

Qualité de vie et qualité des services

Céline Mercier

Volume 18, Number 2, Fall 1993

Qualité de vie et des services

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032268ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032268ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Mercier, C. (1993). Qualité de vie et qualité des services. *Santé mentale au Québec*, 18(2), 9–19. <https://doi.org/10.7202/032268ar>



Qualité de vie et qualité des services

Céline Mercier*

Ce numéro de *Santé mentale au Québec* se situe à l'enseigne de la qualité: qualité des services et qualité de vie, deux thèmes fondamentaux du mouvement de la réadaptation psychosociale. Il réunit des chercheurs qui ont contribué à développer la recherche sur la qualité de vie objective et subjective dans le domaine de la santé mentale, et Leona Bachrach qui fut l'une des toutes premières à proposer que la qualité de vie devienne une préoccupation fondamentale des services développés à l'intention des ex-patients psychiatriques (Bachrach et Lamb, 1982).

Dans le contexte de la désinstitutionnalisation, la notion de qualité de vie a profondément modifié la manière de concevoir les services de réadaptation et de soutien à la vie dans la communauté (Corten, ce numéro). L'émergence de cette notion a opéré un double déplacement, le premier du champ de la pathologie à celui des conditions de vie, et le second de l'évaluation objective des besoins et de services à celui des perceptions subjectives. En d'autres termes, la notion de qualité de vie a introduit une nouvelle problématique, celle de la vie quotidienne des personnes qui connaissent des problèmes sévères et persistants de santé mentale, de leur expérience de vie et de leur évaluation de cette expérience.

Les travaux réalisés à partir de cette nouvelle problématique depuis une dizaine d'années sont de deux ordres. Les uns sont plutôt descriptifs et comparatifs et visent à une meilleure connaissance des conditions de vie dans la communauté et des perceptions de ces conditions de vie. Ces recherches posent aussi la question des facteurs qui contribuent à une perception plus ou moins favorable des conditions objectives de vie et aux processus sous-jacents à l'évaluation subjective de la qualité de vie. Un second courant est composé des recherches évaluatives qui étudient l'impact des programmes d'intervention et des services sur la qualité de vie objective et subjective.

* L'auteure, Ph. D., est chercheure à l'unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.

tive. Dans le cadre de ces recherches, des instruments spécifiques pour l'évaluation de la qualité de vie chez des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont été développés (Lehman et Burns, 1991; Bell, ce numéro; Dazord et al., ce numéro).

À l'heure actuelle, un certain nombre de conclusions peuvent être tirées de ces recherches, puisque leur volume est maintenant suffisamment important pour qu'on puisse observer certaines convergences dans les résultats. Cette brève revue des travaux dans le domaine vise à donner un aperçu de ces convergences et à en dégager les enseignements du point de vue de l'organisation des services. De telle sorte que les études sur la qualité de vie puissent contribuer à la qualité des services.

Les études descriptives

C'est donc dans le contexte de la crise de la désinstitutionnalisation que la notion de qualité de vie a trouvé sa place dans le domaine de la santé mentale, alors qu'elle était déjà utilisée depuis les années 40 dans le domaine de la santé physique (Hollandworth, 1988; Najman et Levine, 1981). D'emblée, elle fut associée aux conditions de vie objectives et subjectives, alors qu'en médecine physique la notion de qualité de vie fait davantage référence aux fonctionnements dans les domaines somatique, cognitif, émotif, social et vocationnel (Mercier et Filion, 1987).

Les études descriptives s'inspirent des enquêtes réalisées auprès de la population générale où l'on aborde la perception des conditions de vie en fonction de différents domaines (Andrews et Withey, 1976; Atkinson, 1979; Campbell et al., 1976). Lorsqu'on compare ainsi la qualité de vie des personnes qui ont des problèmes sévères de santé mentale à celle de la population générale, celles-ci apparaissent comme nettement défavorisées, même en comparaison des groupes les plus démunis (Baker et Intagliata, 1982; Huxley et Warner, 1991; Lehman et al., 1992). Les domaines de la situation financière, des loisirs et des activités sociales, des relations interpersonnelles et familiales sont ceux où les perceptions sont les plus négatives.

En ce qui concerne le lieu de résidence, les conclusions de toutes les études qui ont comparé différents types d'arrangement résidentiel vont dans le même sens, qu'elles aient été effectuées en Angleterre, au Canada ou aux États-Unis; les personnes hospitalisées à l'hôpital psychiatrique ou à l'hôpital général ont une perception de leur qualité de vie plus négative que celles qui vivent dans la commu-

nauté (Lehman et al., 1986; Lehman et al., 1991). Parmi les personnes non hospitalisées, celles qui vivent dans les milieux plus encadrés, hôtel-unité psychiatrique (Simpson et al., 1989), traitement résidentiel intensif (Warner et Huxley, ce numéro), familles d'accueil (Lehman et al., 1991; Levitt et al., 1990; Mercier, 1989) sont moins satisfaites que celles qui vivent en milieu plus ouvert. Il faut cependant noter que les personnes qui vivent dans les environnements les plus contraignants sont aussi celles qui présentent les problèmes les plus sévères du point de vue du diagnostic et du niveau fonctionnel.

Les déterminants de la qualité de vie

Dans le cadre de ces études descriptives, les chercheurs se sont aussi intéressés aux variables associées à une évaluation plus ou moins positive de la qualité de vie globale. De façon constante, il apparaît que les perceptions subjectives dans certains domaines de la vie ont plus d'influence sur la satisfaction pour la vie en général que des caractéristiques socio-démographiques ou les conditions objectives de vie. Les domaines qui ont le plus de poids pour l'appréciation de la vie en général sont la satisfaction quant à la santé, l'occupation du temps (travail ou occupation principal et loisirs), les relations sociales, ceux qui sont le plus fortement corrélés au sentiment global de bien-être sont le fait de ne pas avoir été victime d'un vol ou d'une agression, un moindre usage des services de santé, davantage de contacts sociaux privilégiés et plus d'intimité à son lieu de résidence (Lehman et al., 1982; Lehman, 1983).

Par ailleurs, plusieurs études tendent à démontrer l'existence d'une relation entre le niveau fonctionnel et la qualité de vie subjective. En population, il apparaît que la perception de sa performance (Abbey et Andrew, 1985), la satisfaction avec ses accomplissements (Bubolz et al., 1980) ou son efficacité personnelle, le niveau d'adaptation en général (Zautra et Goodhart, 1979) sont fortement corrélés à la satisfaction de la vie en général. De même, dans les études effectuées auprès de personnes qui ont des problèmes sévères de santé mentale, les corrélations sont élevées entre différentes mesures de niveau fonctionnel, d'autonomie et d'adaptation et la qualité de vie subjective (Baker et al., 1982; Franklin et al., 1986; Lepkiffer et al., 1988; Mercier et King, sous presse; Rosenfield et Neese-Todd, 1993).

Ces résultats représentent la contre-partie empirique de modèles explicatifs de qualité de vie. Suivant le modèle de l'adaptation de Bigelow et al., (1982), la qualité de vie d'une personne dépend, d'une

part de la satisfaction de ses besoins par les ressources disponibles dans son environnement et d'autre part, de sa performance ou de l'actualisation de ses habiletés en réponse aux demandes de la société (accomplissement des rôles). Baker et Intagliata (1982) exposent un modèle fondé sur les relations entre les variables du milieu, la perception de ses conditions de vie (l'expérience individuelle), l'état de santé physique et mentale et les comportements d'adaptation et de coping. Pour Fabian (1990), il existe des liens étroits entre le fonctionnement adaptatif et la satisfaction face à la vie. Tous ces modèles ont en commun d'établir des liens entre différentes dimensions des capacités et des réalisations personnelles et de l'adaptation et la qualité de vie. Ce qui semble appuyé par les données empiriques.

L'impact des services sur la qualité de vie

La qualité de vie a d'abord été utilisée comme critère de résultat pour l'évaluation de programmes de désinstitutionnalisation. Dans ce contexte, la qualité de vie objective apparaît toujours meilleure dans la communauté qu'à l'hôpital (Bigelow et al., 1991; Dickey et al., 1981; Gibbons et Butler, 1987; Okin et al., 1983; Okin et Pearsall, 1993; Pinkney et al., 1991; Stein et Test, 1980). Les domaines où l'impact des programmes est le plus évident sont ceux reliés au lieu de résidence, aux besoins de base, aux relations interpersonnelles, au bien-être psychologique et à l'emploi du temps. Par contre, il est plus rare que l'on observe un changement significatif par rapport à l'emploi ou aux études et aux revenus (Baker et al., 1992; Bigelow et Young, 1991b; Field et Yegge, 1982; Franklin et al., 1987; Goering et al., 1988; Mercier et al., 1992; Wright et al., 1989).

Certaines études les plus récentes sur l'évaluation de programmes de case management vont par ailleurs conclure qu'il n'existe pas de liens évidents entre le fait de recevoir des services et la perception de la qualité de la vie dans un domaine particulier ou en général (Bond et al., 1988; Cutler et al., 1987; Field et al., 1982; Franklin et al., 1987; Hachey et Mercier, 1993; Huxley et al., 1992). Cette absence d'impact est parfois expliquée par le fait que ces services de case management ont été implantés dans des milieux déjà bien pourvus de services ou qu'ils sont offerts à des personnes déjà bien desservies. Si bien que, dans ces circonstances, la coordination des services n'offre rien de plus. Cependant, il apparaît aussi significatif que ces services ne sont pas dispensés à des personnes désinstitutionnalisées, mais plutôt à des personnes qui n'ont jamais fait de très longs séjours à l'hôpital psychiatrique. De telle sorte que leur point

de référence dans l'évaluation de la qualité de vie n'est plus la vie à l'hôpital, mais bien leurs perceptions de ce qu'est une bonne vie dans leur milieu proche ou dans la communauté en général. Dans ce contexte, la distance entre ce qui est et ce qui est souhaitable pourrait être plus grande, et en conséquence, la satisfaction moins élevée. Ce qui amène à considérer les processus à la base de l'évaluation subjective de sa qualité de vie.

L'évaluation de la qualité de vie subjective

Malgré son usage de plus en plus courant en recherche, la notion de qualité de vie conserve ses zones grises. Il est reconnu que les caractéristiques socio-démographiques et les conditions objectives de vie n'ont que très peu d'impact sur la qualité de vie subjective, même en population générale (Andrews et Robinson, 1991; Diener, 1984). De la même manière, l'amélioration ou la détérioration des conditions objectives de vie n'entraîneront pas nécessairement une modification correspondante dans la perception de la qualité de vie subjective. Les notions d'aspirations et d'adaptation permettent de rendre compte de ces observations.

Suivant les auteurs qui se sont intéressés à la qualité de vie subjective parmi la population générale (Calman, 1984; Campbell et al., 1976; Emmons et al., 1985; Michalos, 1980; Michalos, 1985), le jugement sur la qualité de la vie en général ou par domaines s'effectue sur la base de la comparaison entre ce qui est (la situation actuelle) et ce qui devrait être (les aspirations). Ces aspirations sont elles-mêmes déterminées par l'expérience passée la plus positive, en référence à la situation des proches ou en comparaison avec la situation moyenne dans son milieu. Il semble aussi que les personnes s'adaptent aux événements et réajustent leurs aspirations et leurs attentes en fonction des conditions extérieures ou de leur réalité personnelle. Ainsi, une personne qui souffre d'une incapacité à la suite d'un accident, par exemple, modifierait ses aspirations à la baisse et, en conséquence, se satisferait de moins. À l'inverse, un gagnant de la loterie élèverait son niveau d'aspirations à la mesure de sa nouvelle situation financière (Brickman, 1978). Calman (1984) a de même démontré que le fossé entre les aspirations et les réalisations peut varier chez des patients atteints de cancer suivant que leur santé s'améliore ou se détériore en relation avec l'efficacité du traitement ou les progrès de la maladie. On comprend ainsi qu'une personne qui se dit satisfaite de sa qualité de vie puisse s'être adaptée à la baisse, suivant un processus de résignation acquise. Par contre, le contact

avec un environnement plus favorisé, la fréquentation d'un milieu plus stimulant, comme cela peut se produire à travers la participation à un programme de réadaptation ou à un service quelconque, pourrait avoir pour effet de hausser le niveau d'aspiration, et en conséquence d'entraîner à court terme, une baisse de la satisfaction.

La littérature sur la qualité de vie subjective des personnes suivies en psychiatrie attire aussi l'attention sur les investissements face à un domaine donné de fonctionnement, sur l'importance qu'on lui accorde (Dazord et al., ce numéro). Suivant Anthony (1980) et Barris et ses collaborateurs (1985, 1988), l'implication dans une activité significative est essentielle à la qualité de vie et à l'adaptation des patients psychiatriques au long cours. La participation à une activité de réadaptation, de loisir, ou sociale ne suffit pas en soi à améliorer la qualité de vie subjective. Encore faut-il qu'elle ait un sens et corresponde à un intérêt réel. Ainsi, une recherche qualitative auprès de participant(e)s à un programme d'appartements protégés a montré que ces appartements contribuent de façon significative à la qualité de vie objective. Par contre, au plan subjectif, la satisfaction est peu élevée, puisque, suivant les participant(e)s, le fait d'habiter dans ce type de résidence et de participer aux activités du programme ne fait que renforcer le sentiment de vivre dans des filières d'exception par rapport au courant principal de la société (Mercier, 1986).

Qualité de vie et qualité des services

Il ne faudrait pas conclure de l'absence de relation directe entre les conditions de vie objectives et la perception subjective que l'on puisse se désintéresser des conditions réelles de vie des usagers des services. Au contraire, les études sur la qualité de vie sont porteuses d'indications sur les façons d'améliorer la qualité de vie objective aussi bien que la qualité de vie subjective. Ces indications quant à la qualité des services s'inscrivent sous quatre points de vue différents: le type de services à offrir, les programmes de réadaptation, les perceptions des clientèles et la qualité de vie des intervenant(e)s.

Les études descriptives ont permis de connaître les perceptions des personnes avec des problèmes sévères et persistants de santé mentale qui vivent dans la communauté. Dans certains domaines de la vie, les participant(e)s aux enquêtes expriment une insatisfaction marquée: travail, loisirs, relations sociales privilégiées, revenus. Ces domaines correspondent à des *types de services* qui pourraient, de ce point de vue, être considérés comme prioritaires. Les recherches descriptives attirent aussi l'attention sur certaines dimensions des

services qui pourraient avoir un impact significatif sur la qualité de vie des clientèles. Les préoccupations manifestées pour la sécurité, l'intimité et de façon générale des milieux de vie les moins contraignants possible en sont des exemples.

Les relations observées entre le niveau fonctionnel, la satisfaction face à ses performances et la qualité de vie subjective démontrent l'importance de programmes de réadaptation qui visent la réduction des incapacités et l'actualisation des potentialités. Il apparaît cependant qu'une intervention en réadaptation aura d'autant plus d'impact sur la qualité de vie qu'elle correspond à un domaine d'investissement pour la personne. En ce sens, le travail de réadaptation gagne à s'appuyer sur les champs d'intérêts de la personne et à tenir compte de ses aspirations.

En tant que processus dynamique, fondée sur les aspirations et les investissements individuels, la notion de qualité de vie contribue à recentrer les services sur les clientèles. La qualité des services, du point de vue de l'usager, c'est qu'on le considère comme une personne ayant des valeurs et des aspirations personnelles. Pour répondre à ses valeurs et à ses aspirations, la personne élabore un certain nombre de stratégies. Or, pour l'élaboration de ces stratégies, les personnes avec des problèmes sévères et persistants de santé mentale disposent de peu de moyens et surtout de peu de contrôle sur leur environnement (Lecomte, 1991). Une intervention centrée sur la qualité de vie qui viserait à optimiser ces stratégies, pourrait s'exercer à trois niveaux. Au niveau de l'identification des attentes et des aspirations d'abord, de leur mise en perspective en fonction des possibilités réelles, puis de leur mobilisation dans des projets. Au niveau des comportements et des façons habituelles de transiger avec la vie quotidienne, de manière à augmenter l'efficacité courante et à multiplier les événements sources de satisfaction et finalement, au niveau des alliances actualisées et potentielles avec des acteurs du milieu proche, de façon à optimiser les stratégies d'adaptation de la personne.

Enfin, on aurait tort de penser que les services ne sont que des moyens vers une meilleure qualité de vie de leurs usagers. En fait, ils participent directement à cette qualité de vie, puisqu'ils représentent une partie importante de la vie des personnes qu'ils desservent. Suivant une enquête américaine, plus de la moitié des événements quotidiens rapportés par des patients psychiatriques ambulatoires sont reliés au fait de fréquenter un service (Baker et al., 1985). La qualité de l'environnement physique, matériel et organisationnel

d'un service, la *qualité de vie au travail* des intervenant(e)s sont donc des composantes directes de la qualité de vie des usagers.

Conclusion

La notion de qualité de vie entraîne un certain recadrage de la qualité des services, par l'introduction de dimensions telles que l'adaptation perçue, les aspirations et les investissements. Suivant le modèle de qualité de vie centré sur l'adaptation, la qualité de vie est le produit du rapport entre les besoins de la personne et les ressources du milieu d'une part, et entre les performances de la personne et les attentes du milieu, d'autre part. Dans le cadre de ce modèle, le travail en santé mentale n'est pas uniquement de l'ordre du service direct pour satisfaire des besoins et du développement des habiletés pour répondre aux attentes du milieu. Il relève aussi d'une négociation entre les besoins et les ressources de la personne et le milieu, de façon à lui permettre de prendre avantage des ressources et des possibilités de ce milieu et d'y jouer un rôle significatif. Un service de qualité se conçoit ainsi comme intégrant une dimension de travail sur le milieu, et plus précisément sur les attentes de ce milieu par rapport à la personne psychiatisée, de telle sorte que celle-ci y trouve une place qui corresponde à ses capacités et à ses attentes. La notion de qualité de vie contribue ainsi à situer la personne qui connaît des problèmes sévères de santé mentale comme une personne préoccupée, comme tout un chacun, de son bien-être et de la réalisation de ses aspirations.

RÉFÉRENCES

- ABBEY, A., ANDREWS, F.M., 1985, Modeling the psychological determinants of life quality, *Social Indicators Research*, 16, 1-34.
- ANDREWS, F.M., ROBINSON, J.P. 1991, Measures of subjective wellbeing, in J.P. Robinson, P.R. Shaver, L.S. Wrightsman Eds., *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, Academic Press Inc, New York.
- BAKER, F., JODREY, D., INTAGLIATA, J., 1992, Social support and quality of life of community support clients, *Community Mental Health Journal*, 28 5, 397-411.
- BARRIS, R., DICKIE, V., BARON, K.B., 1988, A comparison of psychiatric patients and normal subjects based on the model of human occupation, *Occupation Therapy Journal of Research*, 8, 3-23.
- BARRIS, R., KIELHOFNER, G., NEVILLE, A.M. ET AL., 1985, Psychosocial dysfunction, in G. Kielhofner Eds., *A Model of Human Occupation Theory and Application*, Williams and Wilkins, Baltimore.

- BIGELOW, D.A., BRODSKY, G., SEWARD, L., OLSON, M., 1982, The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services, in G.J. Stahler and W.R. Tash Eds., *Innovative Approaches to Mental Health Evaluations*, 345-366, Academic Press, New York.
- BIGELOW, D.A., MCFARLAND, B.H., GAREAU, M.J. YOUNG, D.J., 1991, Implementation and effectiveness of a bed reduction projects, *Community Mental Health Journal*, 27, 2, 125-133.
- BIGELOW, D.A., YOUNG, D.J., 1991, Effectiveness of a case management program, *Community Mental Health Journal*, 27, 2, 115-123.
- BOND, G.R., MILLER, L.D., KRUMWIED, M.H.A., WARD, R.S., 1988, Assertive case management in three CMHCS: A controlled study, *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 4, 411-418.
- BRICKMAN, P., COATES, D., JANOFF-BULMAN, R., 1978, Lottery winners and accident victims: Is happiness relative, *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- BUBOLZ, M., EICHER, J., EVERS, J., SONTAG, M., 1980, A human ecological approach to quality of life: Conceptual framework and results of a preliminary study, *Socail Indicators Research*, 7, 103-116.
- CALMAN, K.C., 1984, Quality of life in cancer patients. An hypothesis, *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E., ROGERS, W.L., 1976, *The Quality of American Life*, Russell Sage Foundation.
- CUTLER, D., TANTUM, E., SHORE, J., 1987, A comparison of schizophrenia patients in different community support treatment approaches, *Community Mental Health Journal*, 23, 103-113.
- DICKEY, B., GUDERMAN, J.E., HELLMAN, S., DONATELLE, A., GRENSPOON, L., 1981, A follow-up of deinstitutionalized chronic patients four years after discharge, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 5, 326-330.
- DIENER, E., 1984, Subjective well-being, *Psychological Bulletin* 95, 542-575.
- EMMONS, R.A., DIENER, E., LARSEN, R.J., 1985, Choice of situations and congruence models of interactionism, *Personality and Individual Differences*, 6, 693-702.
- FABIAN, E.S., 1990, Quality of life: A review of theory and practice implications for individuals with long-term mental illness, *Rehabilitation Psychology*, 35, 3, 161-170.
- FIELD, G., YEGGE, L., 1982, A client outcome study of a community support demonstration project, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 6, 2, 15-22.
- FRANKLIN, J.L., SIMMONS, J., SOLOVITZ, B., CLEMONS, J.R., MILLER, G.E., 1986, Assessing quality of life of the mentally ill: A three-dimensional model, *British Medical Journal*, 9, 376-388.

- FRANKLIN, J.L., SOLOVITZ, B., MASON, M., CLEMONS, J.R., MILLER, G.E., 1987, An evaluation of case management, *American Journal of Public Health*, 77, 6, 674-678.
- GIBBONS, J.S., BUTLER, J.P., 1987, Quality of life for «new» longstay psychiatric inpatients: the effects of moving to a hostel, *British Journal of Psychiatry*, 151, 347-354.
- GÖERING, P.N., WASYLENKI, D.A., FARKAS, M., LANCEE, W.J., ET AL., 1988, Does case management make a difference? *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 3, 272-276.
- HACHEY, R., MERCIER, C., 1993, The impact of rehabilitation services on the quality of life of chronic mental patients, *Occupational Therapy in Mental Health*, 12, 2, 1-26.
- HOLLANDSWORTH, J.G., 1988, Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update, *Social Science and Medicine*, 26, 4, 425-434.
- HUXLEY, P., WARNER, R., 1992, Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 8, 799-802.
- LECOMTE, Y., 1991, Les stratégies d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne, *Santé mentale au Québec*, XVI, 2, 99-120.
- LEHMAN, A.F., 1983, The well-being of chronic mental patients, Assessing their quality of life, *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- LEHMAN, A.F., BURNS, B.J., 1990, Severe mental illness in the community, in B. Spilker, ed., *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*, Raven Press, Ltd., New York, 357-362.
- LEHMAN, A.F., POSSIDENTE, S., HAWKER, F., 1986, The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 9, 901-907.
- LEHMAN, A.F., SLAUGHTER, J.G., MYERS, C.P., 1991, Quality of life in alternative residential settings, *Psychiatric Quarterly*, 62, 1, 35-49.
- LEHMAN, A.F., WARD, N.C., LINN, L.S., 1982, Chronic mental patients: The quality of life issue, *American Journal of Psychiatry*, 139, 10, 1271-1276.
- LEPKIFFER, E., HORESH, N., FLORU, S., 1988, Life satisfaction and adjustment in lithium-treated affective patients in remission, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 391-395.
- LEVITT, A.J., HOGAN, T.P., BUCOSKY, C., 1990, Quality of life in chronically ill patients in day treatment, *Psychological Medicine*, 20, 703-710.
- MERCIER, C., 1986, Les appartements protégés: Le point de vue des locataires, *Santé mentale au Québec*, XI, 2, 108-117.
- MERCIER, C., 1989, Conditions de vie et lieux de résidence, *Santé mentale au Québec*, XIV, 2, 158-171.

- MERCIER, C., FILION, J., 1987, La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques, *Santé mentale au Québec*, XII, 1, 135-143.
- MERCIER, C., KING, S., accepté, A latent causal model of quality of life of psychiatric patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- MERCIER, C., TEMPIER, R., RENAUD, C., 1992, Services communautaires et qualité de la vie: une étude d'impact en région éloignée, *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 37 8, 553-563.
- MICHALOS, A.C., 1980, Satisfaction and Happiness, *Social Indicators Research*, 8, 385-422.
- MICHALOS, A.C., 1985, Multiple discrepancies theory (MDT), *Social Indicators Research*, 16, 4, 347-414.
- NAJMAN, J.M., LEVINE, S., 1981, Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: A review and critique, *Social Sciences and Medicine*, 15, 107-115.
- OKIN, R.L., DALMIE, R.J.A., PEARSALL, D.T., 1983, Patient's perspective on community alternatives to hospitalisation: A follow-up study, *American Journal of Psychiatry*, 140, 11, 1460-1464.
- OKIN, R.L., PEARSALL, D., 1993, Patient's perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 3, 236-240.
- PINKNEY, A.A., GERBER, G.J., LAFAVE, H.G., 1991, Quality of life after psychiatric rehabilitation: the client's perspective, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 86-91.
- ROSENFELD, S., NEESE-TODD, S., 1993, Elements of a psychosocial clubhouse program associated with a satisfying quality of life, *Hospital and Community Psychiatry*, 44,, 1, 76-78.
- SIMPSON, C.J., HYDE, C.E., FARAGHER, E.B., 1989, The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality life, *British Journal of Psychiatry*, 154, 77-82.
- STEIN, L.I., TEST, M.A., 1980, Alternative to mental hospital treatment: 1. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation, *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- SULLIVAN, G., WELLS, K.B., LEAKE, B., 1992, Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill populations, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 8, 794-798.
- ZAUTRA, A., GOODHART, D., 1979, Quality of life indicators: a review of the literature, *Community Mental Health Review*, 4, 1, 3-10.