

« L'impact des services de réadaptation sur la qualité de la vie »

Raymonde Hachey

*Santé mentale au Québec*, vol. 18, n° 2, 1993, p. 197-201.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032278ar>

DOI: 10.7202/032278ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



---

## Communications brèves

---

### L'impact des services de réadaptation sur la qualité de la vie

---

Une recherche menée au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas par Céline Mercier et son équipe (1990) sur la contribution des services à la qualité de vie chez 152 clients psychiatriques vivant dans la communauté a donné des résultats d'un intérêt primordial pour l'ergothérapie. Nous avons voulu étudier la relation entre l'utilisation des services de réadaptation et la qualité de vie subjective.

#### Résumé du projet

Cette étude corrélationnelle et descriptive visait à examiner l'effet des caractéristiques individuelles, des conditions de vie et de l'utilisation des services sur la perception de la qualité de la vie. L'hypothèse était que les personnes qui reçoivent plus de services auraient une meilleure qualité de vie. Les critères utilisés pour la sélection des participants (diagnostic et utilisation des services hospitaliers spécialisés) permettent d'affirmer que l'enquête rejoignait des personnes avec des problèmes émotifs sévères. Plus de la moitié (59,2 %) avaient un diagnostic de schizophrénie tandis que 40,8 % en avaient un de psychose affective. La durée moyenne d'hospitalisation était de douze années.

Le schéma de l'entrevue semi-structurée comprenait des questions à choix multiples, des questions ouvertes ainsi que des échelles standardisées. La perception subjective de la qualité de la vie, a été évaluée par l'échelle d'Andrews et Withey (1976) adaptée par Baker et Intagliata (1982) pour des patients psychiatriques chroniques. Le «Global Assessment Scale» de Endicott et ses collaborateurs (1976) fut retenu pour mesurer le fonctionnement global des participants, tandis que le niveau de difficulté perçu dans la réalisation des activités de la vie courante était évalué suivant la stratégie utilisée par Tessler et Goldman (1982). A la fin de l'entrevue, l'interviewer remplissait un questionnaire portant sur les circonstances de l'entrevue et la validité des informations. Un formulaire de consentement accompagnait chaque entrevue.

#### La contribution des services de réadaptation

La disparité entre les résultats anticipés et ceux obtenus chez les usagers des services de réadaptation dans certains domaines de la vie

reliés à l'ergothérapie, a suscité un questionnement et un début de réflexion.

Dans cette étude, la notion de services recouvre l'ensemble des ressources présentes dans le milieu des participants. Les services mentionnés au tableau 1, ont été identifiés par les usagers, et les domaines ont été regroupés suivant les domaines considérés dans l'échelle de la qualité de vie.

Une corrélation positive était attendue entre les domaines où les services ont été utilisés et la perception de la qualité de vie dans le domaine correspondant. Or, suivant le tableau 1, les corrélations sont peu élevées et généralement négatives. De plus, la corrélation entre le total des services requis et la vie en général est de  $-0,09$ . Il y a donc peu de relation entre le nombre total des services reçus et la satisfaction de la vie en général. En outre, cette corrélation faible est négative: plus les gens ont reçu de services, moins ils sont satisfaits de leur vie. La même tendance s'observe domaine par domaine.

Tableau 1  
Corrélations entre l'utilisation des services et la qualité de la vie suivant le domaine

	Résidence N=59	Vie quot. N=54	Finance N=49	Soins N=152	Réadaptation N=47	Travail N=28	Loisirs N=22	Socialis. N=37	Total services	Diversité services
Résidence	-0,10								-0,07	-0,06
Quartier	-0,23**								-0,07	-0,09
Nourriture		-0,02							-0,02	-0,03
Vêtements		-0,11							-0,03	-0,03
Finances		-0,22**	-0,15*						-0,20**	-0,17*
Santé				-0,14*	-0,01				-0,11	-0,08
Activité					-0,15*	0,07			-0,04	-0,00
Temps libre					-0,21**				-0,09	-0,06
Divertissement							-0,14 *		-0,02	-0,06
Ami/e/s							-0,21**	0,08	-0,03	-0,02
Autres en général								0,01	0,02	-0,03
Vie en général	-0,04	*0,05	-0,01	-0,10	-0,09	0,11	-0,04	0,04	-0,09	-0,07

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$ .

Ainsi en réponse à la question: «*Parmi ces visages, lequel exprime le mieux comment vous vous sentez par rapport à l'endroit où vous habitez?*», il existe une corrélation négative ( $-0,10$ ) entre le fait de recevoir des services résidentiels et la qualité de vie perçue. De plus, le quartier était perçu de façon négative ( $-0,23$ ) par les individus recevant des services résidentiels. Le fait de recevoir des services en regard de la vie quotidienne et des finances montrait une corrélation négative avec la qualité de la vie financière ( $-0,22, -0,15$ ).

À la question: «*Comment vous vous sentez par rapport à vos occupations et à vos activités quotidiennes?*», les réponses des usa-

gers des services de réadaptation indiquent une corrélation négative entre leur perception de la qualité de vie dans ces domaines et le nombre de services reçus (-0,15). La corrélation est aussi négative avec la façon dont ils occupent leurs temps libres (-0,21).

La plupart des corrélations étant faibles, ces résultats démontrent davantage une tendance qu'une généralisation. Il est néanmoins surprenant de constater que les usagers des services de réadaptation sont moins satisfaits de leur qualité de vie dans leurs occupations et activités quotidiennes, leur temps libre et la vie en général. La corrélation positive attendue entre les domaines où les services ont été utilisés et la perception de la vie du domaine correspondant n'est donc pas confirmée. Les résultats obtenus sont paradoxaux, car plus les individus utilisent des services, plus négative est la perception de leur qualité de vie. Si cet énoncé était inversé, pourrait-on considérer qu'une perception positive de la qualité de vie amènerait un usage moindre des services dans chacun des domaines? Il se peut que l'utilisation de services soit un signe d'une moins bonne qualité de vie, et que les gens aient d'autant plus recours aux services qu'ils perçoivent leurs conditions de vie comme insatisfaisantes. Il est possible que le fait d'avoir à utiliser des services de santé et de réadaptation, de devoir demander de l'aide en regard de sa condition financière, de son occupation principale et de ses temps libres, soit perçu comme une détérioration de la qualité de vie.

Pour les professionnels de la santé offrant des services de réadaptation, que penser de ces résultats? Les usagers des services de réadaptation ont-ils l'impression qu'ils n'ont rien de mieux à faire que de recourir aux services mis à leur disposition? Les autres données de l'enquête fournissent des pistes de réponses quant aux conditions de vie objectives et subjectives des répondants. Ainsi, la majorité des personnes (80,8 %) préféreraient demeurer dans une résidence autonome, en appartement principalement. L'insatisfaction face au temps libre peut être mise en relation avec le fait que 55 % des participants à l'enquête dorment plus de 10 heures par jour et que 42,5 % passent de 2 à 4,9 heures seulement à l'extérieur par semaine. De plus, parmi les personnes rencontrées, 49,6 % (n=69) sont sans occupation, 12,8 % (médiane de 1,5) trouvent très difficile d'organiser leur journée («trouver quelque chose à faire») et 14,4 % (n=20) ont comme activité principale le centre de jour.

On peut aussi considérer que puisqu'elles ont peu d'argent, les personnes doivent se contenter de ce qui est planifié pour elles? Par exemple, elles vont jouer aux quilles avec les autres patients plutôt

que de faire la sortie dont elles ont vraiment envie. Cette question soulève d'autres interrogations. Les activités thérapeutiques offertes sont-elles appropriées pour des patients vivant dans la communauté? Rejoignent-elles leurs besoins, leurs intérêts et par conséquent sont-elles significatives pour eux? Sont-elles choisies en collaboration avec eux ou reflètent-elles notre choix plutôt que le leur? L'orientation des activités thérapeutiques devrait-elle être davantage dirigée vers le travail, l'éducation plutôt que le loisir, ou être acheminée vers un équilibre entre ces deux domaines?

En résumé, peut-on conclure qu'un niveau de fonctionnement peu élevé, qu'une maladie sévère et persistante vont de pair avec une pauvre qualité de vie, même si les personnes utilisent des services de réadaptation. Hightower (1974, 296) dans un article intitulé: «Rehabilitation: A Part of the Community or Apart from the Community» rapporte que les services doivent être offerts de façon innovatrice, dans de nouveaux endroits et dans un nouveau style, de façon à répondre aux demandes requises en réadaptation, selon le vœu du consommateur, la loi en vigueur et le climat prévalant dans la situation.

## **Conclusion**

L'hypothèse de départ n'a pas été vérifiée et la corrélation est faible entre la perception de la qualité de vie et les services. Dans certains domaines la tendance est même vers la négative. Ce qui amène à penser qu'il n'existe pas de relation directe entre les services objectivement reçus et la perception subjective de la qualité de la vie. La participation aux services peut entraîner des effets positifs objectifs sur la condition matérielle et sociale et l'état de santé physique et mental. Cependant, au plan subjectif les services ne semblent pas apporter de réponse totalement satisfaisante. Même si la satisfaction des besoins de base est améliorée, les perceptions ne semblent pas subir de modifications correspondantes. Il est possible que les aspirations des usagers soient plus élevées que ce que les services sont en mesure de leur apporter ou que leurs goûts personnels soient d'un ordre différent de ce qui est offert par les services. De plus, le fait d'avoir recours aux services peut accentuer davantage la distance entre la réalité et les aspirations.

Les points soulevés par ces résultats devraient faire l'objet de futurs projets de recherche. Ils incitent à élaborer des modèles plus complexes des rapports entre services et qualité de vie subjective. A court terme, on peut cependant en retenir que la vie dans la commu-

nauté aura un sens pour ces personnes si la participation aux services non seulement améliore leurs conditions objectives de vie, mais favorise aussi la satisfaction de leurs besoins perçus et l'actualisation de leurs aspirations.

## RÉFÉRENCES

- ANDREWS, F.M., WITHEY, S.B., 1976, *Social Indicators of Well-Being*, Plenum Press, New York.
- BAKER, F., INTAGLIATA, J., 1982, Quality of Life in the evaluation of community support, *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R.L., FLAISS, J.L., COHEN, J., 1976, The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- HIGHTOWER, M.D., 1974, Rehabilitation: A part of the community or apart from the community. *American Journal of Occupational Therapy*, 28, 296-298.
- MERCIER, C., RENAUD, C., DESBIENS, F., GERVAIS, S., 1990, *La contribution des services à la qualité de vie des patients psychiatriques dans la communauté* (Rapport), Programme de subventions nationales au Bien-être social, Montréal.
- TESSLER, R.C., GOLDMAN, H.H., 1982, *The Chronically Mentally Ill: Assessing Community Support Programs*, Ballinger, Cambridge, Mass.

Raymonde Hachey, professeure agrégée  
à l'École de réadaptation de l'Université  
de Montréal  
Céline Mercier, chercheure au Centre de  
recherche Hôpital Douglas  
et professeure agrégée du Département de  
psychiatrie de l'Université McGill