

La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques Quality of life : theoretical and empirical perspectives

Céline Mercier et Jocelyne Filion

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030380ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030380ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Le maintien ou l'amélioration de la « qualité de la vie » est fréquemment évoqué comme un objectif souhaitable des interventions en santé mentale, principalement en regard des personnes qui éprouvent des difficultés majeures à vivre dans la communauté. Cet article retrace l'évolution du concept de qualité de la vie, décrit certains modèles théoriques et les résultats des recherches quant aux facteurs associés à une perception positive des conditions de vie. On y considère aussi l'utilité de ce concept dans la planification et l'évaluation des services en santé mentale.

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Mercier, C. & Filion, J. (1987). La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 135–143.
<https://doi.org/10.7202/030380ar>

La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques

*Céline Mercier**
*Jocelyne Filion**

Le maintien ou l'amélioration de la «qualité de la vie» est fréquemment évoqué comme un objectif souhaitable des interventions en santé mentale, principalement en regard des personnes qui éprouvent des difficultés majeures à vivre dans la communauté. Cet article retrace l'évolution du concept de qualité de la vie, décrit certains modèles théoriques et les résultats des recherches quant aux facteurs associés à une perception positive des conditions de vie. On y considère aussi l'utilité de ce concept dans la planification et l'évaluation des services en santé mentale.

L'expression «qualité de la vie» est relativement récente dans notre vocabulaire. Elle a fait une première apparition officielle en 1964, lors d'un discours présidentiel de Lyndon B. Johnson (Shea et King-Farlow, 1976). Par la suite, cette nouvelle préoccupation pour la qualité de la vie des Américains a été reprise par les milieux scientifiques. Dans un premier temps, la qualité de la vie a été associée de près à l'évaluation de la qualité de l'environnement physique, du voisinage et de la communauté à partir de données statistiques, considérées comme autant d'«indicateurs sociaux» (Carlisle, 1972; Duncan, 1969; Hoffenberg, 1970; Sawhill, 1969; USDHEW; 1969). Une préoccupation pour la qualité de la vie au travail a aussi émergé du courant relié à la théorie des organisations (Davis et Cherno, 1975).

Dans le domaine de la santé, l'intérêt pour la qualité de la vie a été stimulé par la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un «état de bien-être physique, émotif et social» (WHO, 1978). En santé mentale, les dénonciations des conséquences néfastes de la désinstitutionnalisation («une honte nationale» (Reich, 1973; Talbott, 1979), «une tragédie sociale majeure» (Lamb, 1984)) ont aussi attiré l'attention sur les conditions de vie souvent difficiles des ex-patients psychiatriques dans la «communauté». Même dans

les meilleures conditions, on a dû reconnaître qu'on avait parfois entretenu trop d'attentes quant aux effets bénéfiques de la vie en milieu naturel et qu'on s'était leurré quelque peu quant aux effets des programmes de réadaptation et de soutien. Bachrach et Lamb (1982) en sont ainsi venus à la conclusion que les notions de réadaptation, de guérison et de progrès n'ont qu'une pertinence relative pour beaucoup de personnes qui connaissent des problèmes émotifs sévères. Ces auteurs ont alors commencé à défendre l'idée qu'un pas important serait franchi quant à l'humanisation des services destinés à ces personnes, si «seulement» on améliorerait leur qualité de vie (Lamb, 1981). Rendre la vie des patients psychiatriques chroniques plus confortable en leur assurant un environnement bienveillant où ils puissent évoluer à leur propre rythme apparaît de plus en plus comme un objectif acceptable (Woodside et Mercer, 1983). Au Québec, Aird et Amyot (1980) considèrent aussi que le défi actuel de la psychiatrie communautaire est d'offrir aux malades mentaux chroniques les conditions nécessaires à une véritable qualité de la vie.

Il existe déjà une littérature considérable sur la qualité de la vie. Ce texte en donne un aperçu à partir des angles multiples sous lesquels elle a été abordée.

UN CONCEPT À MULTIPLES FACETTES

À l'origine, le terme qualité de la vie est lié au mouvement américain des indicateurs sociaux. La

* Chercheuses à l'Unité de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'hôpital Douglas. Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (No. RS104 084).

qualité de la vie est appréciée à partir d'un certain nombre d'indicateurs objectifs, le plus souvent statistiques, et porte sur des ensembles, groupes de personnes ou environnements. Ainsi, à partir d'indices tels que le revenu moyen, le pourcentage d'espaces verts, le degré de pollution, etc., on a pu établir une liste des états (Liu, 1973) et des villes des États-Unis classés suivant la qualité de la vie qu'ils offrent à leurs citoyens et citoyennes (Flax, 1972; Louis, 1975; Schneider, 1975;).

Les grandes enquêtes sur échantillon de Campbell, Converse et Rogers (1976; Campbell, 1981), de Andrews et Whitley (1976) (population américaine), de Atkinson (1979) (population canadienne) et du groupe dirigé par Heady (Heady *et al.*, 1984a, b; 1985) (population australienne) mettent de l'avant l'approche subjective de la qualité de la vie. Ces enquêtes sont fondées sur l'appréciation des personnes quant à leurs conditions de vie. Ces deux types d'enquêtes — sur des indicateurs et sur échantillon — mettent en relief un premier axe de la problématique de la qualité de la vie, celui qui a trait au choix des critères d'évaluation, critères objectifs en relation avec des caractéristiques de l'environnement et critères subjectifs reliés aux perceptions des personnes.

Une autre dimension de cette problématique est d'ordre conceptuel. Il est parfois difficile de distinguer, au plan sémantique aussi bien qu'opérationnel, l'évaluation subjective de la qualité de la vie, des notions apparentées de bien-être psychologique (Bradburn, 1969) et de satisfaction de la vie (Neugarten *et al.*, 1961). Certains auteurs (Campbell, 1981, par exemple) posent clairement ces distinctions et les utilisent pour l'interprétation des résultats. Chez d'autres, cela reste beaucoup plus confus et les termes semblent utilisés de façon interchangeable.

Sur un autre plan, recherches empiriques et réflexions théoriques tentent de mettre en évidence les facteurs responsables de la qualité de la vie. D'un côté, des auteurs proposent des cadres d'analyse sur ce qui fait la qualité de la vie. Le groupe de Bubolz (1980) propose un modèle écologique. Pour Reich et Zautra (1984), la qualité de la vie tient au contrôle que l'on peut avoir sur sa vie. Bigelow et ses collaborateurs (1982) suggèrent plutôt que la qualité de la vie tient à un juste équilibre entre les besoins et les ressources (personnelles et sociales), les

performances dans l'accomplissement des rôles et les attentes du milieu. Parallèlement à cette approche théorique, des recherches empiriques étudient le rôle de variables psychologiques (Abbey et Andrews, 1985) sur la perception de sa qualité de vie. Quant aux enquêtes sur échantillon, elles permettent de mettre des variables socio-démographiques et des domaines de la vie en relation avec les perceptions plus ou moins positives de la qualité de la vie.

BIEN-ÊTRE ET BONHEUR : SATISFACTION ET QUALITÉ DE LA VIE

C'est en 1957 qu'est réalisée la première étude nationale américaine où la population est invitée à évaluer subjectivement son bien-être (Gurin *et al.*, 1960). Par la suite, la notion de bien-être sera associée aux travaux de Bradburn (Bradburn et Caplovitz, 1965; Bradburn, 1969). Selon ce dernier, le sentiment de bien-être psychologique est constitué de deux états émotifs subjectifs distincts, l'affectif positif et l'affectif négatif, qui peuvent varier indépendamment l'un de l'autre. Le sentiment global de bien-être psychologique est fonction de la différence entre le niveau d'affect positif et le niveau d'affect négatif. La notion de bonheur implique, elle, des éléments de plaisir et se rapproche du sentiment de satisfaction. Il s'agit toutefois d'une mesure moins stable, beaucoup plus soumise à des fluctuations d'humeur. Le bonheur se distingue de la satisfaction par son caractère spontané et variable d'un jour à l'autre.

L'évaluation de la qualité de la vie comporte une dimension cognitive et une dimension affective (Abbey et Andrews, 1985; McKennel et Andrews, 1983). Campbell (1981) émet l'hypothèse que les individus sont d'abord motivés à maximiser leur sentiment de bien-être. Ils cherchent à rendre leur vie aussi heureuse et satisfaisante que possible. De ce fait, le sentiment global de bien-être est déterminé en grande partie par la satisfaction de l'individu par rapport à son expérience dans les domaines importants de sa vie. Du point de vue du sujet, l'évaluation de sa qualité de la vie recouvre sensiblement sa satisfaction face à différents domaines de la vie.

La notion de satisfaction comprend fréquemment des éléments de plaisir. Il ne s'agit toutefois pas

d'expériences spontanées ou de sentiments excessifs et éphémères. Le sentiment de satisfaction procède plutôt d'un processus cognitif, en ce sens qu'il implique un jugement, une comparaison entre ce que la personne possède et ce qu'elle croit mériter, ce à quoi elle peut raisonnablement aspirer. S'il y a peu de contradictions entre les deux, la personne éprouve de la satisfaction. Par contre, s'il existe une trop grande distorsion entre les deux évaluations, elle ressent de l'insatisfaction. L'évaluation subjective de la qualité de la vie est très reliée aux aspirations. L'hypothèse qui prévaut dans plusieurs études, veut que l'écart entre les conditions de vie actuelles et les aspirations joue un rôle très important dans la manière dont on perçoit et évalue son sentiment de satisfaction et, de ce fait, sa qualité de la vie (Mason et Faulkenberry, 1978; Michalos, 1980, 1983).

LES MODÈLES THÉORIQUES DE LA QUALITÉ DE LA VIE

Il n'est pas aisé de cerner le concept de qualité de la vie et d'en élaborer une définition claire et précise qui recevrait l'approbation de tous les milieux scientifiques. Certains chercheurs ont toutefois tenté de formuler des théories de ce qui fait la qualité de la vie et d'en identifier les facteurs responsables. On retrouve, parmi les cadres d'analyse proposés, un modèle écologique, (Bubolz *et al.*, 1980); un modèle où la qualité de la vie est associée à l'ajustement entre les besoins et les ressources de l'individu, d'une part, et entre sa performance dans l'accomplissement des rôles et les attentes, d'autre part (Bigelow *et al.*, 1982); un modèle qui met en étroite relation la notion de contrôle et le concept de qualité de la vie (Reich et Zautra, 1984); un modèle accordant une grande importance aux variables psychologiques de la qualité de la vie (Abbey et Andrews, 1985).

Le modèle de Bubolz et de ses collaboratrices

Le cadre conceptuel que Bubolz et ses collaboratrices (1980) présentent s'inspire largement des grands principes de l'écologie urbaine. Dans leur optique, la qualité de la vie est considérée dans un sens très général pour décrire le bien-être ou le mal-être des gens et/ou de l'environnement dans lequel ils vivent. Du point de vue de l'individu, la qualité de la vie consiste en un degré d'accomplissement ou de satisfaction de leurs besoins physiques, bio-

logiques, psychologiques, économiques et sociaux de base. Ces besoins sont satisfaits par les ressources de l'environnement. La qualité de la vie est le degré auquel l'environnement a la capacité de fournir les ressources nécessaires pour satisfaire les besoins. Le niveau de qualité de la vie est évalué de façon normative, soit en relation à un standard, à partir duquel les besoins devraient être satisfaits, soit en relation à un standard concernant les ressources requises.

Les composantes de base d'un écosystème humain aident à clarifier quels phénomènes humains doivent être décrits et quelles données doivent être choisies comme indicateurs. Les indicateurs peuvent décrire ou mesurer quelque chose concernant les conditions ou le statut des gens (environnement humain), les ressources du milieu (environnement naturel, construit ou comportemental) ou l'interaction des individus avec l'environnement et ses ressources (l'utilisation de cet environnement). Des indicateurs objectifs et subjectifs peuvent être utilisés pour évaluer la qualité de la vie dans un écosystème.

Le modèle de Bigelow et de ses collaborateurs

L'élaboration du modèle de Bigelow et de ses collaborateurs (1982) repose sur deux positions théoriques : une théorie de la qualité de la vie (Bigelow *et al.*, 1982) et une théorie des rôles (Sarbin et Allen, 1986).

La qualité de la vie d'un individu repose sur deux éléments : le sentiment général de bien-être (la satisfaction de ses besoins) et la performance (l'actualisation de ses habiletés). Les besoins considérés sont repris de Maslow (1943) : besoins de base (physiologiques et de sécurité), besoins d'affiliation, d'estime, d'autonomie et d'actualisation de soi. L'environnement offre des possibilités de satisfaire ces besoins, possibilités matérielles (nourriture, logement, etc.) et sociales (ami, conjoint, travail, etc.). Cependant, aux occasions offertes par l'environnement sont associées des attentes ou des exigences de performance. L'individu doit répondre aux demandes de la société à partir de ses habiletés cognitives, affectives, comportementales et perceptuelles. Dans la mesure où l'individu connaît une satisfaction adéquate de ses besoins et atteint une certaine performance dans l'accomplissement de ses rôles, il est adapté à son environnement et jouit d'une bonne qualité de vie.

Le modèle de Reich et Zautra

L'élaboration théorique développée par Reich et Zautra (1983, 1984) s'appuie sur la conviction que la qualité de la vie d'une personne est reliée aux types d'événements qu'elle expérimente (Block et Zautra, 1981; Bloom, 1971). Ce modèle s'arrête surtout à l'impact affectif et cognitif qu'ont les événements sur la qualité de la vie. Suivant l'approche proposée, l'expérience des événements peut être répartie en deux domaines distincts suivant que nous les causons nous-mêmes ou qu'ils surviennent indépendamment de notre volonté.

Le principe théorique général qui soutient cette approche est celui du contrôle cognitif et des raisons intrinsèques et extrinsèques qui motivent l'engagement dans certaines actions. Les gens accomplissent des choses parce qu'ils veulent le faire et cette liberté de choix a un impact important sur la façon dont ils interprètent le déroulement de leur vie.

L'affect positif tend à être associé aux événements sur lesquels l'individu exerce un certain contrôle. De plus, les efforts déployés par l'individu pour composer avec les demandes de la vie et intégrer ses besoins et ses désirs dans la vie quotidienne ont des résultats qui exercent aussi une grande influence sur la qualité de la vie. Il s'agit ici d'identifier dans la vie quotidienne des individus des patterns de causalité suivant des séquences événement-activité-dénouement.

Opérationnellement, le rôle des événements dans la qualité de la vie est conceptualisé comme un processus d'évaluation comprenant trois composantes. Dans un premier temps, il y a deux types d'événements possibles. Les pressions non choisies, celles qui originent de l'environnement (exigences) et les pressions choisies par l'individu (désirs). La seconde composante se réfère, s'il y a lieu, à la ou aux réponse(s) apportée(s) à ces événements. Finalement, la satisfaction/insatisfaction éprouvée par l'individu, face aux dénouements de ces événements et aux réponses qui leur ont été données, constitue une composante du processus évaluatif.

Le modèle de Abbey et Andrews

Le cadre conceptuel proposé par Abbey et Andrews (1985) met en relation le bien-être perçu par l'individu, les concepts issus du mouvement des indicateurs sociaux et des concepts étudiés en psycho-

logie. Les travaux de Costa et McCrea (1980), de Dupuy (1977) et de Kamman *et al.* (1979) ont servi de tremplin à l'élaboration théorique de Abbey et Andrews.

Les auteurs présument «que les interactions des individus avec leur monde social affecteront un certain nombre de facteurs psychosociologiques, qui affecteront ensuite les états internes de dépression et d'anxiété, lesquels, à leur tour, affecteront leur sentiment de bien-être» (Abbey et Andrews, 1985, 3). Les éléments clefs de ce modèle se répartissent comme suit : cinq concepts psychosociologiques (stress, contrôle sur sa propre existence, contrôle exercé par d'autres sur sa propre existence, support social et performance), deux concepts psychologiques (dépression et anxiété) et cinq évaluations distinctes de la qualité de la vie.

En s'appuyant sur ces concepts, les auteurs définissent leur hypothèse à l'effet que le stress, la perception de contrôle, le soutien social et la performance influent sur l'anxiété et la dépression de l'individu et que ces deux états émotifs, à leur tour, affectent sa qualité de la vie. L'anxiété et la dépression sont des affects négatifs qui devraient avoir un impact direct sur la composante d'affect négatif de la qualité de la vie.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus par Abbey et Andrews indiquent que le stress et la dépression sont fortement reliés aux perceptions négatives de la qualité de la vie. Le contrôle interne, la performance et le soutien social sont modérément reliés aux perceptions positives de la qualité de la vie. Les relations entre l'affect positif et le contrôle interne, le support social et la performance sont plus fortes que les relations entre ces mêmes concepts et l'affect négatif.

Il semblerait, toujours selon Abbey et Andrews, que, lorsque les individus tentent de déterminer jusqu'à quel point ils jouissent de leur vie, ils mettent l'accent sur les déterminants positifs de bien-être, soit le contrôle interne et le soutien social. Inversement, lorsqu'ils tentent de déterminer jusqu'à quel point ils sont émotivement bouleversés, ils mettent l'accent sur les déterminants négatifs de bien-être comme le stress ou le contrôle exercé par d'autres.

LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA QUALITÉ DE LA VIE

Une approche très différente de la qualité de la

vie est celle qui cherche à identifier les conditions objectives qui influencent les perceptions subjectives de la qualité de la vie. Pour répondre à cette question, deux stratégies sont utilisées. L'une consiste à établir des corrélations entre des variables socio-démographiques et les différences dans l'évaluation de la qualité de la vie observées dans des enquêtes de grande envergure. L'autre cherche à associer les conditions individuelles de vie aux perceptions plus ou moins favorables de la qualité de la vie.

Les variables socio-démographiques

Il est indéniable que les variables socio-démographiques et économiques jouent un rôle important dans l'évaluation de la qualité de la vie. Déjà Cantril (1965) concluait dans son étude que les pays les plus riches étaient aussi les plus heureux. Cependant, les différences entre les pays les plus avantagés et les pays les plus défavorisés de son étude étaient plutôt irrégulières et la relation entre la prospérité et le bonheur n'était pas très forte. Pour sa part, Gallup (1976) rapporte que la privation économique semble affecter autant l'esprit que le corps. De façon générale, les pays avec les revenus *per capita* les plus élevés se retrouvent invariablement aux premiers rangs dans les tests de bien-être psychologique et de satisfaction face aux aspects majeurs de la vie. Les résultats de ces recherches supportent l'hypothèse selon laquelle le sentiment national de bien-être dépend du niveau de développement économique du pays. De plus, il est également vrai que, dans chacun des pays où des études ont été menées, les individus les plus prospères tendent à évaluer leur vie plus positivement que les gens pauvres. Il semblerait que le sentiment de bien-être d'un individu soit plus influencé par le fait que son statut économique se compare avantageusement avec celui des autres individus du même pays, que par le fait que la situation économique de son pays soit plus enviable que celle d'autres pays. Cependant, les conditions de vie d'un pays prospère sont nettement plus propices au développement d'évaluations positives du bien-être des individus que les situations qui prévalent dans les pays pauvres.

Les travaux de Campbell (1981) sur le sentiment de bien-être des Américains relèvent des points qui militent en faveur de cette vision des choses. Les résultats de Campbell indiquent que la plupart des

gens décrivent leur vie en termes relativement positifs, quoique certains individus soient plus positifs que d'autres. Ces différences résultent en partie de leur position dans l'échelle sociale. Le revenu, l'éducation et la profession d'un individu constituent de puissants descripteurs de ses conditions de vie objectives. Or ils expliquent à eux seuls plus de 10 % de la variance du niveau général de satisfaction et de bien-être.

Dans sa revue de littérature, Diener (1984) a identifié d'autres conditions objectives qui influent sur le sentiment de bien-être. Les résultats de la plupart des études démontrent que le niveau de satisfaction s'élève généralement avec l'âge. Par contre, les sentiments, positifs aussi bien que négatifs, sont plus intenses chez les jeunes. Les gens mariés sont plus positifs que les autres. Les personnes sans emploi sont celles qui portent les jugements les plus sévères sur la vie. Par ailleurs, le genre ou le fait d'avoir des enfants n'influencent pas la perception de la qualité de la vie. Ces résultats semblent assez constants : l'enquête de Bradburn en 1969 avait déjà laissé apparaître que les personnes sont plus heureuses si elles ont un revenu plus élevé, un emploi, si elles sont jeunes et mariées. Les sentiments négatifs sont associés à une mauvaise santé, physique et mentale.

Les variables reliées aux conditions de vie

Flanagan (1978) a tenté d'identifier empiriquement quels éléments de l'existence quotidienne font la qualité de la vie. Pour ce faire, plus de 6 500 incidents critiques ont été rapportés par un échantillon de près de 3 000 personnes. Ces incidents critiques ont ensuite été regroupés en quinze catégories comprenant des types de comportements et d'expériences semblables. Ces catégories forment cinq groupes distincts : le bien-être matériel et physique (sécurité financière, santé et sécurité personnelle) ; les relations avec les autres (conjoint, enfants, famille, amis) ; les activités sociales, civiques et communautaires ; le développement personnel et l'accomplissement (développement intellectuel, compréhension personnelle, emploi, créativité et expression personnelle) ; le temps libre (socialisation, activités récréatives actives et passives).

Dans un second temps, le même chercheur a demandé aux sujets, dans le cadre d'une enquête nationale, quelle importance ces catégories revêtaient

actuellement pour eux. Il ressort de l'étude de Flanagan que la variable jugée la plus importante par la grande majorité des gens est celle de la santé et de la sécurité personnelle, laquelle obtient plus de 95 % des suffrages. Viennent ensuite le fait d'avoir et d'élever des enfants ainsi que le fait de se comprendre soi-même, qui sont des facteurs importants ou très importants pour plus de 85 % des répondants. Le confort matériel, les relations d'intimité avec le conjoint et le travail sont évalués comme importants ou très importants par près de 80 % des répondants.

Les six domaines présentant les plus grands coefficients de corrélation avec la qualité de la vie globale sont le confort matériel, la santé, le travail, la récréation active, l'apprentissage et l'expression créative.

Dans une étude du même type, Bharadwaj et Wilkening (1977) ont identifié la santé, la famille et la communauté comme les principales sources de satisfaction chez les hommes. Chez les femmes, la vie familiale domine. Chez les personnes âgées, l'occupation du temps libre et la famille prennent le plus d'importance.

Les études nationales américaines indiquent que, parmi les domaines de la vie qui constituent les meilleurs prédicteurs de bonheur éprouvé par un individu, figurent en tête de liste la satisfaction face au mariage et à la vie familiale. De façon générale, les résultats obtenus par Campbell (1976, 1981) démontrent que pour la plupart des gens un mariage et une vie familiale réussis sont associés de près à un plus grand sentiment de bien-être. Le fait d'avoir des amis et d'entretenir des relations intimes et gratifiantes avec ceux-ci contribue également à la qualité de la vie.

La santé physique revêt aussi une importance indéniable dans l'évaluation de la qualité de la vie. De façon générale, et surtout chez les personnes âgées où elle est effectivement souvent altérée, la santé physique est étroitement liée au sentiment de bien-être. Le fait d'être physiquement séduisant est généralement relié à des affects positifs et est associé au fait d'être jeune, en santé, intelligent et bien éduqué. Une auto-évaluation positive est importante dans la mesure où les gens qui entretiennent des sentiments positifs envers eux-mêmes voient leur vie beaucoup plus favorablement que ceux qui ne se distinguent que par leur réussite aux niveaux économique et éducationnel.

D'après l'étude longitudinale conduite par Heady et ses collaborateurs (1984a, b; 1985) en Australie, il semble que le bien-être et l'inconfort (*ill-being*) relèvent d'indicateurs distincts. Les conditions socio-économiques et la santé influencent davantage les affects négatifs. Ainsi, le fait d'être en mauvaise santé va produire une évaluation négative de la qualité de la vie alors que les personnes en bonne santé ne considèrent pas la santé dans leur appréciation de la qualité de la vie. La satisfaction dans l'ordre du loisir, des amis et du mariage contribuent davantage aux perceptions positives. De même, un réseau social bien développé va augmenter le sentiment de bien-être, sans pour autant atténuer de façon sensible les affects négatifs.

Enfin, un ensemble d'études considèrent le rôle et l'influence de la communauté sur le sentiment de bien-être. Ces recherches s'intéressent aux liens entre le voisinage, l'environnement physique et social et la qualité de la vie (Goepfinger et Baglioni, 1985; Murrel et Narris, 1983; Rhoads et Raymond, 1981; Russ-Eft, 1979; Zautra *et al.*, 1977).

QUALITÉ DE LA VIE ET SERVICES EN SANTÉ MENTALE

La notion de qualité de la vie soulève l'intérêt simultané des intervenants, des planificateurs et des évaluateurs (Wolfe et Schulberg, 1982). À partir de 1977, le développement aux États-Unis des Programmes de soutien communautaire (N.I.M.H., 1977; 1981) a entraîné une réflexion sur la difficulté d'évaluer les services dans la communauté et les programmes à large spectre, multidimensionnels, destinés à modifier la structure du système de distribution des services en même temps que l'existence de leurs usagers (Schulberg, 1979). Peu après, Bachrach (1982) soulignait que l'évaluation de programmes isolés, destinés à des populations sélectionnées ne permet pas de documenter certains problèmes d'ordre général, dont la détermination inadéquate des priorités, l'échec à rejoindre l'ensemble de la population-cible, l'emphase excessive sur la réadaptation et les difficultés de placement. Dans ce contexte, l'auteure propose de considérer les services de façon intégrée et de vérifier jusqu'à quel point ils contribuent globalement à répondre aux besoins. Dans cette perspective, la notion de qualité de la vie représente un concept intégrateur

permettant d'évaluer l'impact d'un ensemble de services sur la vie des bénéficiaires. Pour Schulberg et Bromet (1981), la qualité de la vie des malades chroniques représente la prochaine étape pour comprendre leurs besoins et l'impact des services sur leur vie. Ce concept peut être utile pour décrire les conditions de vie des personnes, connaître l'appréciation subjective qu'elles en font et déterminer la contribution des services au maintien ou à l'amélioration de leurs conditions de vie. En fait, plusieurs auteurs (Wolfe et Schulberg, 1982; Stahler et Tash, 1982; Lehman, 1983a, b; Lehman *et al.*, 1982, 1986) confirment l'intérêt grandissant pour ce genre d'évaluation des services en santé mentale. Bigelow et Beizer (1978), Baker et Intagliata (1982), les équipes de Bigelow (1982), Lehman (1982, 1986), d'Okin (1983) et de Shadish *et al.* (1985) ont ainsi évalué des programmes de soutien communautaire destinés à des patients psychiatriques chroniques sous l'angle de leur contribution à l'amélioration de la qualité de la vie.

Les réflexions théoriques amorcées autour du concept de la qualité de la vie peuvent aussi avoir leur pertinence dans le domaine de la prévention primaire et secondaire. Les études sur les composantes du bien-être et de la qualité de la vie démontrent l'influence de la santé sociale et de la santé mentale sur le bien-être. Une vie familiale réussie et des relations sociales satisfaisantes ont été identifiées comme des déterminants majeurs de la qualité de la vie. Des notions liées à la santé mentale — stress, compétence, sentiment du contrôle sur sa vie — sont associés au bien-être psychologique. Un programme de prévention peut contribuer à «améliorer et maintenir la qualité de la vie» par le développement de compétences pour composer avec le stress ou pour assurer un meilleur contrôle sur sa vie, aussi bien que par un travail de consolidation des réseaux sociaux. Un programme de ce type peut aussi s'adresser aux habitudes de vie et s'inscrire dans un nouveau courant de recherche sur les rapports entre les comportements et la qualité de la vie (Evans *et al.*, 1985). De façon générale, les études sur la qualité de la vie démontrent une fois de plus l'importance de préserver ou de développer les habiletés et les habitudes liées à l'accomplissement des rôles sociaux et à la capacité de développer et de maintenir des relations privilégiées.

CONCLUSION

De par sa complexité et sa nature multifactorielle, la qualité de la vie n'est pas sans poser de problèmes lorsqu'il s'agit de procéder à son évaluation. Issue du mouvement des indicateurs sociaux, la mesure de la qualité de la vie a d'abord été fondée sur des indices objectifs, généralement statistiques. Par la suite, l'élaboration de modèles théoriques soulignant l'importance des éléments cognitifs et affectifs dans la perception de la qualité de la vie a ouvert la voie au développement d'une série de mesures qui tiennent davantage compte du point de vue de la personne elle-même.

L'utilisation des mesures objectives repose sur la conviction que la qualité de la vie réside dans les circonstances objectives de la vie. Ces mesures décrivent les conditions de l'environnement physique et humain qui peuvent influencer l'expérience de la vie, mais elles n'évaluent pas cette expérience directement. Les mesures subjectives, par contre, ne peuvent posséder la même précision que les indicateurs qui sont exprimés en nombre de dollars, en unités de temps ou en mètres carrés, mais elles ont le grand avantage de s'adresser directement au sentiment de bien-être de l'individu.

La notion de qualité de la vie exerce un pouvoir d'attraction peu commun, à l'heure actuelle, dans le discours scientifique aussi bien qu'administratif. Les politiques de services font fréquemment référence au maintien ou à l'amélioration de la qualité de la vie des usagers. Au plan scientifique, les recherches se multiplient autour de ce concept. Cet enthousiasme apparaît significatif de l'ouverture à de nouvelles perspectives en recherche psychosociale. Avec la qualité de la vie, voilà que l'on s'intéresse au «bonheur» et au bien-être alors que la tradition scientifique se réclame davantage de problématiques liées aux difficultés, aux déficiences, au «malheur» en général. Plusieurs posent d'ailleurs la question à savoir si on peut formaliser le «bonheur» au même titre que le «malheur». La littérature récente démontre qu'il est possible de développer un champ de connaissances en ce domaine et que ces connaissances peuvent contribuer à la compréhension des problématiques et à l'organisation des services.

NOTE

1. Ces facteurs ont été retenus parce que des recherches anté-

rieures tendaient à démontrer leur influence sur le sentiment de bien-être.

RÉFÉRENCES

- ABBEY, A., ANDREWS, F.M. 1985, Modeling the psychological determinants of life quality, *Social Indicators Research*, 16, 1-34
- AIRD, G., AMYOT, A. 1980, La psychiatrie communautaire in Lalonde, P., Grunberg, F., eds, *Psychiatrie clinique : approche contemporaine*, Chicoutimi, Gaëtan Morin.
- ANDREWS, F.M., WHITEY, S.B., 1976, *Social Indicators of Well-Being*, New-York, Plenum Press.
- ATKINSON, T. 1979, Public perceptions of the quality of life in Statistics Canada, ed, *Perspective Canada III*, Ottawa, Statistics Canada.
- BACHRACH, L.L., 1982, Assessment of outcomes in community support systems : Results, problems and limitations, *Schizophrenia Bulletin*, 8, 1, 39-61.
- BACHRACH, L.L., LAMB, H.R., 1982, Conceptual issues in the evaluation of the deinstitutionalization movement in Stahler, G.J., et Tash, W.R., eds, *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, New York, Academic Press, 139-161.
- BAKER, F., INTAGLIATA, J., 1982, Quality of life in the evaluation of community support systems, *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- BHARADWAJ, L., WILKENING, E.A., 1977, The prediction of perceived well-being, *Social Indicators Research*, 4, 421-439.
- BIGELOW, D.A., BEISER, M., 1978, Rehabilitation for the chronically mentally ill : A community program, *Canada's Mental Health*, 26, 2, 9-11.
- BIGELOW, D.A., BRODSKY, G., TREWART, L., OLSON, M. 1982, The concept and measurement of quality of life as a dependant variable in evaluation of mental health services in Stahler, G.J., Tash, W.R., eds, *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, New York, Academic Press, 345-366.
- BLOCK, M. ZAUTRA, A., 1981, Satisfaction and distress in a community : A test of the effect of life events, *American Journal of Community Psychology*, 9, 165-180.
- BLOOM, B.L. 1971, Strategies for the prevention of mental disorder in Glidenwell, J.C., ed, *Issues in Community Psychology and Preventive Mental Health*, New-York, Behavioral Publications, 1-20.
- BRADBURD, N.M., 1969, *The structure of Psychological Well-Being*, Chicago, Aldine.
- BRADBURD, N.M., CAPLOVITZ, D., 1965, *Reports on Happiness : A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health*, Chicago, Aldine.
- BUBOLZ, M., EICHER, J., EVER, J. SONTAG, M. 1980, A human ecological approach to quality of life : Conceptual framework and results of a preliminary study, *Social Indicators Research*, 7, 103-116.
- CAMPBELL, A., 1981, *The Sense of Well-Being in America*, New-York, Mc Graw Hill.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E., ROGERS, W.L., 1976, *The Quality of American Life*, New-York, Russell Sage Foundation.
- CANTRIL, H., 1965, *The Pattern of Human Concerns*, New-Brunswick, N.J., Rutgers University Press.
- CARLISLE, E., 1972, The conceptual structure of social indicators in Shonfield, A., Shaw, S., ed, *Social Indicators and Social Policy*, London, Heinemann Educational Books.
- COSTA, P.T. jr., McCRAE, R.R., 1980, Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being : Happy and unhappy people, *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- DAVIS, L.E., CHERNS, A.B., 1975, *The Quality of Working Life*, New-York, The Free Press.
- DIENER, E., 1984, Subjective well-being, *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- DUNCAN, O.D., 1969, *Toward Social Reporting : Next Steps*, New-York, Russell Sage Foundation.
- DUPUY, H.J., 1977, *A Concurrent Validation Study of the NCHS General Well-Being Schedule*, Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics.
- EVANS, D.R., BURNS, J.E., ROBINSON, W.E., CARRET, O.J., 1985, The quality of life questionnaire : A multidimensional measure, *American Journal of Community Psychology*, 13, 3, 305-323.
- FLANAGAN, J.L., 1978, A research approach to improving our quality of life, *American Psychologist*, 33, 138-147.
- FLAX, M.J., 1972, *A study in comparative urban indicators : Conditions in 18 large metropolitan areas*, Washington, D.C., The Urban Institute.
- GALLUP, G.H., 1976, Human needs and satisfactions : A global survey, *Public Opinion Quarterly*, 40, 459-467.
- GOEPPINGER, J., BOGLIONI, A.J., 1985, Community competence : A positive approach to needs assessment, *American Journal of Community Psychology*, 13, 5, 507-523.
- GURIN, G., VEROFF, J., FELD, S., 1960, *Americans View their Mental Health*, New-York, Basic Books.
- HEADY, B.W., HOLMSTROM, E.L., WEARING, A.J., 1984a, Well-being and ill-being : Different dimensions?, *Social Indicators Research*, 14, 115-139.
- HEADY, B.W., HOLMSTROM, E.L., WEARING, A.J., 1984b, The impact of life events and changes in domain satisfactions on well-being, *Social Indicators Research*, 15, 203-227.
- HEADY, B.W., HOLMSTROM, E.L., WEARING, A.J., 1985, Models of well-being and ill-being, *Social Indicators Research*, 17, 211-234.
- HOFFENBERG, M., 1970, Comments on "Measuring progress towards social goals : Some possibilities at national and local levels", *Management Science*, 16, 12, B779-B783.
- KAMMANN, R., CHRISTIE, D., IRWIN, R., DIXON, G., 1979, Properties of an inventory to measure happiness as a sense of well-being, *Social Indicators Research*, 15, 91-116.
- LAMB, H.R., 1981, What did we really expect from deinstitutionalization?, *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 2, 105-109.
- LAMB, R., ed, 1984, *The Homeless Mentally Ill. A Task Force of the American Psychiatric Association*, Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- LEHMAN, A.F., 1983a, The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life, *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- LEHMAN, A.F., 1983b, The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill, *Evaluation and Program Planning*, 6, 143-151.
- LEHMAN, A.F., WARD, N.C., LINN, L.S., 1982, Chronic mental patients. The quality of life issue, *American Journal of Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- 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.

- LIU, B., 1973, Quality of life : Concept, measure, results, *The American Journal of Economics and Sociology*, 34, 1-13.
- LOUIS, A.M., 1975, The worst American city, *Harpers*, 250, 67-71.
- MASLOW, A., 1943, A theory of human motivation, *Psychological Review*, 50, 370-396.
- MASON, R.G., FAULKENBERRY, G.D., 1987, Aspirations, achievements and life satisfaction, *Social Indicators Research*, 5, 133-150.
- McKENNEL, A.C., ANDREWS, F.M., 1983, Components of perceived life quality, *Journal of Community Psychology*, 11, 98-110.
- MICHALOS, A.C., 1980, Satisfaction and Happiness, *Social Indicators Research*, 8, 385-422.
- MICHALOS, A.C., 1983, Satisfaction and happiness in a rural northerners resource community, *Social Indicators Research*, 13, 225-252.
- MURRELL, S.A., NORRIS, F.H., 1983, Quality of life as the criterion for need assessment and community psychology, *Journal of Community Psychology*, 11, 2, 88-98.
- National Institute of Mental Health, 1977, *The NIMH Community Support Program : Program Description*, Rockville, Md : National Institute of Mental Health.
- National Institute of Mental Health, 1981, *A Network for Caring : The Community Support Program of the National Institute of Mental Health. Proceedings of the fifth National Conference*, Rockville Md, U.S. Department of Health and Human Services.
- NEUGARTEN, B.L., HAVINGHURST, R.J., TODIN, S.S., 1961, The measurement of life satisfaction, *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- OKIN, R.L., DOLNICK, J.A., PEARSALL, D.T., 1983, Patients' perspectives on community alternatives to hospitalization : A follow-up study, *American Journal of Psychiatry*, 140, 11, 1460-1464.
- REICH, J.W., ZAUTRA, A.J., 1983, Demands and desires in daily life : Some Influences on well-being, *American Journal of Community Psychology*, 11, 41-58.
- REICH, J.W., ZAUTRA, A.J., 1984, Daily event causation : An approach to elderly life quality, *Journal of Community Psychology*, 12, 312-322.
- REICH, R., 1973, Care of the chronically mentally ill. A national disgrace, *American Journal of Psychiatry*, 130, 8, 911-912.
- RHOADS, D.L., RAYMOND, J.S., 1981, Quality of life and the competent community, *American Journal of Community Psychology*, 9, 293-301.
- RUSS-EFT, D., 1979, Identifying components comprising neighborhood quality of life, *Social Indicators Research*, 6, 349-372.
- SARBIN, T., ALLAN, V., 1968, Role theory in Linzey, G., Aronson, E., eds, *The Handbook of Social Psychology*, 2nd ed., Vol 1, Reading, Mass., Addison-Wesley.
- SAWHILL, I.V., 1969, The role of social indicators and social reporting in public expenditure decisions in *The Analysis and Evaluation of Public Expenditures : The PPB System*, A compendium of papers submitted to the Subcommittee, Congress of the United States, Volume I, Washington, US Government Printing Office.
- SCHNEIDER, M., 1975, The quality of life in large American cities : Objective and subjective social indicators, *Social Indicators Research*, 1, 495-509.
- SCHULBERG, H.C., 1979, Community support programs : Program evaluation and public policy. *American Journal of Psychiatry*, 136, 11, 1433-1437.
- SCHULBERG, H.C., BROMET, E., 1981, Strategies for evaluating the outcome of community services for the chronically mentally ill, *American Journal of Psychiatry*, 138, 7, 930-935.
- SHADISH, W.R., ORWIN, R.G., SILBERG, B.G., BOOTZIN, R.R., 1985, The subjective well-being of mental patients in nursing homes, *Evaluation and Program Planning*, 8, 239-250.
- SHEA, W.R., KING-FARLOW, J., ed, 1976, *Values and the Quality of Life*, New York, Science History Publication.
- STAHLER, G.J., TASH, W.R., eds, 1982, *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, New York, Academic Press, Inc.
- TALBOTT, J.A., 1979, Care of the chronically mentally ill. Still a national disgrace, *American Journal of Psychiatry*, 136, 5, 688-689.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1969, *Towards a Social Report*, Washington D.C., U.S. Government Printing Office.
- WOLFE, J.C., SCHULBERG, H.C., 1982, The design and evaluation of future mental health systems in Stahlner, G.J., Tash, W.R., eds, *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, N.-Y., Academic Press Inc., 3-22.
- WOODSIDE, H., MERCER, S., 1983, Le soutien comme forme de thérapie : le centre de soins de jour Fennell, *Santé Mentale au Canada*, 31, 4, 7-11.
- World Health Organization, 1978, *Primary Health Care. Report of the International Conference of Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, Geneva, World Health Organization, Office of Publications.
- ZAUTRA, A., BEIER, E., CAPPEL, L., 1977, The dimensions of life quality in a community, *American Journal of Community Sociology*, 5, 95-98.

SUMMARY

The idea of maintaining or improving "quality of life" is frequently raised as a desired objective in mental health intervention. Furthermore, this notion is primarily brought up with regard to people who experience severe difficulty in living within their community. This article outlines the evolution of such a concept, describes certain theoretical models and deals with research data concerning factors associated with a positive perception of living conditions. Also discussed is the concept's usefulness in the planning and evaluation of mental health services.