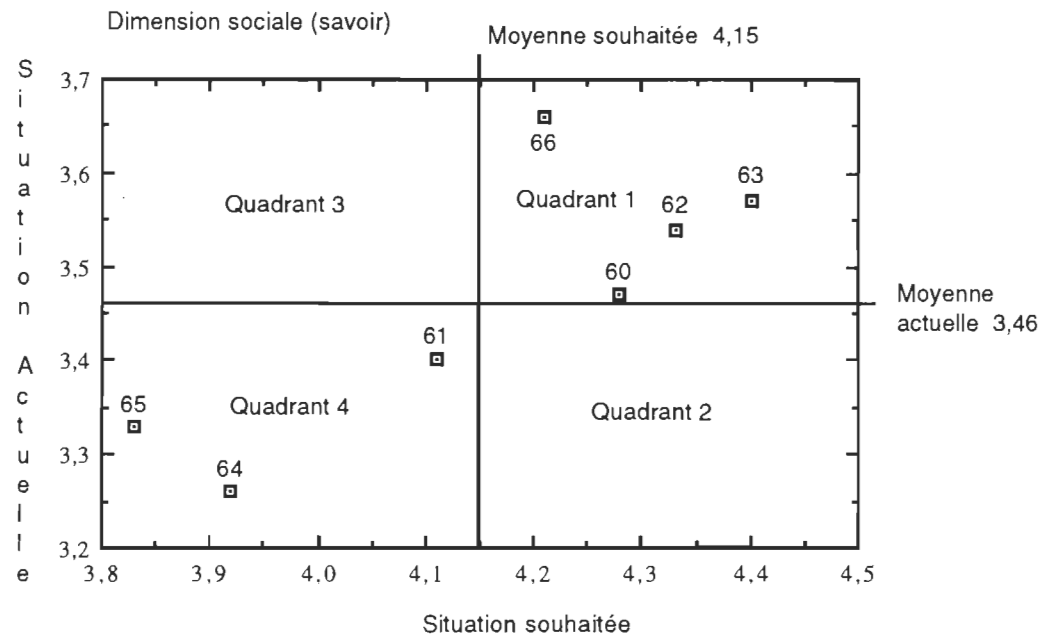


Figure 17- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir)

Les trois énoncés (62, 63 et 66) se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. L'énoncé 60 (L'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire et des ressources alternatives) se situe près de la limite du quadrant 2, nous pouvons le considérer comme un besoin de formation prioritaire. Les énoncés jugés comme importants et prioritaires rejoignent les résultats des recherches de Turner et Wan (1992) voulant que l'intervention en santé mentale devrait inclure et être supportée par des programmes de relations d'aide. De plus, cet

intervention selon Stroul (1989) doit favoriser le développement, chez la personne, de liens sociaux, de réseaux et doit l'encourager à utiliser ses pairs comme support social.

#### 4.8.2 Dimension sociale (savoir-faire)

Le tableau 12 présente les résultats quant aux habiletés (savoir-faire) des intervenantes et intervenants pour la dimension sociale.

Tableau 12

Moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-faire)

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait être en mesure (savoir-faire)</b>				
67 D'outiller les parents, les membres, etc	3,59	4,30	-3,87	0,71
68 D'apprendre du savoir-faire des parents, etc	3,42	4,04	-4,17	0,62
69 De mettre en pratique une approche holistique, etc	3,76	4,23	-2,84	0,47
70 D'habiliter le bénéficiaire, les parents, etc	3,21	4,04	-5,22	0,83
71 D'amener le citoyen à devenir un agent	3,16	3,90	-4,24	0,74
72 D'appliquer certaines techniques d'entrevue	3,40	4,00	-3,72	0,60
73 De faire faire au bénéficiaire des apprentissages	3,80	4,14	-2,86	0,34
74 D'amener le bénéficiaire à se faire des amis	3,69	4,11	-3,61	0,42
75 De tendre vers toutes les ressources du milieu,	3,57	4,16	-3,56	0,59
<b>Moy. de la dimension sociale (savoir-faire)</b>	<b>3,51</b>	<b>4,06</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 73, 69, 74, 67 et 75 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: d'amener le bénéficiaire à développer des habiletés sociales, de mettre en pratique une approche holistique, d'amener le bénéficiaire à se faire des amis, d'outiller les parents, etc., de tendre vers toutes les ressources du

milieu avant d'avoir recours aux ressources spécialisées (M=3,51, écart-type: 0,55).

Pour la situation souhaitée, les mêmes énoncés 67, 69, 75, 73 et 74 sont jugés comme importants en termes de formation. Les énoncés importants sont donc: d'outiller les parents, etc., de mettre en pratique une approche holistique, de tendre vers toutes les ressources du milieu, amener le bénéficiaire à développer des habiletés sociale, d'amener le bénéficiaire à se faire des amis.

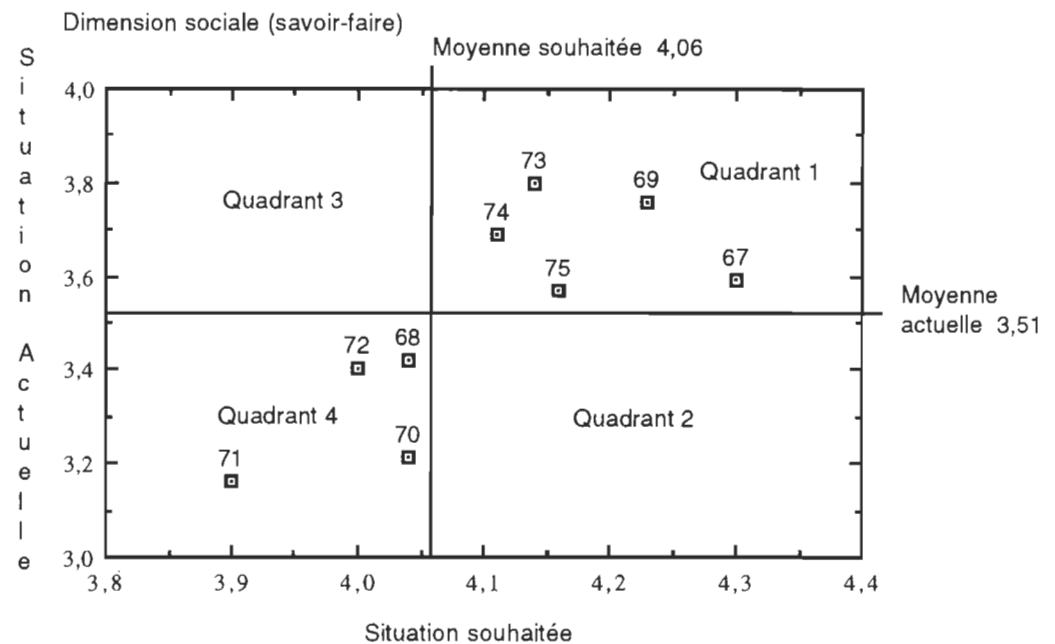


Figure 18- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-faire)

Les énoncés 67, 69, 73, 74 et 75, se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. Les énoncés 68 (D'apprendre du savoir-faire des parents et des ressources communautaires) et 70 (D'habiliter le bénéficiaire, les parents ou les ressources communautaires à la gestion du plan de



services et à l'utilisation d'une instrumentation pertinente) se retrouvent près de la limite du quadrant 2 mais ne peuvent représenter actuellement des besoins prioritaires.

Comme le font remarquer Rapp et Chamberlain (1985), une part importante du travail d'intervention est exécutée par l'environnement immédiat de la personne (famille, amis, etc). Par contre, beaucoup de difficultés sont rencontrées chez les familles. En effet, Francell et al. (1988) mentionnent que les problèmes rencontrés par les familles sont dus principalement à l'incompréhension de la maladie et des troubles de comportement s'y rattachants.

À ce niveau, Lin et al. (1985) mentionnent que les relations interpersonnelles agissent comme un système tamponisateur chez le client face aux situations de stress. De même, Gantt et al. (1989) soulignent que la famille a une part incommensurable à jouer dans le traitement et le bon rétablissement de la personne ayant des problèmes de santé mentale.

#### 4.8.3 Dimension sociale (savoir-être)

Le tableau 13 présente les résultats quant aux habiletés (savoir-faire) des intervenantes et intervenants pour la dimension sociale.

Tableau 13

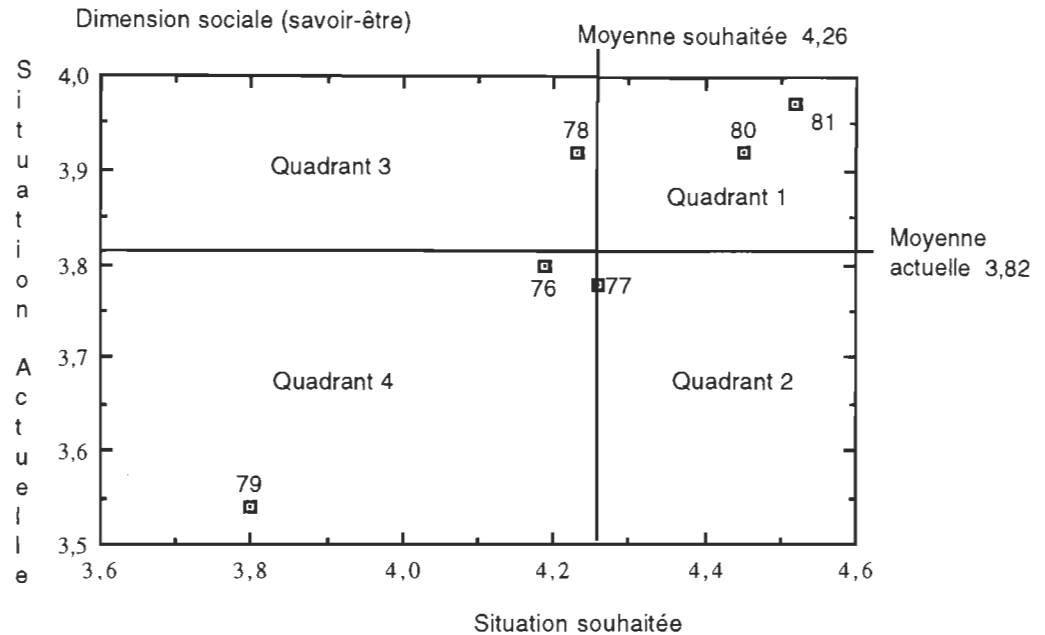
#### Moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-être)

	Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
	<b>Devrait (savoir-être)</b>				
76	Accorder de l'importance au rôle social, etc	3,80	4,19	-3,23	0,39
77	Accorder de l'importance à l'intervention, etc	3,78	4,26	-3,37	0,48
78	Respecter et composer avec les réactions, etc	3,92	4,23	-2,68	0,31
79	Se soucier de l'importance d'être une exemple, etc	3,54	3,80	-3,12	0,26
80	Accorder de l'importance aux parents, etc	3,97	4,52	-4,12	0,55
81	Croire en la capacité d'auto-développement, etc	3,92	4,45	-3,70	0,53
	<b>Moyenne de la dimension sociale (savoir-être)</b>	<b>3,82</b>	<b>4,26</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 80, 78 et 81 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: accorder de l'importance aux parents et aux ressources du milieu, respecter et composer avec les réactions des parents et de l'entourage, croire en la capacité d'auto-développement de la personne en difficulté ( $M=3,82$ , écart-type: 0,44).

Pour la situation souhaitée, la cote de 4,26 sur une possibilité de 5 montre que les énoncés 80, 81 et 77 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation. Les énoncés importants sont donc: accorder de l'importance aux parents aux ressources du milieu, croire en la capacité d'auto-développement de la personne en difficulté, accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté.



**Figure 19-** Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension sociale (savoir-être)

Les énoncés 80 et 81 se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. L'énoncé 77 (Accorder de l'importance au rôle social de la personne) représente un besoin prioritaire de formation. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les recherches de Gantt et al. (1989) ont souligné l'importance de la famille dans le traitement et le bon rétablissement de la personne. À noter également, les recherches de Norton et al. (1993) qui mentionnent que, plus la personne est active au sein d'un groupe, plus elle améliore ses responsabilités, ses relations familiales, pourvoit davantage à comprendre et à apprendre. Ce qui implique d'accorder de l'importance au rôle social de la personne ayant des problèmes de santé mentale.

#### 4.8.4 Résumé de la dimension sociale

En résumé, les résultats obtenus à la dimension sociale démontrent que l'ensemble des répondants désire obtenir de la formation, plus spécifiquement au niveau des savoirs suivants (Les énoncés sont présentés par ordre d'importance). Plus particulièrement au niveau des composantes cognitives de la santé mentale ou les problèmes sous-jacents reliés à la santé mentale, au niveau du savoir, l'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire et des ressources alternatives, les différentes techniques de relation d'aide ou de communication en milieu familial et communautaire, les différentes approches d'intervention en milieu familial et communautaire, les conditions de réussite de l'intégration.

Au niveau du savoir-faire, d'outiller les parents, les membres de la communauté et les ressources d'entraide en vue de faciliter leur collaboration au développement et à l'intégration de la personne en difficulté, de mettre en pratique une approche holistique (globale) des réalités et des besoins de la personne et de la famille, de tendre vers toutes les ressources du milieu avant d'avoir recours aux ressources spécialisées, d'amener le bénéficiaire à développer des habiletés sociales (règles de courtoisie et de politesse), d'amener le bénéficiaire à se faire des amis.

Au niveau du savoir-être, d'accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté, de croire en la capacité d'auto-développement de la personne en difficulté, de sa famille et de son entourage, d'accorder de l'importance aux parents et aux ressources du milieu comme partenaires essentiels à l'action professionnelle.

Les énoncés 60 (L'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire et des ressources alternatives) et 77

(Accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté) sont jugés comme prioritaire dans l'ensemble de cette dimension.

De plus, les intervenantes souhaitent plus que les intervenants obtenir de la formation relativement à la dimension physique et ce, pour l'ensemble des savoirs ( $p < 0,01$ ).

#### 4.9.1 Dimension générale

La dimension générale regroupe des aspects regroupés touchant plusieurs dimensions à la fois, tous savoirs confondus.

Tableau 14

#### Moyennes obtenues à la dimension générale

Questions	Actuelle	Souhait	Test t	Écart-type
<b>Devrait être en mesure</b>				
82 D'évaluer les besoins du bénéficiaire, etc	4,26	4,64	-3,74	0,38
83 De travailler en concertation avec une équipe, etc	4,02	4,54	-3,34	0,52
84 D'animer les rencontres du plan de services	<b>2,71</b>	<b>3,80</b>	<b>-5,70</b>	<b>1,09</b>
<b>(Le plus important écart absolu: 1,09)</b>				
85 De gérer des plans de services et d'intervention	3,35	4,16	-4,93	0,81
86 De prendre des décisions pertinentes, etc	4,16	4,45	-3,11	0,29
87 D'utiliser des notions touchant les activités, etc	4,16	4,52	-2,93	0,36
88 D'appliquer les modalités d'élaboration des P.S.I.,	3,83	4,38	-4,42	0,55
89 De voir à l'application et au respect des lois, etc	3,69	4,09	-3,29	0,40
Moyenne de la dimension générale	<b>3,77</b>	<b>4,32</b>		

( $p < 0,01$ )

Selon l'ordre d'importance, les énoncés 82, 86, 87, 83 et 88 démontrent que les intervenants accordent une grande importance aux éléments qui touchent notamment: d'évaluer les besoins du bénéficiaire, prendre des décisions pertinentes dans son travail, utiliser des notions touchant les AVQ, travailler en concertation avec une équipe multidisciplinaire, d'appliquer des modalités d'élaboration des P.S.I. et P.I.I.; (M=3,77, écart-type: 0,55)

Pour la situation souhaitée, la cote de 4,32 sur une possibilité de 5 montre que les énoncés 82, 83, 87, 86 et 88 sont jugés comme étant prioritaires en termes de formation sont: d'évaluer les besoins du

bénéficiaire, travailler en concertation avec une équipe multidisciplinaire, utiliser des notions touchant les AVQ, prendre des décisions pertinentes dans son travail, d'appliquer des modalités d'élaboration des P.S.I. et P.I.I..

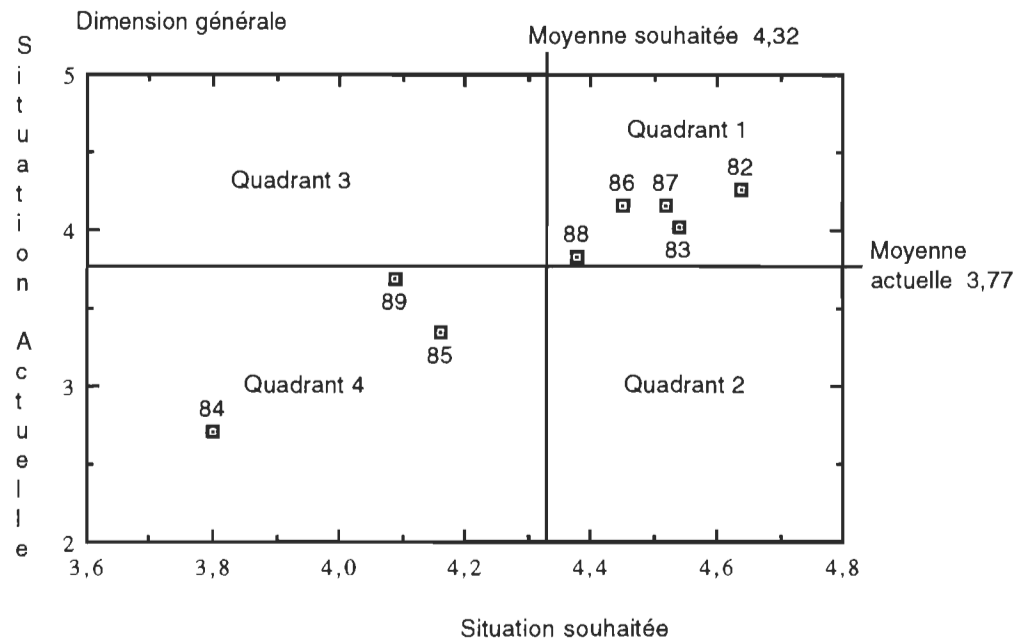


Figure 20- Répartition des énoncés selon les moyennes obtenues à la dimension générale

Les énoncés 82, 83, 86 et 87, se retrouvent au quadrant 1 des besoins à maintenir afin de conserver la qualité d'intervention. L'énoncé 88 (Appliquer les modalités d'élaboration des plans de services et des plans d'interventions) représente un besoin prioritaire de formation.

Comme le rapportent Solomon et Draine (1994), les utilisateurs du P.S.I. reconnaissent avoir des besoins de formation afin de pouvoir aux besoins de la famille, au développement du support émotionnel et des stratégies de motivation. Wilson (1983) rapporte que, pour une

utilisation efficiente du P.S.I., il est impératif d'inclure à la formation des intervenants, les techniques de communication, d'évaluation systémique du client et d'évaluation des problèmes.

#### 4.9.2 Résumé de la dimension générale

En résumé, les résultats obtenus à la dimension générale démontrent que l'ensemble des répondants désire obtenir de la formation, plus spécifiquement au niveau des savoirs suivants (Les énoncés sont présentés par ordre d'importance). Plus particulièrement au niveau de l'animation des rencontres du P.S.I., de l'application des modalités d'élaboration des P.S.I. et des P.I.I., de l'évaluation des besoins du bénéficiaire avec celui-ci et de choisir les interventions adaptées à ses besoins, de travailler en concertation avec une équipe multidisciplinaire (parents ou parrain, bénéficiaire...) dans le but d'élaborer des P.S.I. et des P.I.I., d'utiliser des notions touchant les activités de la vie quotidienne (A.V.Q.), de prendre des décisions pertinentes dans le quotidien de son travail (autonomie, initiative, bon sens).

Les énoncés 84 (D'animer les rencontres du P.S.I.) et 88 (D'appliquer les modalités d'élaboration des P.S.I. et des P.I.I.) sont jugés comme prioritaire dans l'ensemble de cette dimension.

Pour tous ces énoncés, l'analyse statistique montre que les intervenantes souhaitent plus que les intervenants obtenir de la formation relativement à la dimension générale ( $p < 0,01$ ).



#### 4.10 Résumé du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons identifié les besoins de formation jugés prioritaires par l'ensemble des intervenants. Nous avons pu également établir des liens avec la littérature scientifique relative à l'organisation, à l'application et à l'évaluation systémique du P.S.I. en regard des besoins spécifiques de l'intervenante et de l'intervenant travaillant auprès d'une clientèle de santé mentale.

Comme nous avons pu le constater, neuf énoncés (10%) ont été jugés comme prioritaires en termes de formation et quarante-sept énoncés (53%) furent jugés comme importants afin de maintenir et d'assurer la qualité d'intervention. Ce qui donne un total de cinquante-six énoncés (63%) sur une possibilité de quatre-vingt-neuf énoncés. Comme nous l'avons mentionné, les intervenantes et intervenants travaillant en santé mentale désirent, dans 62% des cas, de la formation au sujet de l'utilisation du P.S.I. Les résultats démontrent que seulement 38% de l'ensemble des répondants disent posséder la formation adéquate actuellement.

**CHAPITRE V**

**CONCLUSION**

## CHAPITRE V

### Conclusion

#### 5.1 Conclusion

Le projet de recherche avait comme objectif principal d'identifier les besoins de formation des intervenantes et intervenants (psycho-éducateur, infirmière) en regard de l'utilisation du P.S.I. en santé mentale.

Sous la forme d'une enquête, cette recherche fut menée auprès d'un échantillon composé de personnel (psycho-éducateur, infirmier) travaillant en santé mentale qui utilise obligatoirement le plan de services individualisé et ce, en milieux institutionnels et communautaires de la région Mauricie-Bois-Francs. Cette méthode permet de recueillir un total de quarante-deux questionnaires sur une possibilité de soixante.

Les résultats obtenus par notre enquête ont permis de confirmer notre question de recherche voulant que les besoins de formation interagissent de façon significative dans la mise en application du P.S.I.. En effet, les résultats obtenus démontrent que l'ensemble des intervenantes et intervenants identifient neuf besoins de formation prioritaires et quarante-sept besoins de formation importants afin de maintenir la qualité d'intervention.

En regard des neuf besoins prioritaires de formation, l'animation des rencontres du P.S.I., les modalités d'élaboration des P.S.I., les composantes émotives de la santé mentale, les interventions qui découlent des besoins identifiés, les différentes techniques d'observation, le fonctionnement cognitif, se situer dans une approche multi-fonctionnelle, l'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire, accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté sont au coeur des priorités de formation pour l'ensemble des intervenantes et intervenants.

Les principales dimensions prioritaires sont la dimension générale, émotionnelle, cognitive et sociale. C'est au niveau du savoir (connaissances) et du savoir-faire (habiletés) que se retrouvent la majorité des besoins prioritaires de formation.

Les 47 besoins à maintenir afin d'assurer la qualité d'intervention portent notamment sur: les soins d'urgences et premiers soins, la médication et la posologie, les divers services communautaires, l'étiologie d'un problème de santé mentale, les règles usuelles de santé, prévenir le situation de crise, la gestion de la santé, les besoins de consultation, utiliser les moments privilégiés pour l'apprentissage, apprendre à se référer à un médecin, être vigilant aux besoins de santé physique et mentale, se préoccuper des droits, être préoccupé de la santé, les modes de communication, les différentes techniques d'observation, établissement d'objectifs, le fonctionnement cognitif, se situer dans une approche multifonctionnelle, respecter le rythme du bénéficiaire, croire en la capacité d'apprentissage, accepter le support de l'équipe intervenante, connaître les techniques de relation d'aide, les différentes approches d'intervention, les conditions de réussite de l'intégration, outiller la famille, mettre en pratique une approche holistique, tendre vers les ressources du milieu, amener le bénéficiaire à développer des habiletés sociale, amener le bénéficiaire à se faire des amis, croire en la capacité d'auto-développement, accorder de l'importance aux parents, évaluer les besoins du bénéficiaire, travailler en concertation avec une équipe multidisciplinaire, utiliser des notions touchant les activités de la vie quotidienne, de prendre des décisions pertinentes dans le quotidien de son travail. L'ensemble des dimensions et des savoirs sont considérés comme importants.

Au total, cinquante-six énoncés (63%) furent identifiés comme importants parmi les 89 qui composent l'ensemble du questionnaire. Malgré l'identification des besoins prioritaires et des besoins à maintenir, 37% des intervenantes et intervenants semblent posséder la formation requise afin d'intervenir et d'utiliser adéquatement le plan de services auprès d'une clientèle en santé mentale.

## 5.2 Les grandes conclusions de la recherche

Notre recherche révèle que neuf besoins furent répertoriés comme besoins prioritaires de formation et quarante-sept besoins à maintenir afin d'assurer la qualité d'intervention dans un contexte de santé mentale. De plus, au niveau des répondants, les intervenantes expriment davantage de besoins de formation que les intervenants en regard de l'application du plan de services.

L'identification et la formation relative face aux besoins identifiés susciteront sûrement d'autres interrogations au niveau de l'intervention de la part des intervenantes et des intervenants. Ces mesures pourraient favoriser la consolidation et l'amélioration de la pratique professionnelle actuelle en regard de l'application du plan de services en santé mentale.

Les tableaux 15 et 16 permettent d'identifier les besoins de formation prioritaires et les besoins de formation à maintenir pour assurer la qualité d'intervention.

Tableau 15 Présentation des besoins de formation prioritaires en regard de l'application du PSI

Énoncés No.	Besoins prioritaires de formation	Dimension
84	Animer les rencontres du plan de services	Générale
88	Appliquer les modalités d'application des P.S.I et des P.I.I.	Générale
28	Les composantes émotives de santé mentale et / ou les problèmes sous-jacents reliés à la santé mentale	Émotionnelle
34	Discerner les interventions qui découlent des besoins identifiés	Émotionnelle
45	Les différentes techniques d'observation, de programmation et d'évaluation reliées aux apprentissages cognitifs et psychomoteurs	Cognitive
51	De bien identifier le fonctionnement cognitif du bénéficiaire dans son apprentissage	Cognitive
52	De se situer dans une approche multi-fonctionnelle d'intervention et dans une démarche de concertation	Cognitive
60	L'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire et des ressources alternatives	Sociale
77	Accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté	Sociale

L'énoncé: Animer les rencontres du plan de services, est le besoin de formation le plus important, des intervenantes et intervenants travaillant en santé mentale et utilisant obligatoirement le plan de services.

Tableau 16 Besoins dont il faut maintenir la formation afin d'assurer la qualité d'intervention

Énoncés No	Besoins satisfaits pour maintenir la qualité d'intervention	Dimensions
2	Les éléments nécessaires aux soins d'urgence et aux premiers soins et à la sécurité du bénéficiaire	Physique
6	Les médicaments d'usage courant y compris les anxiolytiques, anticonvulsivants et autres	Physique
4	Les divers services communautaires de santé	Physique
7	Le fonctionnement de la posologie	Physique
9	L'étiologie d'un problème de santé mentale en ce qui a trait aux caractéristiques qui le composent	Physique
1	Les règles usuelles de santé : alimentation, hygiène, sommeil	Physique
17	Prévenir et faire aux situations de crise	Physique
13	Amener le bénéficiaire à gérer sa santé	Physique
12	Reconnaître les besoins de consultation, de traitement et d'intervention	Physique
14	Saisir et utiliser les moments privilégiés de la vie courante pour des interventions préventives et d'apprentissages	Physique
15	Savoir utiliser les services de santé de la localité	Physique
19	Gérer sa propre santé physique et mentale	Physique
20	Apprendre au bénéficiaire à référer à un médecin et à lui soumettre ses besoins	Physique
24	Être vigilant aux besoins de santé tant physique que mental et de sécurité du bénéficiaire	Physique
23	Se préoccuper des droits de la personne vivant avec un problème de santé mentale d'avoir des services de santé tel que pour l'ensemble de la population, y compris les services spécialisés	Physique

Tableau 16 Besoins dont il faut maintenir la formation afin d'assurer la qualité d'intervention (suite ...).

Énoncés No	Besoins satisfaits pour maintenir la qualité d'intervention	Dimensions
22	Être préoccupé de l'importance de la santé pour une personne vivant des problèmes de santé mentale	Physique
25	Les notions relatives à l'expression des émotions et à la communication verbale et non verbale	Émotionnelle
27	Les éléments de la psychologie familiale et les incidences sur le milieu de la présence de la personne ayant un problème de santé mentale	Émotionnelle
32	Utiliser et valoriser les ressources du bénéficiaire et de son environnement	Émotionnelle
31	Développer un mode de communication avec le bénéficiaire qui favorise l'expression de ses émotions	Émotionnelle
37	Communiquer au bénéficiaire son évolution et sa capacité à gérer ses émotions	Émotionnelle
35	Composer avec ses aspirations et les réalités de son quotidien	Émotionnelle
42	Être capable de reconnaître ses limites, ses ressources, de ses habiletés	Émotionnelle
43	Être capable d'empathie dans sa relation d'aide	Émotionnelle
40	Se préoccuper de la sécurité émotive et physique du bénéficiaire	Émotionnelle
47	Les différents modes de communication	Cognitive
44	Les théories, les techniques et les caractéristiques de l'apprentissage	Cognitive
49	D'établir des objectifs et des priorités	Cognitive
53	De refléter au bénéficiaire son évolution dans l'apprentissage	Cognitive
50	De faire l'analyse des tâches à accomplir	Cognitive
55	Respecter le rythme normal d'une journée pour le bénéficiaire ainsi que son rythme d'apprentissage	Cognitive



Tableau 16 Besoins dont il faut maintenir la formation afin d'assurer la qualité d'intervention (suite ...).

Énoncés No	Besoins satisfaits pour maintenir la qualité d'intervention	Dimensions
54	Croire dans la capacité d'apprentissage du bénéficiaire	Cognitive
57	Accepter le support de l'équipe intervenante, partager ses succès, ses échecs, ses frustrations	Cognitive
63	Les différentes techniques de relation d'aide et / ou de communication en milieu familial et communautaire	Sociale
62	Les différentes approches d'intervention en milieu familial et communautaire	Sociale
66	Les condition de réussite de l'intégration	Sociale
67	D'outiller les parents, les membres de la communauté et les ressources d'entraide en vue de faciliter leur collaboration au développement et à l'intégration de la personne en difficulté	Sociale
69	De mettre en pratique une approche holistique (globale) des réalités et des besoins de la personne et de la famille	Sociale
75	De tendre vers toutes les ressources du milieu avant d'avoir recours aux ressources spécialisées	Sociale
73	Amener le bénéficiaire à développer des habiletés sociales (règles de courtoisie et de politesse)	Sociale
74	D'amener le bénéficiaire à se faire des amis	Sociale
81	Croire en la capacité d'auto-développement de la personne en difficulté, de sa famille et de son entourage	Sociale
80	Accorder de l'importance aux parents et aux ressources du milieu comme partenaires essentiels à l'action professionnelle	Sociale
82	D'évaluer les besoins du bénéficiaire avec celui-ci et de choisir les interventions adaptées à ses besoins	Générale
83	De travailler en concertation avec une équipe multidisciplinaire (parents ou parrain, bénéficiaire,...) dans le but d'élaborer des P.S.I. et des P.I.I.	Générale
87	D'utiliser des notions touchant les activités de la vie quotidienne (AVQ)	Générale
86	De prendre des décisions pertinentes dans le quotidien de son travail (autonomie, initiative, bon sens)	Générale

### 5.3 Limites de la recherche et pistes de recherches

Les résultats de cette recherche doivent toutefois ne pas faire l'objet d'une généralisation trop rapide compte tenu de la nature de notre échantillon. Les répondants sont d'abord liés au secteur de la santé mentale et travaillent auprès de personnes recevant des services pour de longues durées.

Des recherches ultérieures pourraient être menées afin de préciser la perception des intervenantes et intervenants quant à leur pratique professionnelle. De plus, il serait important de connaître les motivations des intervenantes et des intervenants afin de préciser le lien entre les besoins de formation et l'intérêt porté aux fonctions relatives à leur travail en santé mentale.

Les résultats de notre recherche laissent présumer des modifications profondes du rôle des intervenantes et intervenants depuis qu'ils travaillent dans le secteur communautaire. Finalement, toute autre donnée permettant de préciser davantage les besoins instrumentaux de ces travailleurs sera intéressant afin de cibler d'éventuelles formations.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anthony, W.A. et Unger, K.V. (1991). Supported Education: An Additional Program Resource for Young Adult with Long Term Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 27 (2).
- Anthony, W.A.; Forbess, R. et Cohen, M.R. (1993). Rehabilitation Oriented Case Management. Case Management For Mentally Ill Patients: Theory and Practice. *Chronic Mental illness*, 1, 99-118.
- Barrera, M. et Bacca, L. (1990). Recipient Reaction to Social Support, Contribution of Enacted Support and Network Orientation. *Journal of social and personal relationships*, 7, 541-551.
- Belcher, J.R. et Di Blasio, F.A. (1990). The Needs of Depressed Homeless Persons: Designing Appropriate Services. *Community Mental Health Journal*, 26 (3).
- Belcher, J.R. et Honeycutt, N. (1991). Schizophrenia and Social Skills: An Identify and Train' Approach. *Community Mental Health Journal*, 27 (1).
- Bellack, A.S.; Morrisson, R.L.; Mueser, K.T. et Wade, J.H. (1989). Social Competence in Schizoaffective Disorder, Bipolar Disorder, and Negative and Non Negative Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2, 391-401.
- Bernheim, K.F. (1990). Promoting Family Involvement in Community Residences for Chronic Mentally Ill Persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (6), 668-670.
- Bigelow, D.A.; McFarland, B. H.; Gareau, M.J. et Young D.J. (1991). Implementation and Effectiveness of a Bed Reduction Project. *Community Mental Health Journal*, 27 (2).
- Blanchet, L.; Laurendeau, M.C.; Paul, D. et Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Bloom, B.L. (1990). Managing Mental Health Services: Some comments for the overdue debate in pasychology. *Community Mental Health Journal*, 26 (1).
- Boisvert, D. (1990). *Le plan de services individualisé, participation et animation*. Montréal: Éditions Agence d'ARC.

- Boisvert, D.; Coderre, R.; Gauthier, L. et Gélinas, L. (1992). *Influence du plan de services individualisé sur la qualité de vie et l'autonomie des personnes désinstitutionnalisées ayant des problèmes de santé mentale sévères et persistants*. Centre hospitalier Sainte-Thérèse. Université du Québec à Trois-Rivières. Rapport Final.
- Brien, R. (1994). *Science cognitive et formation*. (2e édition) Presses de l'Université Laval. Québec.
- Brisebois, M. et Grandchamps-Tupula, M. (1990). *Vocabulaire de technologie éducative et de formation. Lexique des termes de formation*. Ottawa. Secrétariat d'État du Canada.
- Bureau International du Travail. (1991). *Les besoins de formation au management: principes et méthodes de diagnostic*. Genève.
- Cloutier, C., Pelletier et J., Boudreault, P. (1989). *La désinstitutionnalisation des personnes déficientes intellectuelles et leur appréciation de la qualité de vie*. Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Cohen, A. H. et DeGraaf, B. (1982). Assessing Case Management in the Child Abuse Field. *Journal of Social Services Research*, 5 (2), 29-43.
- Contandriopoulos, A-P. et al. (1990). *Savoir préparer une recherche; la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de L'Université de Montréal.
- Cormier, H.J.; Borus, J.F.; Reed, R.B.; Pinard, G. et Lessard, R. (1987). Comblent les besoins de services de santé mentale des personnes atteintes de schizophrénie. *Revue Canadienne de psychiatrie*, 32, 454-458.
- Corrigan, P. W. (1990). Consumer Satisfaction with Institutional and Community Care. *Community Mental Health Journal*, 26 (2).
- Corrigan, P.W. et Kayton-Weinberg, D. (1993). Clinical Care Update: «Agressive and Problem-Focused». Models of case management for the sererely mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 29 (5), 449-458.
- Corrigan, P.W.; Davies-Farmer, R.M.; Lightstone, R. et Stolley, M.R. (1990). An Analysis of the Behavior Components of Psychoeducational Treatment of Persons with Chronic Mental Illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33, 200-211.

- Côté, R. et al. (1987). *Guide d'élaboration des plans de services et d'intervention*. Québec: Université Laval, G.R.E.D.D.
- Cutler, D.L. et Madore, E. (1980). Community-family network therapy in a rural setting. *Community Mental Health Journal*, 16 (2), 144-155.
- Cyr, M., Toupin, J. et Lesage, A.D. (1993). Evaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques. *Santé Mentale au Québec*, 18 (2), 135-154.
- Everson, J. et Brooke, V. (1990). Training Job Coaches to Serve Employers with Multiple and Low Incidence Disabilities; Implications for 1990s. *Rehabilitation Education*, 4, 287-300.
- Fox, J.C. et Chamberlain, J. (1988). Preparing Nurses to Work with the Chronically Mental Ill. *Community Mental Health Journal*, 24 (4).
- Francell, C.G.; Conn, V.S. et Gray, D.P. (1988). Families' Perception of Burden of Care for Chronically Mentally Ill Relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (12), 1296-1300.
- Gantt, A.B.; Goldstein, G. et Pinsky, S. (1989). Family Understanding of Psychiatric Illness. *Community Mental Health Journal*, 25 (2).
- Gartner, A. (1984). Widower Self-Help Groups: A Preventive Approach. *Social Policy*, 14, 37-38.
- Gauthier, B. (1990). *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données*. Québec. Presses de l'Université du Québec.
- Goering, P.; Durbin, J.; Foster, R.; Boyles, S.; Brebick, T. et Lancee, B. (1992). Social Networks of Residents in Supportive Housing. *Community Mental Health Journal*, 28 (3).
- Guberman, N.; Broué, J.; Lindsay, J.; Spector, L.; Blanchet, L.; Dorion, F. et Fréchette, F. (1992). *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes*. Le Comité de la santé mentale du Québec. Montréal: Gaëtan Morin.
- Hanson, J.G. et Rapp, C.A. (1992). Families' Perceptions of Community Mental Health Programs for Their Relatives with a Severe Mental Illness. *Community Mental Health journal*, 28 (3).

- Harris, M. et Bergman, H.C. (1988). Misconception About Use of Case Management Services by the Chronic Mentally Ill: A Utilization Analysis. *Hospitality and Community psychiatry*, 39, 1276-1280.
- Harris, M.; Bergman, H. et Brachrach, L. (1986). Psychiatric and Non-Psychiatric Indicators for Rehospitalization in a Chronic Patient Population. *Hospital and Community Psychiatry*, 37 (6), 630-631.
- Harvey, J. (1988). *Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse*. Montréal.
- Herskowitz, M. (1977). «Critical Issues in Educational Needs Assessment», in *Educational Planning*, 3, 6-14.
- Hurteau, M. (1988). *L'analyse de besoins de formation et de perfectionnement des intervenants oeuvrant auprès déficiente intellectuelle*. Rapport technique no 1. Institut québécoise de la déficience mentale. Montréal: Les Éditions de la collectivité.
- Hutchison, P. et Lord, J. (1979). *Intégration sociale et loisirs: comment favoriser l'insertion des personnes handicapées dans les services de loisirs génériques*. Toronto: Leisurability Publications Inc.
- Intagliata, J. (1982). Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: the Role of Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (4), 655-674.
- Intagliata, J. et Baker, J. (1983). Factors Affecting Case Management Services for the Chronically Mentally Ill. *Administration in Mental Health*, 11 (2), 75-91.
- Kaufman, R. A. (1972). *Educational System Planning*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Kelley, S.D.M.; Belgard, W. et Cooper, D. (1994). Vocational Integration Services in Community Mental Health: Professionals' Perceptions of Training Needs. *Community Mental Health Journal*, 30 (2).
- Labrecque-Marceau, M.P. (1987). La coordination du PSI. *Santé mentale au Québec*, 12 (1), 108-116.

- Lamb, H.R. (1980). Structure: the Neglected Ingredient of Community Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1224-1229.
- Lareau, A. (1989). *Home Advantage: Social Class and Parental Intervention in Elementary Education*. London: Falmer Press.
- Lecomte, Y. (1991). Les stratégies d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne. *Santé Mentale au Québec*, 16 (2), 99-120.
- Lefley, H.P. (1988). Training Professionals to Work with Families of Chronic Patients. *Community Mental Health Journal*, 24 (4).
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire Actuel de l'Éducation / Éducation 2000*. (2e édition). Montréal. Guérin éditeur.
- Levine, S. et Brekke, J. S. (1993). Factors Related to Integrating Persons with Chronic Mental Illness into a Peer Social Milieu. *Community Mental Health Journal*, 29 (1).
- Lin, N.; Woelfel, M.W. et Light, S.C. (1985). The Buffering Effect of Social Support Subsequent to an Important Life Event. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 438-452.
- Martin, M.A. (1990). The Homeless Mentally Ill and Community-based Care Changing a Mind Set. *Community Mental Health Journal*, 26 (5).
- Mayer, M. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Québec: Gaëtan Morin.
- McFarland, B. H. (1994). Health Maintenance Organizations and Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 30 (3). 221-242.
- Mercier, C. (1993). Qualité de vie et qualité des services. *Santé mentale au Québec*, 18 (2), 9-20.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1989). *Orientation pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*. Québec: Éditeur officiel.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992). *Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux 1991-1992*. Québec. 14-323.



- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec: Éditeur officiel.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1990). *Plans de services individualisé en santé mentale*. Québec: Éditeur officiel.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Éditeur officiel.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (1991). *Droits et recours en santé mentale*. Québec: Éditeur officiel.
- Munger, M. (1983). *Vocabulaire de la formation du personnel*. éd. provisoire. Québec. Cie Price Ltée.
- Nadeau, M. A. et Hurteau, M. (1986). *L'évaluation : Défis des années 80*. Université Laval, Département des mesures et évaluations. Québec.
- Norton, S.; Wandersman, A. et Goldman, C.R. (1993). Perceived Costs and Benefits of Membership in a Self Help Group: Comparisons of Members and Non Members of the Alliance for the Mentally Ill. *Community Mental Health Journal*, 29 (2).
- Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.). (1985). *Les buts de la santé pour tous*. Copenhague.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé*. Montréal: Agence d'ARC.
- Plante, J. (1983). *La notion de besoin et l'évaluation des programmes*. in Au fil des évènements. Novembre 1983.
- Polcin, D.L. (1990). Administrative Planning Community Mental Health. *Community Mental Health Journal*, 26 (2).
- Pratt, C.C.; Schamall, U.L.; Wilson, W. et Benthier, A. (1992). Alcohol Problem in Later Life: Evaluation of a Model Community Education Program. *Community Mental Health Journal*, 28 (4).
- Rabin, C. et Nardi, C. (1991). Treating Post Traumatic Stress Disorder Couples: A Psychoeducational Program. *Community Mental Health Journal*, 27 (3).

- Rapp, C. A. et Chamberlain, R. (1985). Case Management Services to the Chronically Mentally Ill. *Social Work*, 30 (5), 417-422.
- Rapp, C. A. et Hanson, J. (1988). Towards a Model of Social Work Curriculum for Practice with the Chronically Mentally Ill. *Community Mental Health Journal*, 24 (4), 270-281.
- Rapp, C.A. et Hanson, J. (1992). Families' Perception of Community Mental Health Programs for Their Relatives with a Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 28 (3).
- Reboul, O. (1980). *Langage et idéologie. Qu'est-ce qu'apprendre? Pour une philosophie de l'enseignement*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Rocheleau, L. et Hagan, L. (1993). Le point sur les orientations de la pratique des soins infirmiers en CLSC. *Nursing Québec*. 13 (3), 40-46.
- Rolland, Y. et Barker, M. (1987). *Devenir un formateur, une formatrice efficace dans l'entreprise, l'éducation des adultes, la maîtrise de son avenir*. Québec. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Science.
- Rosenhan, D. L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, 179,150-158.
- Rothery, M. et Cameron, G. (1990). *Child Maltreatment: Expanding Our Concept of Helping*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Elbaum Ass. publications.
- Rubin, A. (1987). *Case management*. Encyclopedia of Social Work, Silver Spring, MD: N.A.S.W., 18e édition. 212-222.
- Savarese, M.; Detrano, T.; Koproski, J et Weber, M. C. (1990). Case Management. in Brickner, P.; Scharer, L. K.; Conanon, B.; Savarese, M et Scanlon, B. (Eds) *Under the Safety Net: the Health and Social Welfare of the Homeless in United States*. New-York. W. W. Norton.
- Schawb, B.; Drake, R.E., et Burghardt, E.M. (1988). Health Care of the Chronically Mentally Ill: the Culture Broker Model. *Community Mental Health Journal*, 24 (3).
- Scott, C.S.; Lefley, H.P. et Hicks, D. (1993). Potential Risk Factors for Rape in Three Ethnic Groups. *Community Mental Health Journal*, 29 (2).

- Slater, A.M. et Bunyard, J.P. (1983). Survey of Residential Staff Roles, Responsibilities and Perception of Resident Needs. *Mental Retardation*, 21 (2), 52-58.
- Solomon, P. et Davis, J. (1985). Meeting Community Service Needs of Discharged Psychiatric Patients. *Psychiatric Quarterly*, 57 (1), 11-17.
- Solomon, P. et Draine, J. (1994). Family Perceptions of Consumers as Case Managers. *Community Mental Health Journal*, 30 (2), 165-175.
- Stroul, B. A. (1986). *Crisis residential services: Review of informations*. Article: National Institute of mental Community Support Program.
- Stroul, B.A. (1989). Community Support System for Persons With Long Term Mental Illness: A Conceptual Framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12 (3), 9-26.
- Tausing, M.; Fisher, G.A. et Tessler, R.C. (1992). Informal System of Care for the Chronically Mental Ill. *Community Mental Health Journal*, 28 (5).
- Tessier, L. et Clément, M. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie: Défis des années 90*. Montréal: Gaétan Morin.
- Tessler, R.C. et Goldman, H. H. (1982). *The chronically mentally ill: Assessing community support programs*. Cambridge: Mass. Ballinger Public.
- Tousignant, R. et Egide, R. (1992). *L'identification des élèves qui présentent des troubles du comportement et l'évaluation de leurs besoins, École de comportements*. La Direction du Ministère de l'Éducation du Québec.
- Turcotte, D. (1993). *Bilan du PSI au CPEJ en Outaouais*. Service Social. Université Laval.
- Turner, J. et TenHoor, W. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot Approach to a Needed Social Reform. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 319-344.
- Turner, J. T. et Wan, T. T. H. (1992). Recidivism and Mental Illness: the Role of Communities. *Community Mental Health Journal*, 29 (1).
- Turner, R.J. et Noh, S. (1983). Class and Psychological Vulnerability Among Women: the Significance of Social Support and Social Control. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 2-15.

- Veillette, D. (1986). *Sexisme en santé mentale*. Québec: Comité de santé mentale du Québec.
- Wasyleski, D.; Goering, P.; Lancee, W.; Fischer, L. et Freeman, S. J. J. (1985). Psychiatric Aftercare in Metropolitan Setting. *Canadian Journal of psychiatry*, 30, 329-336.
- Weinberg, T. et Marlow, M. (1983). Recognizing the Social in Psychosocial Competence: the Importance of Social Network Interventions. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6 (4). 25-34.
- Werrback, G.B. et De Poy, E. (1993). Working with Persons with Serious Mental Illness Implication for Social Work Recruitment and Retention. *Community Mental Health Journal*, 29 (4).
- Wilson, N.L. (1983). *Serving Impaired Elders in the community: The Interface of Case Management with Mental Health Services. Texas Project for Elders: Assistance with long term care*. Houston: Texas Research Institute of Mental Sciences.
- Wolfensberger, W. (1988). *Programme d'analyse des services et des systèmes, Application des buts de la valorisation des rôles*. Québec: Éditions Opell Inc et Downsview: L'institut G. Alan Roeher.
- Yin, R. K. (1984). *Case Study Research*. Beverly Hills (CA), Sage.

## **APPENDICES**

## **APPENDICE 1**

Lettre adressée à Madame Marthe Hurteau en vue d'obtenir  
le droit d'utilisation et de modification de la grille d'analyse  
élaborée originalement pour la déficience intellectuelle

Trois-Rivières, le 21 avril 1994.

Institut Québécois de la Déficience Mentale

a/s Mme Marthe Hurteau

De: Richard Coulombe B Scs Inf. (Étudiant maîtrise, UQTR)

Objet : Demande d'utilisation de la grille d'analyse des besoins en formation.

Madame,

Je suis présentement étudiant à la maîtrise en éducation à l'Université du Québec de Trois-Rivières. Mon projet de recherche, sous la direction de M. Daniel Boisvert Ph.D., a pour objet de connaître précisément: "Quels sont les besoins de formation des intervenants utilisant le plan de services individualisé dans le contexte de la santé mentale".

Par la présente, je formule la demande consistant à l'autorisation d'utiliser la grille d'analyse des besoins en formation que l'I.Q.D.M. a développée pour des fins de recherche. La raison de cette demande d'utilisation et du choix de votre instrument réside dans sa fiabilité, sa validité éprouvée, dans son adaptabilité au contexte de la santé mentale et dans sa qualité de pouvoir évaluer quatre sphères précisément.

Je vous remercie préalablement de porter attention à ma demande et je compte bien vous faire parvenir copie du résultat final de mes travaux, en temps venus.

Je réitère mes remerciements, Madame Hurteau, et je vous prie d'accepter mes plus cordiales salutations.

Étudiant à la maîtrise en éducation.

Richard Coulombe B Scs. Inf.

Faire suivre à l'adresse suivante:

Richard Coulombe

1900, Place Germain des Chênes App 5

Trois-Rivières, Québec.

G8Y 2L7

(Recherche\*Projet)

## **APPENDICE 2**

Lettre de Madame Marthe Hurteau autorisant l'utilisation  
et la modification du questionnaire



Piedmont, le 21 mai 1994

Monsieur Richard Coulombe  
1900 Place Germain des Chênes  
apt. 5  
Trois-Rivières, Québec  
G8Y 2L7

Monsieur,

Veillez excuser le délai de ma réponse. J'avoue que votre lettre m'a quelque peu surprise parce que je sais que de nombreuses personnes ont utilisé la grille depuis des années sans mon autorisation...

Il est bien évident que je ne peux refuser votre requête et, puisque vous avez eu la délicatesse de me contacter, je vais vous donner des tuyaux additionnels. Si la grille était à refaire, je considérerai les aspects suivants:

- . certains items mesurent deux dimensions. Je les diviserai ou je choisirais celui qui m'apparaît le plus pertinent
- . dans ce sens, un nettoyage des items serait de mise. Je pense qu'il ne faut plus autant accorder de l'importance à la maîtrise des apprentissages de base et plus axer l'intervention sur les habiletés sociales, sur le respect des droits et des valeurs des personnes et de leur entourage... J'ai participé à la publication d'un document (c.f. monsieur Michel Boutet au centre de services en déficience intellectuelle; 379-6868) qui pourraient vous fournir des éléments d'information afin de «rafraîchir» la grille.

Bonne chance!



Marthe Hurteau

### **APPENDICE 3**

Lettres adressées à Mesdames Lucie Gauthier, Lise Gélinas et Myriam Hayes en vue de la passation du questionnaire et de leurs participations au comité de validation du questionnaire modifié pour le contexte de la santé mentale

Trois-Rivières, 23 août 1994.

a/s Mme Lucie Gauthier, Directrice

De: Richard Coulombe, BS inf, étudiant à la maîtrise

Objet: Lettre de remerciement.


Madame la directrice, bonjour!

Nous vous remercions d'avoir permis la réalisation de notre enquête portant sur les besoins de formation des intervenants oeuvrant en santé mentale et utilisant le plan de services individualisé.

Comme déjà mentionné, les informations recueillies auprès des intervenants subiront un traitement statistique et ce, en respectant tout au long des différentes opérations d'analyse et de vulgarisation des résultats, la confidentialité absolue. Cette enquête aidera entre autres à la planification des différents programmes de formation qui pourront être offerts aux intervenants.

Nous complétons actuellement la compilation des résultats et la rédaction du mémoire. L'ensemble du mémoire devrait être complété au printemps 1995.

Nous vous remercions de nouveau de nous avoir prêté votre concours pour le bien de cette enquête et nous vous présentons, Madame Gauthier, nos salutations les plus distinguées.

  
Richard Coulombe

Trois-Rivières, 23 août 1994.

a/s Mme Lise Gélinas, Directrice

De: Richard Coulombe, BS inf, étudiant à la maîtrise

Objet: Lettre de remerciement.

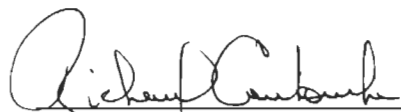
Madame la directrice, bonjour!

Nous vous remercions d'avoir permis la réalisation de notre enquête portant sur les besoins de formation des intervenants oeuvrant en santé mentale et utilisant le plan de services individualisé.

Comme déjà mentionné, les informations recueillies auprès des intervenants subiront un traitement statistique et ce, en respectant tout au long des différentes opérations d'analyse et de vulgarisation des résultats, la confidentialité absolue. Cette enquête aidera entre autres à la planification des différents programmes de formation qui pourront être offerts aux intervenants.

Nous complétons actuellement la compilation des résultats et la rédaction du mémoire. L'ensemble du mémoire devrait être complété au printemps 1995.

Nous vous remercions de nouveau de nous avoir prêté votre concours pour le bien de cette enquête et nous vous présentons, Madame Gélinas, nos salutations les plus distinguées.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Coulombe', written in a cursive style.

Richard Coulombe

Trois-Rivières, 23 août 1994.

a/s Mme Myriam Hayes, Directrice

De: Richard Coulombe, BS inf, étudiant à la maîtrise

Objet: Lettre de remerciement.

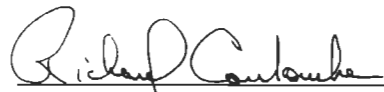
Madame la directrice, bonjour!

Nous vous remercions d'avoir permis la réalisation de notre enquête portant sur les besoins de formation des intervenants oeuvrant en santé mentale et utilisant le plan de services individualisé.

Comme déjà mentionné, les informations recueillies auprès des intervenants subiront un traitement statistique et ce, en respectant tout au long des différentes opérations d'analyse et de vulgarisation des résultats, la confidentialité absolue. Cette enquête aidera entre autres à la planification des différents programmes de formation qui pourront être offerts aux intervenants.

Nous complétons actuellement la compilation des résultats et la rédaction du mémoire. L'ensemble du mémoire devrait être complété au printemps 1995.

Nous vous remercions de nouveau de nous avoir prêté votre concours pour le bien de cette enquête et nous vous présentons, Madame Hayes, nos salutations les plus distinguées.

  
Richard Coulombe

## **APPENDICE 4**

Le questionnaire modifié et adapté  
au contexte de la santé mentale

Analyse des besoins de formation des intervenants  
utilisant le plan de services individualisé auprès de  
personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Questionnaire

Juin 1994

Veillez répondre en faisant un crochet dans la case appropriée: ✓

1. Sexe                      F      O                      M      O

2. Âge                      \_\_\_\_\_

3. Mon dernier diplôme obtenu :

- D.E.S.                      O      Quelle spécialité? \_\_\_\_\_
- D.E.C.                      O      Quelle spécialité? \_\_\_\_\_
- Bacc et plus              O      Quelle spécialité? \_\_\_\_\_
- Autre                      O      Quelle spécialité? \_\_\_\_\_

4. Je suis actuellement :

- en formation initiale                      O  
(recherche d'un premier diplôme spécialisé)
- en perfectionnement en cours d'emploi                      O
- Je ne suis pas en formation, ni en perfectionnement                      O

5. Ma profession est :

- Éducateur(trice)                      O
- Psycho-éducateur(trice)                      O
- Infirmier(ère)                      O
- Infirmier(ère)-auxiliaire                      O
- Autre                      O



6. Je travaille :
- à temps plein
  - à temps partiel
7. Combien d'années d'expérience j'ai à mon actif?
- A- dans mon emploi actuel?
- moins d'un an
  - entre 2 et 4 ans
  - 5 ans et plus
- B- dans d'autres fonctions en relation avec la santé mentale?
- moins d'un an
  - entre 2 et 4 ans
  - 5 ans et plus
- C- dans toute autre expérience de travail rémunéré?
- moins d'un an
  - entre 2 et 4 ans
  - 5 ans et plus
  - ne s'applique pas
8. Le type d'institution auquel je suis rattaché :
- Centre local des services communautaires (CLSC)
  - Centre d'accueil de réadaptation
  - Centre hospitalier (C.H.)
  - Autre

9 a. Je travaille auprès d'une clientèle :  
(vous pouvez cocher plus d'une réponse)

- Celles qui reçoivent des services de santé mentale pendant de longues périodes et pour lesquelles on envisage un retour dans la communauté.
- Celles qui souffrent de troubles mentaux chroniques associés à un handicap, une déficience intellectuelle ou un comportement anti-social;
- Celles qui, sans nécessairement avoir connu de longues périodes en établissement, fréquentent de façon régulière les services externes des établissements publics et d'autres ressources de la communauté.
- L'ensemble des personnes qui reçoivent des services de santé mentale, soit celles qui sont aptes à se réinsérer en communauté, celles qui demeurent déjà dans leur milieu de vie naturel et celles qui demeurent, à moyen terme, en établissement.

9 b. La clientèle avec laquelle je travaille se situe dans les groupes d'âges?  
(vous pouvez cocher plus d'une réponse)

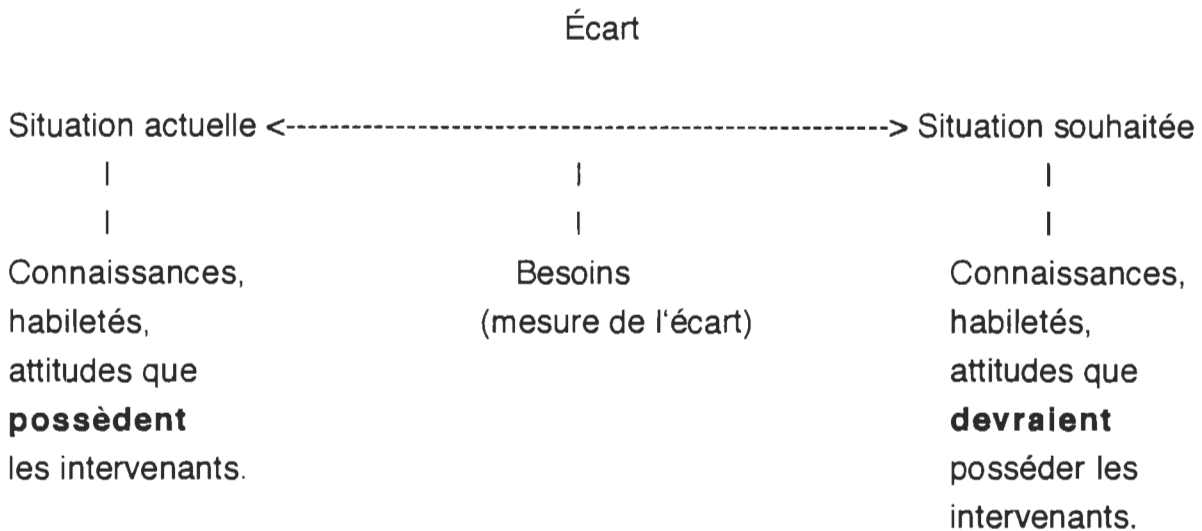
- Âge scolaire (Jusqu'à 18 ans)
- Adulte (18 à 65 ans)
- Plus de 65 ans

## Partie I I

Les énoncés qui suivent concernent les besoins de formation qui ont été identifiés.

Par besoin, nous entendons l'écart qui existe entre les connaissances, les habiletés et les attitudes dont font preuve les intervenants dans la pratique actuellement et celles qu'ils devraient avoir pour travailler dans le cadre des Services intégrés à la communauté.

Ainsi:



- a. Lisez attentivement chaque énoncé.
- b. Demandez-vous: - quel degré d'importance j'accorde actuellement dans ma pratique à ces connaissances, habiletés et attitudes?  
  
- si je travaillais en milieu communautaire, quel degré d'importance devrait être accordé dans ma pratique à ces connaissances, habiletés et attitudes?

- c. Vis-à-vis chacun des énoncés, inscrivez le chiffre qui correspond le mieux au degré d'importance accordé\*.

(Les degrés d'importance se distribuent sur l'échelle suivante)

5 = Très élevé

2 = Faible

4 = Élevé

1 = Très faible

3 = Moyen

X = Je ne sais pas

Inscrivez dans le rectangle le chiffre approprié pour chacune des deux situations. Exemple:

- \* Précisons que l'inscription du chiffre "5 " dans la situation (Importance que j'accorde à ma pratique (Importance accordée)) et ce pour l'ensemble du questionnaire, signifierait que ma pratique professionnelle est idéale.

De la même manière, l'inscription du chiffre "5 " dans la situation (Importance que je devrait accorder à ma pratique (Devrait accorder)) et ce pour l'ensemble du questionnaire, signifierait que la situation est idéale et ne nécessiterait aucuns changements.

- d. Évaluez les **deux situations** de chaque item avant de passer au suivant.

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

## Dimension physique

*Importance accordée      Devrait accorder*

### Je devrais connaître (savoir)

- Les règles usuelles de santé : alimentation, hygiène, activités physiques, sommeil.
- Les éléments nécessaires aux soins d'urgence et aux premiers soins et à la sécurité du bénéficiaire.
- Le développement physique normal.
- Les divers services communautaires de santé (C.I.C., cliniques médicales, endroits de réadaptation).
- Les notions relatives à l'éducation sexuelle.
- Les médicaments d'usage courant y compris les anxiolytiques, anticonvulsivants et autres.
- Le fonctionnement de la posologie.
- Le fonctionnement du système de santé au Québec y compris l'utilisation des diverses spécialités.
- L'étiologie d'un problème de santé mentale en ce qui a trait aux caractéristiques qui le composent.
- Les possibilités des différentes médecines (médecine douce, traditionnelle).

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

*Importance accordée . Devrait accorder*

### **Je devrais être en mesure de (savoir-faire)**

- Faire un plan d'automédication.  .
- Reconnaître les besoins de consultation, de traitement et d'intervention.
- Amener le bénéficiaire à gérer sa santé.
- Saisir et utiliser les moments privilégiés de la vie courante pour des interventions préventives et d'apprentissages.
- Savoir utiliser les services de santé de la localité.
- Aller chercher l'information pertinente à partir du dossier médicale du bénéficiaire.
- Prévenir et faire face aux situations de crise.
- Faire de l'éducation sexuelle.
- Gérer sa propre santé physique et mentale.
- Apprendre au bénéficiaire à référer à un médecin et à lui soumettre ses besoins.

### **Je devrais (savoir-être)**

- Être préoccupé de l'importance pour le bénéficiaire d'avoir un exemple d'une personne ayant de bonnes habitudes de santé.
- Être préoccupé de l'importance de la santé pour une personne vivant des problèmes de santé mentale.

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

*Importance accordée*      *Devrait accorder*

- Se préoccuper des droits de la personne vivant avec un problème de santé mentale d'avoir des services de santé tel que pour l'ensemble de la population, y compris les services spécialisés.
- Être vigilant aux besoins de santé tant physique que mental et de sécurité du bénéficiaire.



<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

## Dimension émotionnelle

*Importance accordée      Devrait accorder*

### Je devrais connaître (savoir)

- Les notions relatives à l'expression des émotions et à la communication verbale et non verbale.
- Les étapes du développement affectif et sexuel de la personne ayant ou non un problème de santé mentale.
- Les éléments de la psychologie familiale et les incidences sur le milieu de la présence de la personne ayant un problème de santé mentale.
- Les composantes émotives de santé mentale et / ou les problèmes sous-jacents reliés à la santé mentale.









### Je devrais être en mesure de (savoir-faire)

- Transposer aux diverses situations d'intervention, ses connaissances ainsi que ses expériences personnelles.
- Composer avec la subjectivité et l'objectivité dans sa relation d'aide au bénéficiaire.
- Développer un mode de communication avec le bénéficiaire qui favorise l'expression de ses émotions.
- Utiliser et valoriser les ressources du bénéficiaire et de son environnement.
- Identifier les besoins affectifs du bénéficiaire dans une perspective globale.

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

- |  | <i>Importance accordée</i> | <i>Devrait accorder</i>  |
|--|----------------------------|--------------------------|
| • Discerner les interventions qui découlent des besoins identifiés.              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • Composer avec ses aspirations et les réalités de son quotidien.                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • S'adapter aux contraintes de l'emploi.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • Communiquer au bénéficiaire son évolution et sa capacité à gérer ses émotions. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

### **Je devrais savoir (savoir-être)**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Reconnaître l'importance pour le bénéficiaire d'avoir un exemple d'une personne ayant un bon équilibre émotif. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Accorder de l'importance à la présence d'émotivité et d'affectivité.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Se préoccuper de la sécurité émotive et physique du bénéficiaire.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Être capable de discerner ses motivations et ses finalités professionnelles.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Être capable de reconnaître ses limites, ses ressources, de ses habiletés.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Être capable d'empathie dans sa relation d'aide.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

## Dimension cognitive

*Importance accordée      Devrait accorder*

### Je devrais connaître (savoir)

- Les théories, les techniques et les caractéristiques de l'apprentissage.
- Les différentes techniques d'observation, de programmation et d'évaluation reliées aux apprentissages cognitifs et psychomoteurs.
- Les étapes du développement intellectuel.
- Les différents modes de communication.









### Je devrais être en mesure (savoir-faire)

- De créer et d'inventer des techniques non existantes.
- D'établir des objectifs et des priorités.
- De faire l'analyse des tâches à accomplir.
- De bien identifier le fonctionnement cognitif du bénéficiaire dans son apprentissage.
- De se situer dans une approche multi-fonctionnelle\* d'intervention et dans une démarche de concertation.











\* Approche utilisant les intervenants les plus significatifs et qui sont appelés à assumer des rôles qui débordent leurs fonctions usuelles.

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

- |   | <i>Importance accordée</i> | <i>Devrait accorder</i>  |
|---|----------------------------|--------------------------|
| • De refléter au bénéficiaire son évolution dans l'apprentissage. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

### **Je devrais (savoir-être)**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Croire dans la capacité d'apprentissage du bénéficiaire.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Respecter le rythme normal d'une journée pour le bénéficiaire ainsi que son rythme d'apprentissage. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pouvoir tirer parti dans des échecs et succès d'apprentissage chez le bénéficiaire.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Accepter le support de l'équipe intervenante, partager ses succès, ses échecs, ses frustrations.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Favoriser l'apprentissage de nouvelles habiletés en laissant place au risque.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Savoir persister dans la réalisation des objectifs d'apprentissage.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

## Dimension sociale

*Importance accordée      Devrait accorder*

### Je devrais connaître (savoir)

- L'organisation des différents réseaux d'entraide familiale et communautaire et des ressources alternatives.
- L'approche multi-fonctionnelle\* de l'intervention en milieu familial et communautaire.
- Les différentes approches d'intervention en milieu familial et communautaire.
- Les différentes techniques de relation d'aide et / ou de communication en milieu familial et communautaire.
- La dynamique de groupe.
- Les valeurs privilégiées et véhiculées par la société et ses impacts.
- Les conditions de réussite de l'intégration.

### Je devrais être en mesure (savoir-faire)

- D'outiller les parents, les membres de la communauté et les ressources d'entraide en vue de faciliter leur collaboration au développement et à l'intégration de la personne en difficulté.

\* Approche utilisant les intervenants les plus significatifs et qui sont appelés à assumer des rôles qui débordent leurs fonctions usuelles.

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

- |   | <i>Importance accordée</i> | <i>Devrait accorder</i>  |
|---|----------------------------|--------------------------|
| • D'apprendre du savoir-faire des parents et des ressources communautaires.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • De mettre en pratique une approche holistique (globale) des réalités et des besoins de la personne et de la famille.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • D'habiliter le bénéficiaire, les parents ou les ressources communautaires à la gestion du plan de services et à l'utilisation d'une instrumentation pertinente. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • D'amener le citoyen à devenir un agent d'intégration de la personne dans le besoin.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • D'appliquer certaines techniques d'entrevue.  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • Amener le bénéficiaire à développer des habiletés sociales (règles de courtoisie et de politesse).  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • D'amener le bénéficiaire à se faire des amis.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • De tendre vers toutes les ressources du milieu avant d'avoir recours aux ressources spécialisées.   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

### **Je devrais (savoir-être)**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Accorder de l'importance au rôle social de la personne.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Accorder de l'importance à l'intervention dans et pour la communauté.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Respecter et composer avec les réactions des parents et de l'entourage (contenus, valeurs, croyances, attitudes ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Se soucier de l'importance d'être un exemple de bonnes conduites sociales.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

- |   | <i>Importance accordée</i> | <i>Devrait accorder</i>  |
|---|----------------------------|--------------------------|
| • Accorder de l'importance aux parents et aux ressources du milieu comme partenaires essentiels à l'action professionnelle. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| • Croire en la capacité d'auto-développement de la personne en difficulté, de sa famille et de son entourage.               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

<i>Importance que j'accorde dans ma pratique</i>						<i>Importance que je devrais accorder dans ma pratique</i>					
Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	Très faible	Je ne sais pas
5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0

## En général

*Importance accordée    Devrait accorder*

### Je devrais être en mesure

- D'évaluer les besoins du bénéficiaire avec celui-ci et de choisir les interventions adaptées à ses besoins.
- De travailler en concertation avec une équipe multidisciplinaire (parents ou parrain, bénéficiaire...) dans le but d'élaborer des plans de services et d'interventions.
- D'animer les rencontres du plan de services.
- De gérer des plans de services et d'intervention.
- De prendre des décisions pertinentes dans le quotidien de son travail (autonomie, initiative, bon sens).
- D'utiliser des notions touchant les activités de la vie quotidienne (A.V.Q.).
- D'appliquer les modalités d'élaboration des plans de services et des plans d'interventions.
- De voir à l'application et au respect des lois, règlements et procédures d'accès aux services.



