

2011.3128.5

V.005
11497409

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Relations entre les caractéristiques de l'intervention, l'alliance
thérapeutique et la qualité de vie des personnes intégrées
dans un programme de suivi intensif dans la communauté.

Par
Nicole Charbonneau
Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en
vue de l'obtention d'un grade Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

Novembre 2003
© Nicole Charbonneau, 2003



WY

5

U58

2004

v.005

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

UNIVERSITE DE MONTREAL
Faculté des études supérieures

Le mémoire intitulé :

Relations entre les caractéristiques de l'intervention, l'alliance
thérapeutique et la qualité de vie des personnes intégrées dans un
programme de suivi intensif dans la communauté.

Présenté par

Nicole Charbonneau

À été évalué par un jury composé des personnes suivantes :
Nicole Ricard, directrice de recherche
Jean-Pierre Bonin, président du jury,
Claude Leclerc, membre du jury.

SOMMAIRE

Cette étude menée auprès de personnes atteintes de troubles mentaux graves suivies par deux équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) a été réalisée à l'aide d'un devis descriptif prospectif et corrélationnel. Le but de cette recherche est de décrire, après une année de suivi, les changements dans la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu et de vérifier si ces changements sont associés aux caractéristiques de l'intervention infirmière et à l'évolution de l'alliance thérapeutique infirmière-client. Un échantillon de convenance de 58 personnes ayant un diagnostic de schizophrénie a été constitué. Il était formé majoritairement de femmes (63,8%) francophones dont l'âge moyen était de 45,7 ans. La collecte de données a été réalisée à l'aide de trois questionnaires : le *Quality of Life for Mental Health* (QLI-MH) (Becker, Diamond, & Sainfort, 1993), le *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath, & Greenberg, 1989) et le *Relevé Quotidien de Contacts* (RQC) (Gélinas, & Dion, 1999). Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de changement significatif dans les différentes dimensions de la qualité de vie des personnes intégrées au SIM sauf au plan de la détresse psychologique ($t = -2,38 ; p = 0,02$) où l'on observe une légère diminution des résultats entre le T1 et le T2. En ce qui a trait à la relation entre la qualité de l'alliance thérapeutique au T1 et T2 et les changements dans la qualité de vie, on observe que la perception de l'alliance, et ce tant pour les clients que pour les infirmières, s'avère forte aux deux temps de mesure. Les résultats concernant les relations entre l'intensité de l'intervention et les changements dans la qualité de vie ne semblent pas démontrer de relation significative. Cependant, la fréquence du type de contact « en personne » est associée

significativement à des changements dans la dimension de la qualité de vie de « la satisfaction face à l'argent.

Des tendances significatives sont par ailleurs notées dans les dimensions de la qualité de vie touchant le « bien-être psychologique » ($r=0,24$; $p=0,06$) et les « activités de la vie quotidienne » (AVQ) ($r=0,23$; $p=0,07$). Au plan des types et des sphères d'intervention en lien avec les changements dans la qualité de vie, la corrélation la plus forte se situe au niveau de la sphère d'intervention « faire avec/AVQ » et du type d'intervention « satisfaction face aux finances » ($r=0,35$; $p=0,01$). Au plan de l'alliance thérapeutique, on observe une diminution significative de l'alliance pour les clients ($t=2,70$; $p=0,01$) et une augmentation significative pour les infirmières ($t=6,47$; $p=0,00$) entre le T1 et le T2. Les observations sont à l'effet que plus l'alliance thérapeutique est perçue positivement par les infirmières et les clients aux deux temps de mesure, plus le client perçoit positivement les changements dans sa qualité de vie. La qualité de l'alliance thérapeutique infirmière-client semble être un facteur pouvant contribuer à des changements dans la perception de la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu. Ces résultats conduisent à des recommandations pour la recherche et la pratique infirmière notamment en regard des caractéristiques des interventions infirmières qui favorisent une amélioration de la qualité de vie de ces personnes et de l'accès à des activités de formation qui aideraient les infirmières à consolider leurs connaissances dans le domaine du suivi intensif dans la communauté.

Mots clés : personnes atteintes de troubles mentaux graves et réfractaires, suivi intensif dans le milieu, qualité de vie, alliance thérapeutique, caractéristiques de l'intervention

SUMMARY

This study focused on persons with severe mental disorders in the care of two intensive community treatment (ICT) teams. Its design was prospective and correlational and its aim was to describe, at one-year follow-up, changes in the quality of life of these persons and to verify whether the changes were associated with the characteristics of the nursing intervention and with shifts in the nurse-client therapeutic alliance. A convenience sample of 58 persons diagnosed with schizophrenia was constituted. Nearly two thirds (63.8%) were French-speaking women (mean age of 45.7 years). Three questionnaires were used for the purpose of data collection: *Quality of Life for Mental Health* (QLI-MH) (Becker, Diamond & Sainfort, 1993), *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989), and *Relevé quotidien de contacts* (RQC) (Gélinas & Dion, 1999). Results show no significant change in the various dimensions of the quality of life of persons integrated in the ICT program, with the exception of "psychological distress" ($t = -2.38$; $p = 0.02$), for which a slight decrease was observed between T1 and T2. Regarding the relationship between quality of therapeutic alliance at T1 and at T2 and changes in quality of life, perceived alliance for both clients and nurses was found to be strong at both times. Results concerning the relationship between intensity of intervention and changes in quality of life did not seem to reveal anything significant. However, frequency of type of "person-to-person" contact is significantly associated with changes in the dimension of quality of life regarding "satisfaction with money" ($r = 0.33$; $p = 0.01$). Significant trends were noted with respect to the dimensions of "psychological well-being" ($r = 0.24$; $p = 0.06$) and "activities of daily life" (ADL) ($r = 0.23$; $p = 0.07$). Where the relationship between types/spheres of

intervention and changes in quality of life is concerned, the strongest correlation was noted relative to interventions "to do with/ ADL" geared towards "satisfaction with finances" ($r = 0.35$; $p = 0.01$). Regarding the therapeutic alliance, a significant decrease was noted for clients ($t = 2.70$; $p = 0.01$) and a significant increase was registered for nurses ($t = 6.47$; $p = 0.00$) between T1 and T2. Observations were to the effect that the more the therapeutic alliance is perceived positively by nurses and clients between the two times of measure, the more clients have a positive perception of changes in quality of life. The quality of the nurse-client therapeutic alliance appears to be a factor capable of contributing towards changes in the perceived quality of life of persons integrated in an ICT program. The results lead to recommendations for research and nursing practice, particularly with respect to nursing intervention characteristics and to access to training activities for nurses in order to consolidate their knowledge of ICT programs.

Key words: persons with severe and persistent mental disorders, intensive community treatment, quality of life, therapeutic alliance, intervention characteristics

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	iii
Summary	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Remerciements	xii
Chapitre 1 La problématique	1
Chapitre 2 La recension des écrits	10
Modèle conceptuel en soins infirmiers de Roy	11
Concept de qualité de vie et modèle de Bigelow	15
La qualité de vie et le suivi intensif dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves	19
Satisfaction des personnes et qualité de vie	19
Perception de la qualité de vie par les clients et les intervenants	21
Perception des clients	21
Perception des intervenants	21
Comparaison entre clients et intervenants	23
Comparaison entre suivi dans la communauté et services psychiatriques courants	25
Les caractéristiques de l'intervention et qualité de vie	30
L'alliance thérapeutique et le suivi dans la communauté	37
Évolution et définition du concept d'alliance thérapeutique	37
L'alliance thérapeutique et la relation infirmière-client auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants	38
Étude portant sur l'alliance thérapeutique et la clientèle atteinte de troubles mentaux graves	39
La relation de confiance : pré-requis à la création de l'alliance thérapeutique	39
L'alliance thérapeutique et les personnes atteintes de troubles mentaux graves	41
Alliance thérapeutique et suivi dans la communauté	45
Questions de recherche	50
Chapitre 3 La Méthode	51
Devis de recherche	52

Contexte de la réalisation de la présente étude.....	52
Description des milieux et des programmes SIM.....	54
Échantillon et critères de sélection	57
Critères d'inclusion	58
Critère d'exclusion	58
Présentation des variables	61
La qualité de vie.....	61
L'alliance thérapeutique	61
Les caractéristiques de l'intervention.....	61
Instruments de mesure	61
Le questionnaire sur les données socio-démographiques du client	62
Le questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin (Becker, Diamond & Sainfort, 1993) Version originale anglaise	62
Propriétés psychométriques de la version originale.....	63
Présentation de la version utilisée.....	64
Traduction et validation de la version française	65
Le questionnaire d'Alliance thérapeutique (Horvath & Greenberg, 1989) Version originale anglaise	66
Propriétés psychométriques	66
Traduction et validation de la version française	67
Le relevé quotidien de contacts (RQC) (Gélinas & Dion, 1999).....	68
Propriétés psychométriques	69
Déroulement de l'étude	69
Étapes et plan de l'analyse des données.....	71
Considérations éthiques	71
Chapitre 4 – Les résultats	72
Changements dans la qualité de vie et l'alliance thérapeutique des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans la communauté	73
Caractéristiques de l'intervention infirmière dans un programme de suivi intensif dans la communauté.....	78
Relations entre les mesures de l'intervention infirmière et les variables à l'étude.....	83
Intensité de l'intervention infirmière et qualité de vie	83
Types d'intervention infirmière et qualité de vie.....	86
Sphères d'intervention infirmière et qualité de vie.....	88
Relations entre l'alliance thérapeutique client et infirmière aux T1 et T2 et les changements dans les dimensions de la qualité de vie..	92
Sommaire des principaux résultats	95
Chapitre 5 – La discussion	97
Caractéristiques des échantillons.....	98
Échantillon des clients.....	98
Échantillon d'infirmières.....	99
Discussion des résultats obtenus aux questions de recherche	100
Qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de	

suivi intensif dans le milieu	100
Alliance thérapeutique infirmière-client dans un programme de suivi intensif dans le milieu	104
Intensité de l'intervention et qualité de vie.....	107
Caractéristiques de l'intervention et la qualité de vie.....	110
Alliance thérapeutique et qualité de vie.....	120
Forces et limites de l'étude.....	122
Forces et limites du devis de recherche	122
Forces et limites liées à la représentativité de l'échantillon	123
Forces et limites reliées aux instruments de mesures	123
Forces et limites de la collecte de données	125
Forces et limites au plan de l'analyse des données	126
Recommandations pour les recherches futures et la pratique infirmière	126
Recommandations pour les recherches futures	126
Recommandations pour la pratique infirmière et pour la formation ..	127
La Conclusion.....	131
Références	134
Appendices	143
Appendice A Cadre de référence du programme de suivi intensif.....	144
Appendice B Le suivi intensif dans le milieu.....	149
Appendice C Informations socio-démographiques du client et de l'intervenant	153
Appendice D Wisconsin – version client	160
Appendice E Échelle de l'alliance thérapeutique version client et intervenants	170
Appendice F Items retenus pour le questionnaire d'Alliance thérapeutique	177
Appendice G Relevé quotidien de contacts.....	180
Appendice H Lettre du comité d'éthique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine	182
Appendice I Lettre du directeur des services professionnels et hospitaliers du centre hospitalier de Granby.....	184
Appendice J Formulaire de consentement du client	186

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Caractéristiques sociodémographiques des infirmières (n=17).....	58
Tableau II	Caractéristique sociodémographiques des clients (n=58).....	60
Tableau III	Scores moyens, écarts-types et Test de t obtenus au questionnaire de la qualité de vie au T1 et T2.....	75
Tableau IV	Scores moyens, écarts-types et Test de t obtenus aux questionnaires d'alliance thérapeutique clients et infirmières au T1 et T2.....	77
Tableau V	Résultats descriptifs concernant les caractéristiques et les types d'intervention infirmière (n=58, RCQ=5,080).....	80
Tableau VI	Corrélations moyennes et écarts-types obtenus au relevé quotidien de contact pour les sphères d'intervention au RCQ.....	82
Tableau VII	Corrélations de Pearson obtenues entre les mesures d'intensité de l'intervention et les changements au questionnaire de la qualité de vie.....	85
Tableau VIII	Corrélations de Pearson obtenues entre les caractéristiques de l'intervention infirmière et les changements au questionnaire de la qualité de vie.....	87
Tableau IX	Corrélations de Pearson obtenues entre les caractéristiques de l'intervention infirmière et les changements au questionnaire de la qualité de vie.....	90
Tableau X	Corrélations de Pearson entre le questionnaire d'alliance thérapeutique au T1 et T2 et les changements dans les dimensions de la qualité de vie.....	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - L'individu comme système d'adaptation.....	13
Figure 2 - Éléments de la qualité de vie.....	18
Figure 3 - Relations entre les caractéristiques de l'intervention, l'alliance Thérapeutique et la qualité de vie.....	53

REMERCIEMENTS

J'aimerais transmettre toute ma reconnaissance à Madame Nicole Ricard, directrice de ce projet de mémoire, pour sa grande rigueur et son expertise, ses judicieux conseils et son soutien tout au long de ce travail. J'aimerais également remercier Monsieur Jean-Pierre Bonin, président du jury d'évaluation, pour ses précieux conseils, ses critiques constructives et ses encouragements. Un merci tout spécial à Monsieur Claude Leclerc, membre du jury d'évaluation, pour les discussions stimulantes tout au long de ces années, pour son enthousiasme et ses nombreux encouragements.

Merci à ma famille pour leur soutien et leurs encouragements. Je voudrais particulièrement remercier mes filles, Marie-Laurence et Annabelle pour leur patience et leur compréhension. Et leur papa, Jean-François, mon amoureux pour son appui et tout le reste.

Enfin, je tiens à remercier les membres du projet de recherche sur le SIM du CH de Granby et de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, les intervenants de ces deux équipes et les personnes qui sont suivies par ces équipes et qui ont participé à la recherche. Elles ont toutes contribué à rendre ce projet possible.

CHAPITRE I
LA PROBLÉMATIQUE

La désinstitutionalisation, phénomène amorcé dans les années soixante au Québec, a provoqué de nombreux bouleversements au sein des soins psychiatriques. Le retour dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves répond à des considérations humanitaires autant que thérapeutiques et économiques. Par ailleurs, certaines conséquences négatives sont associées à cette transformation des services (Dorvil, Guttman, Ricard & Villeneuve, 1997). En effet, l'itinérance, la judiciarisation et le syndrome de la porte tournante ont surtout été observés auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Aujourd'hui, la clientèle atteinte de troubles mentaux graves est considérée comme prioritaire dans le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998). Pour Ruggieri, Lease, Thornicroft, Bisoffi et Tansella (2000), l'appellation de troubles mentaux graves réfère à trois critères: 1) un diagnostic de trouble psychotique; 2) une durée de traitement de plus de deux années et 3) les résultats obtenus à l'échelle de fonctionnement global (GAF) se situent au-dessous de 70 (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976). Cette clientèle requiert la part la plus importante des budgets investis en psychiatrie (Dorvil et al., 1997). Les conditions de santé présentées par ces personnes amènent l'infirmière à composer avec de nouveaux défis de soins. Elle doit moduler sa pratique quotidienne sur les besoins spécifiques de cette clientèle qui, souvent, ne répond pas aux approches traditionnelles de traitement offertes dans les services ambulatoires de psychiatrie. Ainsi, de plus en plus, les infirmières sont appelées à intervenir directement dans le milieu de vie de ces personnes en vue d'assurer un suivi intensif dans la communauté et améliorer leur qualité de vie.

La présente recherche s'intéresse aux caractéristiques de l'intervention de l'infirmière et à la qualité de vie des personnes recevant des services d'un programme de suivi dans la communauté.

Les programmes de suivi dans la communauté ont été implantés pour favoriser une meilleure adéquation entre les besoins de la clientèle et les services offerts. Ils offrent une continuité de services tout en y facilitant l'accessibilité aux personnes les plus vulnérables (Intagliata, 1982). Le programme PACT, développé par Stein et Test dans les années 1970, préconise un fonctionnement en équipe pour un suivi intensif dans un milieu de vie où les objectifs visés sont l'autonomie des personnes dans la communauté et l'augmentation de leur qualité de vie. Il s'adresse particulièrement à la clientèle qui, suite à plusieurs épisodes aigus de décompensation reliés à un trouble mental grave et persistant, doit vivre avec des incapacités fonctionnelles qui mettent en péril sa qualité de vie. À cet égard, Aird et Amyot (1980) affirment que le véritable défi de la psychiatrie communautaire est d'offrir aux personnes ayant des troubles mentaux chroniques des conditions nécessaires à une qualité de vie réelle. De plus, certains auteurs tels que Becker, Diamond et Sainfort (1993) considèrent que même si le taux de réhospitalisation et la présence des symptômes psychiatriques sont les deux variables les plus utilisées dans l'évaluation des personnes présentant des troubles mentaux et suivies par les programmes PACT, elles ne sauraient témoigner de la réalité quant à la qualité de vie de ces personnes.

La qualité de vie est définie par Becker et al. (1993) comme un sentiment de bien-être qui se manifeste par de la satisfaction ou de l'insatisfaction dans les sphères de la vie qui sont importantes pour la personne. Il s'agit d'un concept complexe et multidimensionnel incluant des données objectives et subjectives. Postrado et Lehman

(1995) suggèrent que le degré de bien-être éprouvé serait une composante subjective de la qualité de vie tandis que le fonctionnement de la personne et l'accès aux ressources en seraient des composantes objectives. L'utilisation des composantes objectives est fondée sur la conviction que la qualité de vie se situe au niveau des circonstances objectives de la vie. Telles les conditions de l'environnement physique et humain qui peuvent influencer l'expérience de vie. Par ailleurs, les composantes subjectives, quoique moins précises, s'adressent directement au sentiment de bien-être de la personne (Mercier & Filion, 1987).

L'amélioration de la qualité de vie des personnes qu'elles soignent constitue une préoccupation centrale pour les infirmières. Leur champ de compétence leur permet de mobiliser les capacités de la personne afin de compenser les atteintes occasionnées par la maladie ou encore d'y suppléer si nécessaire (Collière, 1982). Selon le modèle conceptuel de Roy (1986), le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation des personnes en contribuant ainsi à leur santé et à leur qualité de vie. Lorsque les manifestations d'une maladie mentale, comme la schizophrénie, précipitent la personne dans un état de vulnérabilité, elle éprouve de sérieuses difficultés dans un ou plusieurs des quatre modes d'adaptation soit au plan des besoins physiologiques, de l'image de soi, de la fonction de rôle ou encore de l'interdépendance. Or, de par sa position stratégique dans le milieu de vie des personnes, l'infirmière se trouve bien placée pour manipuler les divers stimuli afin de promouvoir l'adaptation de la personne selon les quatre modes d'adaptation, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie. L'infirmière tentera d'identifier les mécanismes régulateurs et cognitifs de son client afin de l'aider à transformer ses

comportements non adaptés en comportements non adaptés afin de favoriser son intégrité dans l'atteinte de ses buts.

L'infirmière du programme de suivi intensif dans la communauté établit une relation à long terme et intervient directement dans le milieu de vie de la personne pour une période indéterminée afin de mettre en place les conditions favorables à une meilleure qualité de vie, ainsi qu'au maintien ou à la réinsertion de la personne dans la communauté. Elle adopte des modalités de services souples et adaptées où chaque personne est considérée dans sa globalité. Elle priorise les interventions qui tendent à résoudre les problèmes de la vie quotidienne telles: prendre sa médication, préparer les repas, payer le loyer, etc, (Gélinas, 1999). Selon Gélinas et Dion, ces interventions qui sont de nature diverse et varient en fréquence et en intensité peuvent être classées en cinq catégories : 1) la représentation, qui vise à défendre les droits de la personne en la représentant auprès d'individus ou d'organismes ; 2) « le faire avec », qui consiste pour l'infirmière à participer activement avec la personne à accomplir une tâche ; 3) la discussion, qui prend en compte toutes les interactions verbales avec la personne et qui vise à transmettre ou à discuter des préoccupations personnelles ; 4) l'intervention de crise, qui inclut toute intervention immédiate dans le but de régler une situation qui pouvant dégénérer ou encore engendrer, pour la personne atteinte, une situation fâcheuse ; 5) la gestion clinique est définie comme toute interaction significative entre l'intervenant principal et un membre de l'équipe. De plus, ces interventions rejoignent plusieurs sphères d'intervention telles : les activités de la vie quotidienne (AVQ), les symptômes, la médication, la santé physique, le budget, le logement, les loisirs, le travail, les études, les relations, la justice et la toxicomanie. Ces interventions, toujours en fonction des besoins de la personne, rejoignent les

modes d'adaptation du modèle de Roy. Par exemple, le « faire avec » pourra contribuer au fait que la personne arrive à une meilleure adaptation dans les besoins physiologiques et l'image de soi ou encore la « représentation » pourra favoriser une meilleure adaptation au niveau de la fonction de rôle.

Toutefois, afin de mettre en place des interventions adaptées, et d'atteindre cet objectif d'améliorer la qualité de vie, l'infirmière devra construire avec la personne atteinte une alliance thérapeutique qui sera à la base de ses échanges et servira de levier tout au long du processus thérapeutique. La relation thérapeutique infirmière client est un phénomène interpersonnel complexe (Forchuk, 1995), et l'alliance thérapeutique est nécessaire afin d'accomplir les buts de l'intervention (Bordin, 1979). Cette alliance s'inscrit dans des interventions quotidiennes qui varient selon leur nature et leur intensité, et qui sont en partie déterminées par les besoins de la personne. Elle est définie comme le produit de l'engagement émotionnel et de la collaboration entre l'intervenant et la personne atteinte (Neale & Rosenheck, 1995). À cet égard, l'alliance thérapeutique avec une personne atteinte de schizophrénie peut s'avérer difficile à construire, compte tenu des manifestations de la maladie. Ces personnes peuvent présenter des hallucinations et des délires, de la méfiance, un affect émoussé, de l'isolement social, de l'apathie et une baisse de motivation (Scott & Wright, 1999). De ce fait, l'alliance thérapeutique peut être plus longue à créer et parfois difficile à maintenir. Chaque infirmière apporte à cette relation sa propre expertise et ses caractéristiques personnelles qui seront des atouts dans l'évolution de la relation.

En fait, nous croyons que l'évolution de la qualité de cette alliance entre l'infirmière et la personne atteinte de même que l'intensité et la nature des

interventions infirmières devraient avoir une influence sur les changements dans la qualité de vie des personnes suivies par les équipes de suivi intensif dans le milieu. Or, même si les programmes de suivi intensif dans le milieu (PACT) ont été largement évalués aux États-Unis (Baker & Intagliata, 1992; Test, 1998), nous avons peu d'information sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes suivies dans le PACT et encore moins de données sur les facteurs liés à l'intervention et susceptibles d'être en relation avec cette amélioration. En effet, les résultats de ces recherches démontrent que ces programmes réduisent la durée d'hospitalisation, la fréquence des réhospitalisations et augmentent la satisfaction de la clientèle (Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998). Mais qu'en est-il réellement de la qualité de vie pour les personnes recevant des services de ces programmes? Selon Mueser et al. (1998), l'effet du PACT sur la qualité de vie est modéré. Pour Drake (1998), son effet serait similaire à celui reconnu aux services psychiatriques plus traditionnels. Les études, assez peu nombreuses, n'ont pas identifié quels sont les facteurs pouvant contribuer à l'amélioration d'une meilleure qualité de vie chez les personnes intégrées dans les programmes PACT. De plus, les études qui ont tenté d'expliquer les facteurs liés à l'amélioration de la condition de santé de ces personnes se sont surtout intéressées aux aspects structureaux des programmes PACT et beaucoup moins aux caractéristiques des interventions offertes dans le quotidien des personnes visées par ces programmes.

Cependant, quelques études tendent à démontrer que les résultats obtenus seraient davantage liés à la qualité du lien entre la personne atteinte et l'intervenant qui assure le suivi qu'aux aspects structureaux des programmes (Gehrs & Goering, 1994; Neale, & Rosenheck, 1995; Solomon, Draine, & Delaney, 1995). À cet égard,

l'étude de Gerhrs et Goering (1994) identifie clairement une relation significative entre la qualité de l'alliance thérapeutique et l'amélioration de la qualité de vie de la personne atteinte. De même, les résultats de l'étude de Solomon et al. (1995) démontrent que plus l'alliance thérapeutique est forte, plus les résultats sont positifs face au traitement. Par contre, au Québec, aucune recherche n'a permis de décrire l'influence des caractéristiques des interventions infirmières et de l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le client sur les changements de la qualité de vie des personnes suivies dans un programme PACT.

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont des besoins spécifiques qui nécessitent des interventions particulières. Les infirmières, en favorisant l'adaptation dans les quatre modes d'adaptation de Roy pourront ainsi contribuer à une meilleure qualité de vie pour les personnes atteintes de schizophrénie qui reçoivent des services des équipes de suivi intensif dans le milieu. Cependant, très peu de recherches ont permis l'identification des caractéristiques de l'intervention des infirmières répondant le mieux aux besoins de cette clientèle.

Il importe également de mieux décrire comment évoluent les différents aspects qui caractérisent la qualité de vie des personnes suivies dans un programme PACT, afin de connaître l'impact réel de ces programmes sur la qualité de vie des personnes qui y reçoivent des services, et d'identifier les dimensions de la qualité de vie qui sont le plus susceptibles de s'améliorer.

Buts de la recherche

Décrire, après une année de suivi, les changements dans la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu et vérifier si ces changements sont associés aux caractéristiques de l'intervention infirmière et à l'évolution de l'alliance thérapeutique infirmière client.

CHAPITRE II
LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente en premier lieu le modèle conceptuel en soins infirmiers de Roy (Roy, 1999), et le modèle théorique de la qualité de vie de Bigelow (Bigelow, Brodsky & Trewart, 1982). Viendront par la suite les écrits pertinents sur 1) la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves et les effets des programmes de suivi intensif dans la communauté sur leur qualité de vie ; 2) les caractéristiques de l'intervention dans les programmes de suivi intensif dans la communauté et leur impact sur la qualité de vie des personnes atteintes ; 3) le concept d'alliance thérapeutique et son influence sur les résultats des approches thérapeutiques utilisées auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves et plus spécifiquement dans le cadre des programmes de suivi intensif dans la communauté.

Modèle conceptuel en soins infirmiers de Roy

Le modèle en soins infirmiers de Roy est un modèle de l'adaptation. Il se base sur des postulats scientifiques provenant de la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy (1968) et de la théorie des niveaux d'adaptation de Helson (1964). Il repose aussi sur des postulats philosophiques qui tirent leur origine de la philosophie humaniste.

Selon ce modèle, la personne est un être bio psychosocial en interaction continue avec son environnement (Roy & Andrews, 1991) : la personne est en soi un système d'adaptation qui réagit face aux différents stimuli de l'environnement interne et externe.

Selon Roy (1999), le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation dans les quatre modes soit au plan des besoins physiologiques, du concept de soi, de la fonction de rôle et du mode de l'interdépendance ; l'adaptation dans ces modes devrait contribuer à la santé, à la qualité de vie et à aider la personne à mourir avec dignité. L'infirmière s'intéresse particulièrement aux comportements non adaptés afin de les modifier en comportements adaptés. Par la suite, elle soutiendra la personne dans le maintien et le renforcement de ces comportements adaptés.

L'environnement est défini comme l'ensemble des stimuli internes et externes (Roy, 1986). Ils peuvent être : 1) de nature focale (agissent directement sur la situation ; 2) de nature contextuelle (influencent la situation) ; 3) de nature résiduelle (ils sont présents mais leur effet est indéterminé). Il s'agit donc de l'ensemble des circonstances, influences et conditions susceptibles de modifier le développement, le comportement et la qualité de vie d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté. C'est l'environnement, c'est-à-dire l'ensemble des stimuli internes et externes, qui fait en sorte que la personne s'adapte de façon continue.

Le traitement des stimuli par la personne est décrit par Roy comme un processus de contrôle aussi appelé mécanisme de coping (Roy & Andrews, 1999). Ceux-ci sont de deux ordres : régulateur et cognitif. Les mécanismes de coping régulateurs sont innés et généralement définis comme des automatismes. Ils sont associés aux processus nerveux, endocriniens et chimiques. Par contre, les mécanismes de coping cognitifs sont délibérés et conscients. Ils interviennent au plan des processus touchant le jugement, les émotions, l'apprentissage et le traitement de l'information.

réponses adaptées contribuent à une meilleure qualité de vie pour la personne. Ces réponses sont organisées selon quatre modes adaptatifs : 1) le mode physiologique qui est associé aux réponses physiologiques d'une personne face aux stimuli de l'environnement ; 2) le mode concept de soi qui rejoint les croyances d'une personne envers elle-même ; 3) le mode de fonction de rôle qui porte sur les rôles occupés par la personne dans la société et des attentes qui y sont rattachées. 4) et le mode d'interdépendance qui se veut l'ensemble des relations interpersonnelles des personnes. Ce mode inclut la capacité d'aimer et d'être aimé. (Figure 1).

Figure 1

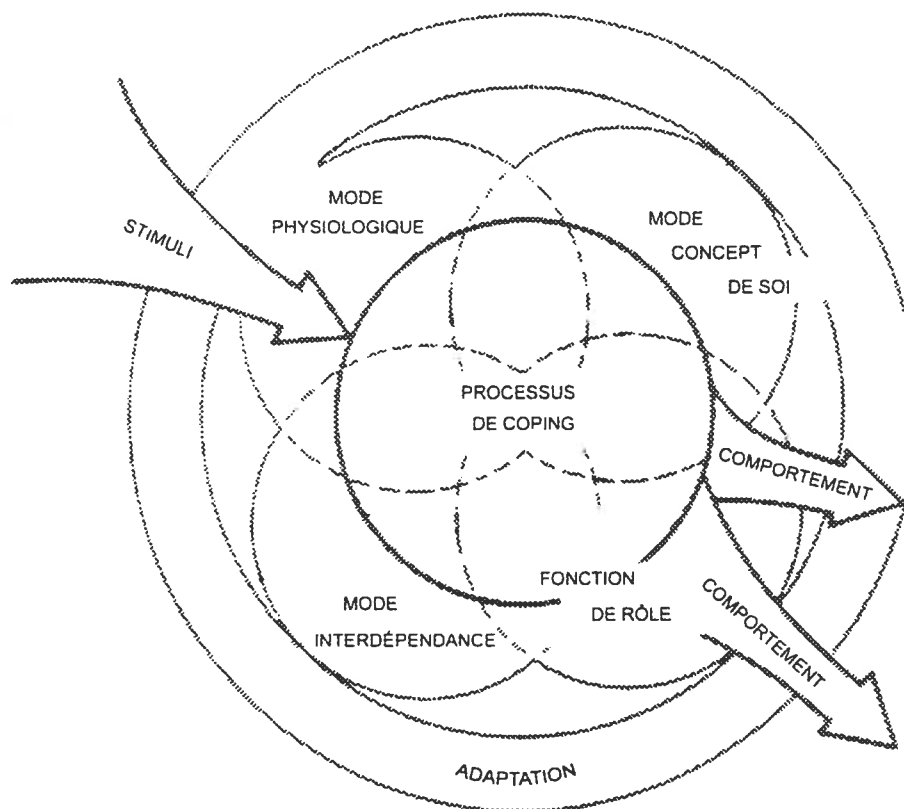


Figure 1. L'individu comme système d'adaptation
Traduction libre de l'étudiante chercheuse
Tirée de : The Roy Adaptation Model, Roy, C., & Andrews,
H.A., 1999, p. 114.

Selon Roy (1999), l'intervention infirmière a pour objet la manipulation des stimuli afin d'aider la personne à s'adapter à son environnement. Si l'adaptation s'avère efficace, la personne aura accès à une meilleure santé et à une qualité de vie optimale. Ce processus étant considéré par Roy comme circulaire, les réponses dans les quatre modes pourraient intervenir comme de nouveaux stimuli.

Dans notre étude, les symptômes de la schizophrénie tels que les troubles de la pensée, les hallucinations et l'apathie sont perçus comme des stimuli focaux : ils modifient l'environnement externe et interne de la personne et la conduisent à émettre des réponses plus ou moins adaptées. Nous postulons que les interventions réalisées par les infirmières des équipes de suivi intensif dans la communauté auprès de la personne atteinte de schizophrénie, influencent ses réponses dans les quatre modes et devraient favoriser une meilleure adaptation à son environnement et ainsi qu'une qualité de vie optimale. Par exemple, l'intervention de l'infirmière qui supervise quotidiennement la prise de médication d'une personne inscrite dans ce type de programme aura un impact certain sur l'environnement de cette personne. À moyen long terme, les réponses physiologiques de cette personne seront mieux adaptées : son image de soi sera meilleure et elle reprendra un plus grand contrôle sur sa vie ; sa fonction de rôle sera renforcée et elle pourra donc occuper un rôle dans la société. De plus, elle pourra s'affirmer dans le mode d'interdépendance en démontrant de meilleures capacités à trouver un système de support adéquat qui réponde à ses besoins.

Concept de qualité de vie et modèle de Bigelow

Il existe différents modèles de la qualité de vie, dont celui de Bigelow, et la notion de qualité de vie ne semble pas faire consensus. Par exemple, l'organisation des Nations Unies (UNDP, 1991) inscrit la notion de qualité de vie dans celle du développement humain dont l'objectif est d'accroître la gamme de choix offerts à la population afin de faciliter l'accès au revenu, à l'emploi, à l'éducation, aux soins de santé et à un environnement sécuritaire. Pour sa part, Mercier (1987) estime que la notion de qualité de vie représente un concept intégrateur permettant de décrire les conditions de vie de la personne et connaître l'appréciation subjective qu'elle en fait.

La qualité de vie repose sur l'expérience de vie d'une personne. Il s'agit d'une dimension subjective (Zhan, 1992) Mercier et Filion (1992) indiquent que le sentiment global de bien-être d'une personne est fondé sur la satisfaction ressentie face à son expérience dans les domaines importants de sa vie. Ces auteures rejoignent ici la définition de la qualité de vie de Becker et al. (1993) qui est conçue comme un sentiment de bien-être se manifestant par de la satisfaction ou de l'insatisfaction dans les sphères de la vie qui sont importantes pour la personne.

Bigelow proposa son modèle de qualité de vie au début des années 1980, au moment où l'on commence à se préoccuper davantage de la qualité de vie des personnes désinstitutionnalisées. La conception de ce modèle repose sur deux théories : la théorie de la qualité de vie (Bigelow, Brodsky, Trewart & Olson, 1982) et une théorie des rôles (Sarbin & Allen, 1986). Pour Bigelow, la qualité de vie est liée à la satisfaction des besoins de la personne par les ressources disponibles dans son environnement et à sa performance dans l'accomplissement de ses rôles dans la société (Bigelow, 1991). La qualité de vie est composée de deux éléments : le

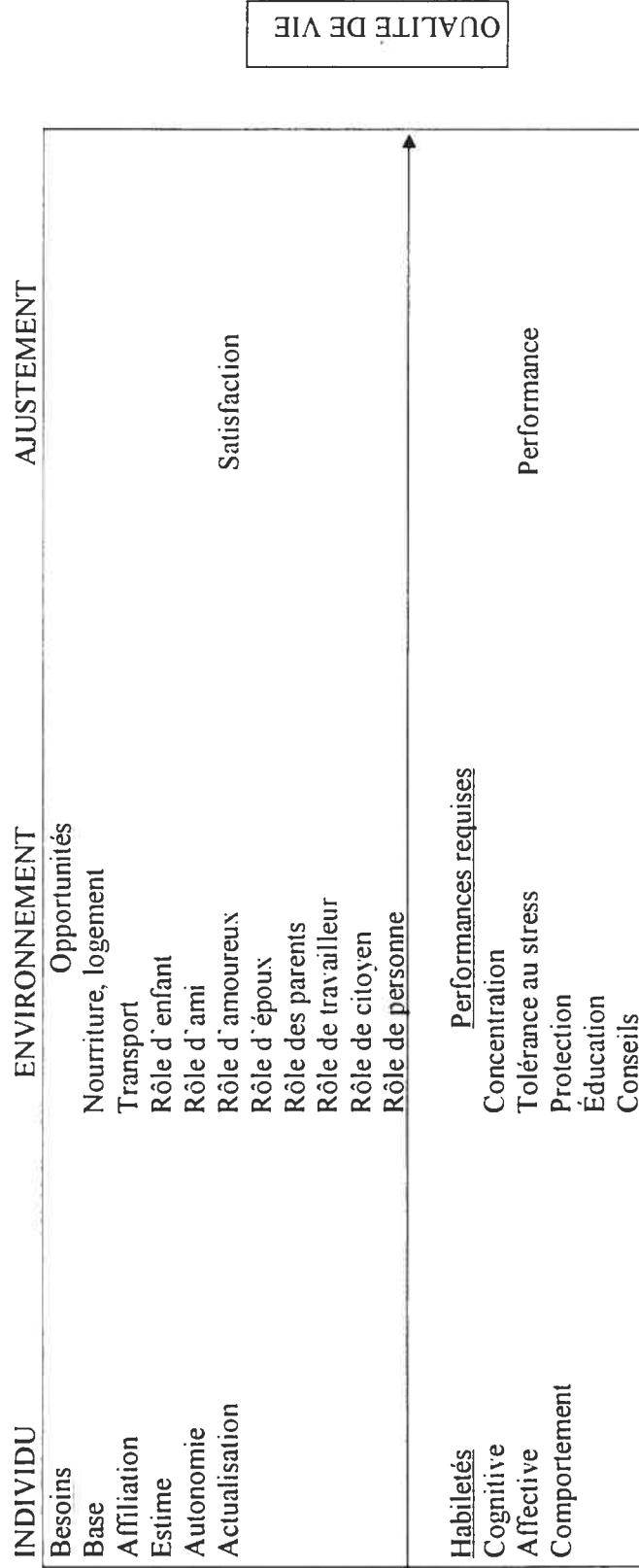
sentiment général de bien-être et la satisfaction face à ses habiletés. En ce qui a trait à la notion de besoin, Bigelow s'inspire de la théorie de Maslow (1943) considérant les besoins de base (physiologiques), d'affiliation, d'estime de soi, d'autonomie et d'actualisation de soi.

Dans le modèle de Bigelow, l'environnement s'avère un concept prioritaire où la personne tient un rôle central. L'environnement offre à la personne des opportunités de satisfaire ses besoins. Ces opportunités sont d'ordre matériel (nourriture, logement, etc.) et social (ami, conjoint, travail, etc.) (Bigelow, 1991). Par ailleurs, ces opportunités sont associées à des exigences de performance. La personne y répondra à partir de ses habiletés cognitives, affectives, comportementales et perceptuelles. Dans la mesure où les besoins de la personne sont satisfaits et qu'elle atteint une certaine performance dans l'accomplissement de ses rôles sociaux, la personne s'est alors bien adaptée à son environnement et pourra profiter d'une meilleure qualité de vie. (Figure 2)

Le modèle théorique de la qualité de vie de Bigelow semble compatible avec le modèle conceptuel de Roy. Au départ, il s'agit de deux modèles de l'adaptation. Tant pour Roy que pour Bigelow, la personne qui saura s'adapter à son environnement jouira d'une bonne qualité de vie. Les quatre modes d'adaptation de Roy rejoignent certains concepts de la théorie de Bigelow. Ainsi, on peut établir des parallèles entre les divers concepts des deux modèles. Par exemple, entre le mode physiologique de Roy et la notion de besoins de base de Maslow repris par la théorie de Bigelow ; entre le mode concept de soi et les besoins d'estime de soi et d'autonomie ; entre le mode fonction de rôle et la théorie des rôles de Sarbin repris par Bigelow et enfin, entre le mode d'interdépendance et le besoin d'affiliation et les

attentes de performance en société. En somme, ces deux modèles portent un intérêt particulier à la personne, à l'environnement et à la qualité de vie.

Figure 2
Éléments de la qualité de vie



QUALITE DE VIE

Figure 2. Éléments de la qualité de vie.

Traduction libre de l'étudiant chercheuse.

Sources: Bigelow, D.A., Brodsky, G. Quality of Life Theory of Mental Health. Portland: Department of Human Resources, Mental health Division, 1979; 5.

New York State Office of Mental Health. Quality of Life: Evaluating the Community Support Program. Albany, New York: Bureau of Community Support System, 1980; 27.

Tiré de: Mercier, C. La qualité de vie après la désinstitutionalisation. Congrès de l'Association Mondiale de Réadaptation. Paris, 2000.

La qualité de vie et le suivi intensif dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves

L'intérêt en regard de l'évaluation de la qualité de vie chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves provient du mouvement de désinstitutionalisation des années 60 aux Etats-Unis. Les chercheurs ont noté à ce moment que les conditions de vie des ex-patients psychiatriques étaient déplorables (Mercier, 2000). Certains auteurs, dont Lamb (1993), ont alors exprimé la conviction que les buts de la désinstitutionalisation ne seraient atteints que lorsque la qualité de vie des personnes s'en trouverait meilleure. C'est pourquoi l'un des objectifs des programmes de suivi intensif dans la communauté est de favoriser une meilleure qualité de vie pour les personnes inscrites à ces programmes (Drake, 1988). Toutefois, il s'agit d'une variable qui a été relativement peu évaluée dans les recherches évaluatives sur le PACT (Mueser et al, 1989). De plus, peu d'études sur la qualité de vie se sont intéressées exclusivement aux personnes atteintes de schizophrénie. Pour les fins de cette recherche, les études retenues se rapporteront donc à des populations qui présentent des caractéristiques similaires aux personnes atteintes de troubles psychotiques et qui reçoivent un suivi dans la communauté.

Satisfaction des personnes et qualité de vie

Une des premières études américaines dans ce domaine fut celle de Lehman, Ward et Linn (1982). Son but était d'évaluer le degré de satisfaction des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques face à leur qualité de vie. Les participants à l'étude (N=278) étaient atteints de maladie mentale chronique et résidaient en foyer d'hébergement; les auteurs ne font pas mention du type de suivi qu'ils recevaient. Le Quality of Life Interview (Lehman, 1982) fut utilisé. Cet instrument évalue la sphère

subjective de la qualité de vie, soit la satisfaction de la personne face à sa vie, et la sphère objective qui concerne l'évaluation du fonctionnement de la personne, l'accès aux ressources et aux opportunités de changement. Cet outil s'intéresse à neuf domaines de la qualité de vie soit : l'hébergement, les relations familiales, les relations sociales, les activités de loisir, le travail, les finances, la sécurité personnelle, la santé et la vie en général. Les résultats obtenus indiquent que plus de la moitié des personnes à l'étude se montre assez ou très satisfaite dans plusieurs domaines de leur vie sauf en ce qui concerne l'argent, le travail et la sécurité personnelle. De plus, ces résultats ont été comparés à ceux de la population en général. On constate alors que l'échantillon de personnes atteintes se montre moins satisfait que la population en général en ce qui a trait aux finances, au chômage et aux relations familiales et sociales ($p < 0,001$). Enfin, les chercheurs reconnaissent les limites d'une telle recherche. Ils recommandent plus de précisions sur les mesures de la qualité de vie et se questionnent sur la validité des mesures actuelles souhaitant qu'elles deviennent le reflet réel de la qualité de vie des personnes atteintes. En conclusion, Lehman et al. (1982) énumèrent six conditions pouvant aider les personnes à accéder à une meilleure qualité de vie : 1) plus d'aide financière ; 2) plus d'opportunités d'emploi; 3) une meilleure protection contre le crime; 4) plus de contacts avec leur famille; 5) de meilleures relations avec les autres, spécialement dans les foyers d'hébergement; 6) plus d'intimité dans les foyers d'hébergement.

Perception de la qualité de vie par les clients et les intervenants

Perception des clients

Lamb & Rosenheck (2000) ont conduit une étude longitudinale menée auprès de 4331 personnes sans domicile fixe inscrites dans 18 sites de traitement aux États-Unis. Chacun des sites offrait des services de case management intensif. On voulait mesurer les variations dans la qualité de vie des participants entre leur inscription au programme et 12 mois après le début du suivi. L'échantillon était principalement composé de personnes atteintes de troubles psychotiques. Le Lehman Quality of Life Interview (1988) a servi d'instrument de mesure. Des évaluateurs indépendants ont interviewé les participants aux deux temps de cueillette de données. Les résultats indiquent que la qualité de vie de la population ciblée s'est globalement améliorée de 30 % ($3,25 \pm 1,7$ à $4,23 \pm 1,6$) après 12 mois de suivi ($p < 0,001$). Par ailleurs, les résultats semblent démontrer que certains facteurs auraient un impact négatif sur la qualité de vie telle la dépression, les symptômes psychotiques, l'usage de drogue et une faible scolarité. Des recherches futures devraient s'attarder à savoir comment ces facteurs influencent la qualité de vie de ces personnes.

Perception des intervenants

Une étude québécoise récente réalisée auprès d'intervenants ($n=52$) avait comme objectif l'évaluation de la qualité de vie des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves et persistants (Poirier, Bonin, Lesage & Reinharz, 2000). L'approche de cette équipe du CLSC des Faubourgs à Montréal combine une approche intensive d'outreach, de suivi dans le milieu et de case-management. L'échantillon de convenance a été sélectionné par les membres de l'équipe qui ont, pour la plupart, participé à l'étude. L'intervenant de la personne itinérante dont

l'alliance était favorable agissait à titre de répondant. Le questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin (Becker et al., 1993) a servi d'instrument de mesure à deux reprises, à six mois d'intervalles. Seuls les intervenants ont eu à compléter ce questionnaire. De l'avis des intervenants, 50 % des personnes itinérantes de l'échantillon ont une mauvaise santé. Sur le plan des relations sociales, 78.8 % des sujets ont rarement reçu du soutien de leur famille ou des amis lorsque nécessaire tandis que 65.4 % se font peu d'amis et ne les garde pas. Selon la perception des intervenants, ils sont généralement insatisfaits de leur situation financière. En ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne, 51.9 % des participants éprouvent une difficulté extrême à avoir de l'intérêt pour les activités de sport ou de loisirs. Les résultats sont semblables en ce qui concerne la préparation des repas, d'un budget en fonction de ses moyens, une diète adéquate et l'état de santé. L'analyse de la différence entre les T1 et T2 du questionnaire sur la qualité de vie indique que six domaines de la qualité de vie semblent s'améliorer. Il s'agit de la symptomatologie dont les changements les plus significatifs se retrouvent au niveau des pensées inusitées, du retrait émotionnel et de la négligence personnelle. Ensuite, on retrouve une amélioration au plan de la santé physique, des finances, des activités de la vie quotidienne et du score total de la qualité de vie. Malgré le fait que seuls les intervenants ont complété les questionnaires et qu'il n'y ait pas de groupe contrôle, cette étude s'avère intéressante parce qu'elle suggère quelques indices de l'impact de l'équipe itinérante sur la qualité de vie des itinérants. Cependant, elle ne s'arrête pas à cibler quelles sont les caractéristiques des interventions qui ont pu contribuer à ces améliorations. Il faut aussi noter qu'il s'agit de personnes itinérantes donc, au départ,

très démunies. À cet effet, l'impact du soutien apporté par l'intervenant au cours de cette période n'a pu que contribuer à des améliorations notables.

Comparaison entre clients et intervenants

Le point de vue des intervenants d'un centre communautaire de santé mentale du Wisconsin en regard de la qualité de vie de leurs clients est pris en compte dans la recherche menée par Sainfort, Becker et Diamond (1996). Celle-ci avait pour but d'examiner le niveau de concordance entre les perceptions des clients et des intervenants dans cinq domaines : la santé physique, les activités de la vie quotidienne, les symptômes, les relations sociales et l'occupation (Spitzer et al., 1981 ; Quality of Life Index et du Quality of Life Index – Mental Health, Becker et al., 1993). L'échantillon (n=40) était constitué uniquement de personnes atteintes de schizophrénie. Chacun des clients et des intervenants compléta les deux questionnaires. Les résultats démontrent que : pour la santé physique, les données obtenues pour les patients et les intervenants ne sont pas significativement concordantes ($r = 0,15$, $df=35$ $p > 0,10$) ; tandis que ceux obtenus pour l'occupation ($r = 0,30$, $df=35$, $p < 0,05$), les relations sociales ($r = 0,24$, $df=35$, $p < 0,05$) et les symptômes ($r = 0,36$, $df=35$, $p < 0,01$) présentent des corrélations significatives. Il est intéressant de noter que les intervenants perçoivent que les clients ont une meilleure qualité de vie que les clients eux-mêmes au plan de la santé physique, des activités de la vie quotidienne et des symptômes. Il en va autrement pour l'occupation et les relations sociales où les intervenants leur attribuent des scores moins élevés que les clients eux-mêmes. Les auteurs semblent accorder plus d'importance aux perceptions des patients sur leur propre qualité de vie qu'à celles des intervenants. Le fait que les

clients ont une meilleure connaissance de ce qu'ils vivent au niveau du soutien social et de leur occupation appuierait cette vision des chercheurs.

En France, Poli et Dazord (1998) ont mené une étude auprès de 46 personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles schizotypiques âgées entre 20 et 60 ans. Ces personnes étaient suivies par des équipes soignantes dans le cadre de divers programmes dont l'hôpital de jour, l'hospitalisation de courte durée et les appartements protégés. Leur état ne devait pas présenter de décompensation. Le profil de la qualité de vie subjective (PQVS) de Gérin, Dazord & Ciadella (1991) a été utilisé. Cet instrument ayant fait l'objet de validation auprès de divers groupes de personnes atteintes de pathologies somatiques, dépressives et psychotiques comporte 31 items répartis dans quatre domaines : la santé, la vie relationnelle, la vie intérieure et le contexte matériel. Le même questionnaire était remis au soignant de la personne. Les résultats démontrent que les personnes atteintes sont très satisfaites en ce qui a trait aux relations avec l'équipe, aux conditions matérielles et à l'alimentation, ce qui pour les auteurs est le reflet de la pauvreté de la vie psychique et relationnelle de ces participants. Cependant, elles se montrent tout aussi insatisfaites que les autres populations étudiées et ayant participé à la validation du PQVS face à « ce qui se passe dans le monde ». Ils sont par ailleurs plus pessimistes face à leur avenir. Quant aux intervenants, on note qu'ils évaluent de manière moins satisfaisante la qualité de vie des clients en général sans toutefois présenter de différences significatives dans les dimensions des relations avec l'équipe et de l'alimentation. Ils notent également plus d'insatisfaction que le client lui-même face à la sexualité et aux possibilités de réflexion et de concentration. Les chercheurs suggèrent la prudence face à l'interprétation et à la généralisation des résultats de leur étude vu la petite taille de

l'échantillon. Bien qu'il ne s'agisse pas ici de suivi intensif dans la communauté, il est à noter que le suivi offert dans la communauté repose sur la relation entre la personne et l'équipe soignante multidisciplinaire et que ces résultats présentent une certaine pertinence pour la présente étude. Cependant, l'interprétation des résultats est difficile car il y a peu d'information sur le type de suivi reçu et on ignore si l'intervenant qui a complété le questionnaire représente l'intervenant le plus significatif pour la personne.

Comparaison entre suivi dans la communauté et services psychiatriques courants

L'étude longitudinale de Aberg-Wistedt, Cressel, Lidberg, Lijenberg et Osby (1995), réalisée en Suède, avait pour but la comparaison de la qualité de vie entre deux groupes de 20 personnes atteintes de schizophrénie : le premier groupe était pris en charge par une équipe de suivi dans la communauté et le deuxième, le groupe contrôle, recevait des services psychiatriques courants. Les données furent recueillies à l'aide d'un questionnaire auto administré (Skantze, Malm & Derker, 1990) regroupant 100 questions se rapportant à des dimensions objectives et subjectives de la qualité de vie. Aucune information n'est disponible sur la validité de l'instrument. Les résultats démontrent qu'après deux ans de prise en charge, le programme de suivi dans la communauté est associé à une amélioration de la qualité de vie pour les personnes inscrites à ce programme. Ainsi, on constate une augmentation de 33 % aux scores sur la qualité de vie pour le groupe du suivi dans la communauté comparativement à 19 % pour le groupe contrôle. Les auteurs relèvent aussi une amélioration moins significative dans la dimension de l'intégration au réseau social où les scores augmentent de 19 % pour le premier groupe comparativement à 15 % pour le groupe contrôle. Les chercheurs associent les changements reliés aux services

offerts par l'équipe de suivi dans la communauté au fait que chaque semaine la personne atteinte rencontre un spécialiste et discute de ses besoins. La majorité des personnes de l'échantillon considère cette expérience comme valorisante. Les résultats de cette étude présentent certaines limites importantes, notamment la taille de l'échantillon et le manque d'information sur la validité de l'instrument de mesure. De plus, les auteurs donnent peu de détails en lien avec le ou les moments où les données ont été recueillies tout au long de ces deux années.

La recherche de La Fave, De Souza et Gerber (1996) réalisée en Ontario, avait pour but de comparer la qualité de vie et la satisfaction face aux services des personnes intégrées dans une équipe de suivi intensif dans la communauté à celle des personnes présentant des caractéristiques similaires, mais recevant des services psychiatriques courants. Cinquante-deux personnes complétèrent les questionnaires : 20 d'entre elles provenaient de l'équipe de suivi intensif dans la communauté et 32 recevaient des services courants. La majorité des personnes avait un diagnostic de schizophrénie. Les données ont été recueillies après un an de suivi avec The Quality of Life Interview (Lehman, 1988). Les résultats indiquent que la qualité de vie subjective touchant plus distinctement les sphères des relations sociales, du travail, des revenus et de la santé est significativement meilleure pour les personnes bénéficiant du suivi intensif dans la communauté que pour les personnes du groupe contrôle. Cependant, les chercheurs ne nous donnent pas les résultats du deuxième groupe. En ce qui a trait à la qualité de vie objective, les deux groupes obtiennent des résultats similaires sauf au niveau des conditions de vie où le groupe recevant un suivi intensif dans la communauté obtient un score significativement plus élevé ($t : 3,436$ $df=50$ $p < 0,05$) que le groupe contrôle. Les chercheurs notent les barrières rencontrées

pour l'implantation des programmes de suivi dans la communauté en Ontario, notamment au plan de la bureaucratie et de la résistance politique. Ces commentaires de la part des auteurs pourraient expliquer les différences plutôt modestes obtenues entre ces deux groupes. De plus, cette étude semble comporter certaines limites, notamment au plan de la taille et de la représentativité de l'échantillon.

L'étude de Fekete, Bond, Mc Donel, Salyers Chen et Miller (1998) a été menée dans quatre communautés rurales de l'Indiana aux Etats-Unis. Elle voulait comparer l'efficacité des programmes PACT aux services traditionnels de santé mentale sur différentes variables de la qualité de vie. Les chercheurs ont retenu un échantillon de 130 personnes dont 69 au programme PACT et 61 au groupe témoin. Il est à noter qu'il n'y a pas de différence significative au niveau des données démographiques et de l'état mental entre les deux groupes. Ces personnes étaient principalement atteintes de schizophrénie et de maladie affective. Le questionnaire utilisé comprend deux versions, l'une pour l'intervenant et l'autre pour le participant (Bond, Mc Donel, Miller, & Pensec, 1991) et fut complété à 6, 12 et 24 mois de suivi. Chaque version comprend 31 questions. Suite à la collecte de données à 6 et 12 mois, les chercheurs rapportaient que les personnes suivies par le PACT présentaient une amélioration significative de leur qualité de vie ($p < 0.05$). Cependant, après 24 mois, il n'y a pas de différence significative dans la qualité de vie perçue par les deux groupes. Toutefois, pour cette même période, les intervenants perçoivent une amélioration de la qualité de vie qui se veut plus importante pour les personnes du PACT. Les chercheurs demeurent prudents face aux résultats : ils indiquent qu'un biais a pu être introduit par le fait que les intervenants sont au fait des conditions de traitement et que ceci peut parfois influencer leurs réponses. D'autres recherches sont

nécessaires afin de mieux cibler ces conditions particulières liées à l'amélioration de la qualité de vie.

Lehman, Dixon, Keman, De Forge et Postrado (1997) ont évalué auprès de 152 personnes l'efficacité d'un programme PACT pour la clientèle sans domicile fixe atteinte de troubles graves de santé mentale, à trois temps de mesure différents (2, 6 et 12 mois). Soixante-dix-sept personnes furent assignées au programme PACT et les 75 personnes du groupe contrôle reçurent des services courants. On ne note pas de différences significatives au niveau socio-démographique entre les deux groupes. Le Lehman Quality of Life Interview (1988) fut utilisé. Après 12 mois de suivi les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne toutes les dimensions la qualité de vie objective. Pour ce qui est de la qualité de vie subjective, le groupe du programme PACT obtient des résultats supérieurs au groupe contrôle. Ils sont plus satisfaits au niveau de leur bien-être ($p = 0,02$) ; du quartier où ils vivent ($p = 0,001$) et leur santé ($p = 0,006$). Par ailleurs, aucune différence entre les deux groupes n'a été notée en ce qui concerne certains aspects subjectifs de la qualité de vie tels : la sécurité, les relations avec la famille, les relations sociales ou les finances. La limite majeure de cette étude tient au fait qu'elle ne s'est déroulée que dans une seule ville et les chercheurs invitent à la prudence quant à la généralisation des résultats.

Une étude comparative menée par Chandler, Meisel, McGovern, Mintz et Madison (1996) visait à démontrer l'efficacité d'un modèle de services intégrés (aide financière et suivi dans la communauté) en région urbaine et rurale. L'échantillon était constitué de quatre groupes de participants. Les deux premiers de la région urbaine recevaient des services intégrés ($n=102$, groupe expérimental) et des services

courants (groupe témoin, n=108). En région rurale, le groupe expérimental rejoignait 115 personnes et le groupe de témoin, 114. Les données socio-démographiques pour les quatre groupes étaient comparables. Notons que les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie composaient la majorité des groupes. Les données concernant les variations de la qualité de vie ont été obtenues à l'aide du questionnaire de la qualité de vie de Lehman (1988). Dix mois après le début de l'étude, des assistants de recherche indépendants ont recueilli les données. Les résultats n'indiquent pas de différence significative dans la qualité de vie des quatre sous-groupes de l'échantillon. Il est par ailleurs étonnant que le fait que les groupes expérimentaux, qui reçoivent plus de services, ne présentent pas de résultats significatifs au niveau de la dimension qualité de vie.

En somme certaines des recherches recensées et décrites précédemment en lien avec les programmes de suivi dans la communauté suggèrent un effet bénéfique sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes inscrites à ce type de programme. Les impacts les plus significatifs se retrouvent surtout au niveau des dimensions subjectives de la qualité de vie comme le démontrent certaines études rapportées précédemment dont celles Lehman et al. (1982), Aberg-Wistedt et al. (1995), La Fave et al. (1996), Sainfort et al. (1996), Lehman et al. (1997), Poli et al. (1998), Lamb et al. (1998), et finalement, celle de Poirier et al. (2000). Cependant, il est important de noter que l'hétérogénéité des études présentées doit inciter à la prudence quant aux conclusions à en tirer. Une plus grande homogénéité dans le choix des instruments de mesure et dans les échantillons retenus pourrait permettre plus de consistance et de fiabilité en vue de permettre la généralisation des résultats.

Nous examinerons maintenant quelques études afin de vérifier l'existence de relation entre les caractéristiques de l'intervention et la qualité de vie des personnes inscrites dans des programmes de suivi dans la communauté.

Les caractéristiques de l'intervention et qualité de vie

À notre connaissance, très peu d'études ont porté sur les caractéristiques des interventions posées par les intervenants des équipes de suivi dans la communauté. En effet, l'évaluation des programmes de suivi dans la communauté s'est surtout intéressée aux principaux bénéfices de ces programmes notamment au plan de la réduction des durées d'hospitalisation, de la stabilité résidentielle, de l'amélioration de la qualité de vie, de la réduction des symptômes et du fonctionnement social (Bond & Santos, 1995 ; Mueser et al., 1998). De plus, les études qui ont tenté d'expliquer les facteurs liés à l'amélioration de la condition de santé de ces personnes ou de leur qualité de vie se sont surtout intéressées aux aspects structureaux des programmes et beaucoup moins aux caractéristiques des interventions offertes dans le quotidien des personnes. Toutefois, afin de mieux comprendre ces résultats, il est important d'identifier quelles sont les interventions dispensées par les programmes de suivi dans la communauté qui peuvent contribuer à ces bénéfices pour la clientèle. Une meilleure connaissance des caractéristiques de l'intervention en regard de la nature, de l'intensité, de la fréquence, de la durée de suivi est nécessaire afin d'assurer un meilleur suivi de ces programmes et ainsi améliorer les services qui y sont offerts.

La première étude qui s'est intéressée à ce volet des programmes PACT est celle réalisée par Brekke et Test (1987) ayant comme objectif principal d'établir si les services offerts par le Treatment Community Living de Madison au Wisconsin

concordent avec la conceptualisation du modèle d'origine. L'échantillon (n=36) était composé de personnes atteintes de schizophrénie. Dix-huit de ces personnes étaient au Training Community Living (TCL) depuis trois ans et les 18 autres, formant le groupe contrôle, étaient, pour certains, inscrits au TCL depuis plus de trois ans. Les auteurs expliquent ce choix par une meilleure analyse de certaines variables à l'étude en lien avec la durée et les phases du traitement. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes au niveau des données socio-démographiques et cliniques. Une fiche quotidienne de contact était l'instrument privilégié tout au long de cette recherche. Sa validité de contenu et sa précision en regard des services offerts ont été démontrées par Brekke (1987). Chaque jour l'intervenant notait sur cette fiche le contenu, la fréquence, le lieu et la durée des contacts avec la personne, son entourage ou encore d'autres services ayant à intervenir auprès la personne. La fiche indiquait aussi dans quelles sphères d'activités s'est déroulée l'intervention soit : le contact individuel, la psychothérapie, les activités à caractère social, la médication, l'emploi, les activités de la vie quotidienne, les contacts avec la famille, la santé physique et les autres. Pour les personnes suivies depuis plus de trois ans, les résultats démontrent que 65 % des contacts sont faits dans la communauté et que 78.1 % du temps passé exclusivement avec la personne l'est dans la communauté. Durant la première année de suivi, l'intervenant passe 2,99 heures par semaine partagées en 4,28 contacts. Durant la deuxième année, il y a diminution à 1,88 heures par semaine pour 2,82 contacts. À la cinquième année de suivi, le temps passé avec la personne diminue à 1,33 heures par semaine pour 2,11 contacts. Par ailleurs, à la sixième année de suivi, le temps passé avec la personne augmente légèrement à 1,5 heures par semaine pour 2,45 contacts hebdomadaires. Pour les 18 personnes faisant partie du TCL depuis trois ans, les

résultats démontrent que 44 % d'entre elles ont subi une diminution significative au niveau de la fréquence des contacts. L'étude indique aussi que 80 % de l'échantillon a reçu au moins un contact chaque mois pendant les deux premières années du programme et au moins un contact au deux mois de la troisième à la septième année pour la clientèle à long terme. De plus cette étude révèle qu'au niveau des caractéristiques de l'intervention, durant les trois premières années de suivi au TCL, les intervenants orientent leurs interventions en fonction des six domaines suivants : 1) le contact individuel ; 2) la psychothérapie ; 3) les activités à caractère social ; 4) la médication ; 5) les activités de la vie quotidienne ; 6) l'emploi. Les auteurs ne notent pas quelles sont les sphères d'activités les plus importantes pour ces trois premières années. Cependant, les chercheurs remarquent que la proportion de contacts dans ces différentes sphères est relativement stable durant les trois premières années de suivi au TCL, à l'exception du contact individuel et de la psychothérapie qui passent de 36,9 % à 30 % et de la sphère de l'emploi qui passe de 9,5 % à 17,5 % en trois ans. Les auteurs concluent que la majorité des interventions est dispensée dans la communauté. Les services donnés le sont en favorisant la continuité et la constance avec le résultat que peu de clients quittent le programme. Ces auteurs constatent également que le nombre d'interventions diminue au cours des trois années du suivi mais celles-ci sont ajustées en fonction des besoins de chaque personne. Le traitement consiste en un ensemble d'interventions regroupant le soutien et la résolution de problèmes afin d'aider le fonctionnement de la personne dans les différentes sphères de sa vie

La recherche de Chinman, Allende, Bailey, Maust et Davidson (1999) avait pour but d'identifier les éléments du programme ou de l'intervention qui

contribuent à l'amélioration de l'état des personnes atteintes de troubles mentaux graves suivies par un programme PACT. Cette étude qualitative s'est déroulée auprès de trois personnes atteintes de troubles psychotiques inscrites à un programme PACT au Connecticut. L'échantillon a été ainsi constitué parce que ces trois personnes étaient considérées comme celles dont l'état s'était le plus amélioré à l'intérieur du programme. De plus, selon les auteurs, ces personnes étaient représentatives de la clientèle du programme PACT en général. Un guide d'entrevue a été spécialement développé pour les fins de l'étude afin de rassembler les informations sur l'expérience vécue au programme PACT et ainsi tenter d'identifier quels sont les éléments qui facilitent le rétablissement des personnes inscrites. L'entrevue a été réalisée auprès des intervenants et des patients. L'analyse des données s'est faite en utilisant la démarche de l'approche phénoménologique. À l'analyse des entrevues réalisées auprès des clients, plusieurs thèmes communs ont été identifiés : 1) les intervenants font preuve de persistance dans le soutien offert à leur égard ; 2) les personnes suivies en bénéficient et apprécient recevoir leur assistance ; 3) les personnes travaillent avec leurs intervenants afin d'améliorer leurs relations familiales ; 4) les personnes sont plus autonomes face à leurs rendez-vous et, conjointement avec leur intervenant et le psychiatre, ils travaillent à prendre leur médication et à diminuer leur consommation de drogues. Les intervenants quant à eux présentent des thèmes similaires à ceux des personnes suivies. Ainsi, selon eux, la création d'une bonne relation thérapeutique caractérisée par la confiance est une condition préalable à l'amélioration de l'état des personnes. La persistance dans leurs actions est un facteur important de même que le travail fait avec les familles. Cependant, et contrairement aux personnes suivies, les intervenants mettent l'accent sur la fidélité au traitement (prendre la médication,

participer à des groupes, prendre eux-mêmes leur rendez-vous, etc) comme ingrédients reliés au succès. Les personnes inscrites au programme PACT considèrent la relation avec l'intervenant comme plus importante que le fait de recevoir du soutien et de l'assistance pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne. Cet énoncé rejoint l'avis de plusieurs chercheurs qui ont examiné l'impact de l'alliance thérapeutique sur les programmes PACT dont Gehrs et Goering (1994), Solomon, Draine et Delaney (1995) et Neale et Rosenheck (1995).

Chinman et al. notent que les résultats de l'étude concordent avec les données des écrits : la pratique des intervenants est en lien avec les aspects du PACT qui sont associés à son efficacité (outreach, fréquence des contacts, accent mis sur la résolution de problèmes et advocacy). Par ailleurs, Chinman et al. (1999) concluent à trois sources de résultats : 1) ils relèvent que les intervenants ont beaucoup parlé des interventions qu'ils posent mais très peu de la façon dont ils s'y prennent pour créer une alliance qui soit thérapeutique avec leurs clients ; 2) les intervenants sont parfois confrontés à des problèmes familiaux complexes qui ont un impact significatif sur le traitement. Ils devraient donc pouvoir bénéficier d'une formation en conséquence ; 3) certains intervenants sont inconfortables face aux manifestations de désorganisation reliées à la maladie présentée par les personnes suivies. À ce moment, leurs interventions peuvent dans certains cas se limiter à la médication ou à la référence à un psychiatre.

Suite à ces résultats, Chinman et al. (1999) ont formulé un modèle nommé « Modèle de rétablissement » qui s'adresse aux personnes inscrites aux programmes ACT. Ce modèle comporte quatre phases : 1) l'engagement, qui est caractérisé par la persistance de l'intervenant à travailler avec la personne et sa famille dans son

environnement naturel : 2) la confiance, qui est la phase où la personne autorise l'intervenant à devenir son guide : 3) le traitement, où la personne s'active face à son traitement (médication, rendez-vous, participation à des groupes, etc). C'est à ce moment de la relation que l'intervenant cherche à avoir une meilleure compréhension des intérêts du client et l'aide à se centrer sur ses rêves et ses aspirations : 4) l'amélioration qui se traduit par une diminution des symptômes, une diminution d'abus de substances, une augmentation du nombre de contacts avec sa famille, de sa stabilité résidentielle et de sa responsabilisation face à son traitement. Selon les auteurs, s'il y a rechute, on reprend le cycle à la phase de l'engagement. Chaque personne évolue de façon différente au sein du cycle de rétablissement. Plusieurs facteurs sont en cause dont la sévérité des symptômes et le degré d'abus de substances. Chinman et ses collaborateurs estiment qu'il ne faut pas généraliser les résultats de cette étude à toute la population. Ils souhaitent pouvoir tester le modèle sur un échantillon plus grand qui sera comparé à un groupe contrôle. De plus, les personnes choisies l'ont été à cause de leurs réponses positives au programme PACT. Il serait indiqué de faire le même type de recherche avec une clientèle qui ne répond pas ou peu à ce type de programme. Il serait ainsi possible de mieux identifier les caractéristiques de chacun des deux types de clientèle et ainsi développer de nouveaux modèles de services.

En sciences infirmières, peu d'auteurs ont discuté spécifiquement des caractéristiques des interventions posées par les infirmières au sein des équipes PACT. Toutefois, l'article de Guy (1997) fait valoir un point de vue pertinent pour l'intervention en décrivant les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves vivant dans la communauté. Cette auteure explique que les besoins des

personnes visées par les programmes de suivi dans la communauté sont les mêmes que ceux de la population en général : un logement, un emploi, la nourriture, la sécurité financière, les soins médicaux, les services de crise 24 heures, le soutien social et la confiance en l'avenir. Les difficultés les plus souvent rencontrées par ces personnes au niveau des services en général sont l'accessibilité, la pénurie de ressources, la fragmentation des services et leur manque de coordination (Guy, 1997). Selon cette auteure, pour que ce type de programme soit un succès, l'intervention doit permettre : l'accès à l'hébergement, aux services de réadaptation, aux services de défense des droits de la personne et aux services médicaux. L'auteure constate aussi qu'il est impératif que le plan de traitement soit orienté vers les priorités de la personne, ce qui l'aide à s'engager dans le traitement et dans les services de soutien dans la communauté. Enfin, l'auteure soutient que la fréquence des contacts avec la personne offre à l'intervenant de nombreuses occasions de se familiariser avec elle et d'observer les signes et symptômes de décompensation et ainsi, intervenir rapidement en cas de rechute.

Les prochaines recherches devront s'attarder davantage à déterminer les éléments critiques du programme ou de l'intervention qui contribuent à produire un impact positif sur le fonctionnement de la personne dans la communauté. En tenant compte de ces facteurs dans leur pratique, les infirmières pourront ajuster leurs interventions en conséquence et ainsi avoir une influence significative sur la qualité de vie des personnes dont elles assurent le suivi.

L'alliance thérapeutique et le suivi dans la communauté

Évolution et définition du concept d'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est le facteur clé de la relation entre le thérapeute et son patient. Freud (1912) définissait le concept d'alliance thérapeutique comme une forme positive de transfert permettant à la personne de croire aux explications de son thérapeute. Dans des écrits ultérieurs, Freud modifia le concept de transfert positif en référant plutôt à la notion d'alliance thérapeutique (Horvath & Luborsky, 1993). Pour sa part, Bibring (1937) spécifia que le concept d'alliance thérapeutique représente une relation avec un nouvel objet. La personne peut ainsi développer ses capacités à établir une relation positive et gratifiante avec le thérapeute. Pour Greenson (1965), le concept d'alliance thérapeutique est basé sur la collaboration entre le thérapeute et le patient. Bordin (1979) quant à lui met l'accent sur l'harmonie, la collaboration et l'interdépendance entre le thérapeute et le patient. Sa définition de l'alliance thérapeutique réunit trois éléments qui précisent : 1) les buts de la relation qui sont mutuellement endossés par le client et le thérapeute ; 2) les tâches à accomplir qui sont la substance même du processus thérapeutique ; 3) les liens à développer qui feront en sorte de générer entre le client et le thérapeute la confiance et l'acceptation.

Bien que le concept d'alliance thérapeutique ait surtout été étudié dans le cadre de la psychothérapie et auprès des personnes ayant des troubles névrotiques, l'évolution des soins et des traitements auprès de la clientèle présentant des troubles graves et persistants conduisent les auteurs à s'intéresser à ce concept. À cet égard, Gehrs et Goering (1994) croient que la vision de Bordin du concept d'alliance thérapeutique s'adapte tout à fait aux objectifs de la réhabilitation psychiatrique et

devrait être utilisé dans l'évaluation de la relation intervenant client dans le cadre de programme de suivi dans la communauté.

L'alliance thérapeutique et la relation infirmière client auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants

Dans le cadre de notre étude, la qualité de l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et la personne inscrite dans un programme de suivi dans la communauté semble particulièrement importante à prendre en compte. En sciences infirmières, le concept d'alliance thérapeutique n'a pas fait l'objet de développement théorique et empirique mais plusieurs auteurs se sont intéressés à cette dimension par le biais des caractéristiques de la relation infirmière malade. Hildegard Peplau a été une des premières infirmières à définir la relation infirmière-client (Forchuk & Brown, 1989). Peplau (1962) décrit la relation infirmière-client comme la clé des soins infirmiers. Son premier ouvrage paru en 1952 traite des relations interpersonnelles en soins infirmiers et permet de faire connaître le premier cadre conceptuel en soins infirmiers psychiatriques. Selon Peplau, la relation infirmière-client se construit en quatre étapes toutes inter reliées : 1) l'orientation est l'étape qui permet à la personne d'exprimer un besoin et constitue la recherche d'une aide professionnelle. Elle clarifie sa première impression globale de ce qu'est son problème ; 2) l'identification est l'étape qui fait que la personne répond sélectivement aux professionnels qui sont en mesure de lui apporter de l'aide. Elle peut, à cette étape s'identifier à l'infirmière et reproduire certaines de ses attitudes. ; 3) l'exploitation est l'étape qui permet à la personne d'utiliser pleinement tous les services qui lui sont offerts. La personne tentera de tirer partie de sa relation avec l'infirmière. Cette étape est caractérisée par des mouvements de progression et de régression ; 4) la résolution est finalement l'étape qui amène la personne à adapter ses aspirations aux nouveaux objectifs qui ont commencé à se

dessiner lors des étapes précédentes. Cette étape survient au moment où le problème pour lequel la personne requérait des soins est résolu. La résolution est vue comme un processus libérateur dont le succès est lié aux étapes précédentes. Peplau (1962) donne aussi de l'importance aux facteurs d'influence pouvant se manifester lors de la relation infirmière-client comme l'anxiété, la résistance, la confiance, l'angoisse et l'empathie. Ces facteurs, agissant sur la communication entre l'infirmière et le client, auront un impact certain sur le développement de l'alliance thérapeutique. Peplau (1995) identifie aussi les principaux rôles de l'infirmière comme étant : 1) un rôle de personne ressource; 2) un rôle d'éducatrice; 3) un rôle de leader ; 4) un rôle de substitut; 5) un rôle de conseillère. Les besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves sont divers et importants. Ils exigent que l'infirmière use de toutes ses compétences professionnelles afin qu'elle puisse être en mesure d'assumer tous ses rôles auprès d'eux.

Au sein des équipes de suivi dans la communauté, l'alliance avec la clientèle se construit au quotidien et les infirmières doivent faire preuve de persévérance dans leur approche et dans l'exécution de leurs rôles afin d'amener la personne à lui témoigner sa confiance et ainsi faciliter le processus d'alliance thérapeutique.

Études portant sur l'alliance thérapeutique et la clientèle atteinte de troubles mentaux graves

La relation de confiance : pré-requis à la création de l'alliance thérapeutique

À notre connaissance, peu de recherches se sont arrêtées à identifier comment les infirmières s'y prennent afin de construire une alliance thérapeutique avec les personnes à qui elles donnent des soins. Resper, Ford & Cooke (1994) ont procédé à une étude qualitative afin de déterminer comment les infirmières arrivaient à

construire une relation de confiance avec des personnes atteintes de troubles mentaux graves. L'étude s'est déroulée au Royaume-Uni dans un service de case management. L'échantillon était composé de 17 case managers et de 13 clients atteints en majorité de troubles psychotiques. Les entrevues structurées furent conduites par les chercheurs afin de prendre en compte autant le point de vue de la personne que de son infirmière.

Après analyse des entrevues, quatre principes de travail semblent ressortir afin de construire une alliance thérapeutique avec les personnes atteintes de troubles mentaux graves : 1) avoir des attentes réalistes envers la clientèle et ainsi tenter d'éviter les frustrations qui pourraient nuire à l'alliance thérapeutique; 2) avoir une perspective à long terme où la persévérance est de mise; 3) avoir une compréhension empathique et positive de la personne où celle-ci pourra exprimer ses besoins à l'infirmière qui orientera ses interventions en ce sens tout au long du processus thérapeutique; 4) avoir une approche flexible centrée sur la personne où l'infirmière se montre disponible et à l'écoute de la personne.

Les auteurs font aussi mention de six éléments spécifiques dans le processus de travail : 1) la relation de confiance est l'élément qui lie les deux parties et permet d'enclencher le processus; 2) l'engagement fait en sorte que la personne donne son accord et s'engage dans la relation avec l'infirmière; 3) l'évaluation que l'infirmière fait de la personne fait en sorte qu'elle ne porte aucun jugement mais a comme priorité la création de la relation; 4) la communication avec la personne peut parfois s'avérer difficile. L'infirmière devra être au fait des manifestations de la maladie et ainsi en tenir compte dans sa façon de communiquer avec la personne. Trop d'empressement de sa part pourrait miner l'engagement de la personne atteinte et

ainsi générer de la frustration de part et d'autre; 5) les interventions seront faites de manière non coercitive et dans un esprit de confiance; 6) L'accompagnement où la personne acceptera le soutien de l'infirmière pour, par exemple, certaines activités de la vie quotidienne ou de traitement (prise de médication). Cette étude identifie des éléments essentiels dans le travail à accomplir afin de créer une relation de confiance avec la personne. Cette condition étant considérée comme un pré-requis à l'engagement de la personne, elle est nécessairement appréciée comme une étape essentielle dans la création de l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le client.

L'alliance thérapeutique et les personnes atteintes de troubles mentaux graves

Selon nos recherches, peu d'études se sont intéressées à la qualité de l'alliance thérapeutique chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les auteurs qui se sont penchés sur la question ont surtout évalué l'impact de l'alliance thérapeutique sur le traitement de ces personnes. À cet égard, Frank et Gunderson (1990) ont mené une recherche ayant pour but d'examiner la relation entre l'alliance thérapeutique et le traitement chez des personnes atteintes de schizophrénie. L'échantillon était composé de 81 thérapeutes et de 95 personnes atteintes de schizophrénie. Chacune de ces personnes était assignée à l'un des deux groupes de psychothérapie individuelle, le premier étant le groupe de psychothérapie exploratoire centré sur la personne et le second, le groupe de psychothérapie de soutien. Le Psychotherapy Status Report (PSR) permettant d'évaluer l'alliance thérapeutique dans plusieurs formes de psychothérapies a servi d'instrument de mesure. Ces échelles sont: 1) La participation de la personne au traitement; 2) la réponse de la personne aux interventions du thérapeute; 3) la valeur accordée à la psychothérapie et l'optimisme de la personne au sujet de son potentiel; 4) le maintien soutenu de l'intérêt dans la

poursuite des objectifs de la psychothérapie: 5) la présence d'une vision réaliste de la personne en lien avec le thérapeute et de leur relation; 6) la participation affective de la personne au traitement liée à celle du thérapeute.

Les résultats indiquent qu'après un mois de suivi 14.2 % des personnes ont développé une bonne alliance avec leur thérapeute tandis que pour 51.2 % l'alliance est jugée moyenne et pour 34.6 % elle est considérée comme pauvre. Après 6 mois de suivi, il est démontré que 29.8 %, soit le double des participants, a développé une bonne alliance avec leur thérapeute. Les auteurs notent que les six premiers mois sont critiques pour le développement de l'alliance thérapeutique et que les personnes pour qui l'alliance thérapeutique se concrétise à ce moment sont moins à risque de délaisser le traitement. Les résultats indiquent également qu'il existe une corrélation entre l'alliance thérapeutique et la durée de la psychothérapie ($r=0.42$).

En ce qui concerne la médication, on observe que 26,1 % du groupe qui avait développé une bonne alliance thérapeutique à six mois de suivi ne seront pas totalement observant à la médication dans les 18 mois qui suivent. Également, 74.2 % des personnes qui présentent une alliance jugée moyenne et à 72.2 % de ceux pour qui l'alliance s'est avérée pauvre ne seront pas totalement observant à la médication dans les 18 mois qui suivent. Ces résultats permettent aux auteurs d'émettre l'hypothèse suivante : l'alliance thérapeutique a un effet sur l'observance à la médication. Pour ce qui est des résultats en lien avec le traitement, les auteurs révèlent que les personnes qui forment une bonne alliance thérapeutique dans les six premiers mois rapportent plus de gains et ce dans plus de sphères de leur traitement durant les deux années de suivi. Les chercheurs notent par exemple une réduction au niveau des symptômes positifs de la schizophrénie ($r=0.29$), une diminution du déni face à la maladie ($r=$

0.39), un meilleur fonctionnement social ($r= 0.27$), plus de satisfaction en lien avec leur intégration sociale ($r= 0.32$) et moins de perturbations dans leurs relations sociales ($r= 0.41$). Par ailleurs, les auteurs notent qu'il n'y a pas de différence significative dans les résultats de l'étude entre les deux groupes de psychothérapie. Les auteurs attribuent ce résultat au fait que ces deux formes de psychothérapie sont bien ciblées pour ce type de clientèle. Même si les résultats de cette étude sont éloquentes, le fait que seuls les thérapeutes aient complété le questionnaire et ce mensuellement au cours des deux années du déroulement de l'étude, apparaît comme une limite. Il aurait été intéressant que la clientèle fasse le même exercice.

Svensson et Hanson (1999) ont conduit une étude se déroulant en Suède qui avait comme objectifs : 1) de décrire comment les personnes, en majorité atteintes de schizophrénie, établissent une bonne alliance thérapeutique; 2) d'explorer quelles sont les caractéristiques qui influencent le niveau de l'alliance thérapeutique; et 3) d'investiguer comment l'alliance thérapeutique est un facteur qui influence le résultat du traitement. Vingt-huit personnes furent recrutées à l'unité d'hospitalisation sur une période de quatre ans. Celles-ci acceptèrent de s'engager dans un programme de psychothérapie cognitive mené par des infirmières formées à cette pratique. À chaque période de cinq semaines et ce, en moyenne une douzaine de fois, l'alliance thérapeutique fut évaluée à l'aide du PSR (Frank & Gunderson, 1990) pour les infirmières et par le Patient Collaboration Scale développé par Allen, Deering, Buskin, & Coyne (1988) qui évalue spécifiquement la collaboration entre la personne suivie et l'infirmière. Le traitement fut divisé en trois phases : la phase initiale, la phase de traitement et la phase de congé. À la première phase, les infirmières notent une bonne alliance dans 23 % des cas, l'alliance est jugée moyenne dans 65.4 % des

cas et mauvaise dans 11.5 % des cas. Pour ce qui est des perceptions des personnes suivies, les proportions respectives quant à la qualité (bonne, moyenne, mauvaise) de l'alliance thérapeutique sont de : 38.5 %, 57.7 % et 3.8 %. À la phase deux, les infirmières indiquent que l'alliance leur apparaît bonne dans 29,7 % des cas contre 57.7 % chez les personnes suivies. Dans la phase trois, les infirmières et les personnes suivies obtiennent des scores identiques : l'alliance est considérée moyenne dans 53,8 % des cas.

Les auteurs remarquent qu'il n'y a pas de changement significatif dans la perception de la qualité de l'alliance thérapeutique entre les trois phases. Cependant, ils constatent que les personnes pour qui l'alliance thérapeutique est meilleure en phase initiale obtiennent un meilleur score à l'échelle fonctionnement global (GAF). Il est à noter que ces données ne sont pas présentées explicitement dans la recherche. De plus, les auteurs relèvent que les infirmières ne voient pas de différence significative dans l'alliance thérapeutique qu'elles créent avec les personnes schizophrènes et les personnes atteintes d'une autre pathologie et ce, peu importe la phase du traitement. Les auteurs indiquent qu'il s'agit de la première étude de ce genre en lien avec la psychothérapie cognitive.

Alliance thérapeutique et suivi dans la communauté

L'étude de Gehrs et Goering (1994) visait à vérifier comment l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et la personne atteinte de schizophrénie est reliée au résultat de sa réhabilitation. La recherche se déroula durant trois mois auprès d'un échantillon de convenance de 22 dyades composées de thérapeutes en réhabilitations et personnes atteintes de schizophrénie du service de soins continus du Clarke Institute de Toronto. Au début de l'étude (T1) et trois mois plus tard (T2), les participants complétèrent les trois instruments de mesure suivants : le Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1986) ; le Modified Goal Attainment Scale (M-GAS) (Kiresuk & Sherman, 1968) qui établit pour chacun des clients les objectifs en lien avec la santé dans le but d'orienter le traitement et le Problem List (Battle, Imber, Hoehn-Saric, Stone, Nash & Frank, 1966) qui mesure la nature et l'intensité des problèmes présentés par les personnes de l'échantillon.

Les résultats indiquent une corrélation positive élevée entre les résultats rapportés par les thérapeutes et ceux des clients au WAI au T 1 ($r=0.72$) et au T 2 ($r=0.69$) ce qui suggère que les thérapeutes et les personnes de l'échantillon présentent une perception similaire de la qualité de l'alliance thérapeutique établie. Ce résultat fait dire aux auteurs que, malgré les troubles de perception que présentent parfois les personnes atteintes de maladie psychotique, cela ne semble pas, dans le cadre de la recherche, avoir affecté la congruence des résultats entre les thérapeutes et les personnes de l'échantillon. De plus, on observe une corrélation significative entre les scores des thérapeutes au WAI et au M-GAS au T 1 ($r=0.48$) et au T 2 ($r=0.67$). Pour les clients, ces corrélations sont observées seulement au T2 ($r=0.49$). Ces résultats indiquent que le niveau d'alliance thérapeutique semble influencer certains

buts de la réhabilitation de la personne. Pour ce qui est du WAI et du Problem List, les chercheurs n'observent pas de corrélation significative au T1 et T2 ($r = -0,19$) ce qui fait dire aux auteurs qu'il n'y aurait pas de relation entre l'alliance thérapeutique, la nature et l'intensité des problèmes présentés par les personnes de l'échantillon.

Cependant, seuls les questionnaires complétés par les thérapeutes ont été pris en compte pour ces résultats et les auteurs demeurent peu explicites à cet effet. L'un des constats inattendu des résultats de cette étude est que les perceptions des thérapeutes quant à l'alliance thérapeutique sont plus fortement associées aux résultats du suivi que ne le sont les perceptions des clients eux-mêmes. Les auteurs avancent plusieurs explications dont celle que les thérapeutes percevraient de façon plus positive l'alliance thérapeutique et le fait qu'elle soit liée avec le progrès en thérapie. Les auteurs rapportent que la petite taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats de l'étude à une plus grande population de personnes schizophrènes.

Neale et Rosenheck (1995) ont comparé dans leur recherche descriptive, la perception de l'alliance thérapeutique de la personne inscrite dans un programme PACT à celle son thérapeute. L'échantillon se compose de 143 personnes, tous vétérans, atteints en majorité de maladie psychotique. Ces personnes ont été recrutées dans cinq équipes PACT à Madison, Wisconsin. Elles ont par la suite été jumelées à 30 intervenants. Après deux ans de suivi, chacun des participants des deux groupes compléta le WAI. Les résultats démontrent que l'évaluation de l'alliance thérapeutique, telle que perçue par les personnes, est significativement plus forte que l'évaluation qu'en font les intervenants ($x = 197$; E.T. = 29 vs $x = 187$; E.T. = 29). Par ailleurs, les scores du WAI des deux groupes présentent une corrélation peu élevée ($r = 0,20$). Les auteurs relient cette faible congruence aux différents modes

l'instrument mais n'indiquent pas dans quel sens cela affecte les résultats. Il aurait pu être intéressant, tel que le proposent les chercheurs pour le futur, que des évaluations périodiques aux six mois et à douze mois par exemple soit faites afin de pouvoir décrire le développement ou la détérioration de l'alliance thérapeutique au fil du temps et ainsi mieux comprendre comment se tisse la relation entre la personne et l'intervenant.

L'étude de Solomon, Draine et Delaney (1995) avait comme but de comparer la force de l'alliance thérapeutique entre les personnes atteintes de troubles mentaux graves et leurs case managers. L'échantillon (n=90) fut distribué de façon aléatoire à un des deux groupes de case managers ; le premier groupe avait été des consommateurs de services psychiatriques tandis que le deuxième groupe n'avait quant à lui jamais utilisé de services psychiatriques.

Aucune différence significative n'est observée entre les personnes suivies par les deux équipes au plan des variables cliniques et sociodémographiques. Après deux années de suivi, le WAI fut complété par les personnes et les case managers. Les résultats démontrent que dans les deux groupes, les personnes et les case-managers perçoivent un niveau élevé et similaire d'alliance thérapeutique. Les scores moyens s'élèvent à 202,9 (ET=35,1) pour les personnes suivies comparativement à 200,9 (ET=28,4) pour les case-managers. Par ailleurs, et ce pour les deux groupes, on signale que plus les scores en regard de l'alliance thérapeutique sont élevés, plus les résultats sont positifs face à la qualité de vie, à la réduction des symptômes, à l'observance à la médication et à la satisfaction générale en regard du traitement. Cependant, les auteurs notent que l'hypothèse selon laquelle l'alliance thérapeutique serait plus forte entre les case-managers ayant déjà utilisé des services psychiatriques

et les personnes de l'échantillon n'est pas appuyée par les résultats de l'étude. Il apparaît tout de même important de ne pas sous-estimer la contribution spécifique du case-manager ayant déjà eu recours des services psychiatriques. Aux dires même des auteurs, de futures recherches seront nécessaires afin d'en témoigner.

Enfin, l'étude allemande de McCabe, Roder-Wanner, Hoffman et Priebe (1999) pose deux questions : 1) comment la qualité de vie et la relation thérapeutique sont-elles associées chez la personne atteinte de schizophrénie et 2) la relation thérapeutique est-elle différente avec les personnes selon qu'elles sont suivies à court (9 mois) ou à plus long terme (1,5 ans) ? Deux groupes furent retenus pour les fins de l'étude. Un premier fut recruté lors de la première hospitalisation en psychiatrie (n=90) et le deuxième (n=168) recevait des services long terme dans un hôpital de Berlin. La qualité de vie fut mesurée à l'aide de la version allemande du Lancaster Quality of Life Profile développé par Oliver (1991), permettant d'évaluer neuf domaines de la satisfaction de la vie en général. Le Helping Alliance Scale de Priebe & Gruyters (1993) fut retenu afin d'évaluer la relation thérapeutique. Cet instrument pose trois questions centrées sur la satisfaction face au traitement et à l'attitude du thérapeute. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait à la qualité de vie. Chez les personnes admises pour une première fois, les auteurs ne relèvent pas de corrélation significative entre la relation thérapeutique et la qualité de vie ($p > 0,01$) et ce, quel que soit le moment de l'évaluation. Par contre, pour les personnes ayant un suivi à plus long terme, les chercheurs notent que non seulement la corrélation est positive entre la relation thérapeutique et des aspects de la qualité de vie comme la satisfaction face aux amis et à la vie en général mais que cette relation est plus élevée après 1,5 années de suivi

qu'à l'évaluation initiale ($p < 0.001$). En conclusion, les auteurs avancent que la relation thérapeutique se développe comme n'importe quelle relation au courant d'une vie. Ainsi, plusieurs facteurs peuvent perturber sa progression. À notre avis, bien qu'elle soit très pertinente, cette étude fournit toutefois peu d'indications sur le type de suivi et les facteurs liés au développement de l'alliance thérapeutique.

En résumé, dans cette recension des écrits, seule l'étude de Gehrs et Goering (1994) a étudié la relation entre l'alliance thérapeutique et le suivi dans la communauté. Les résultats de cette étude démontrent que l'alliance thérapeutique est reliée aux résultats de la réhabilitation de la personne inscrite dans un programme de suivi dans la communauté.

Dans l'ensemble, cette recension des écrits a permis de constater que certains auteurs se sont intéressés à différents aspects de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves, des caractéristiques de l'intervention dans les programmes de suivi dans la communauté et du concept d'alliance thérapeutique et de son influence sur les approches thérapeutiques utilisées auprès de la clientèle atteinte de troubles mentaux graves. Bien que plusieurs recherches démontrent que la clientèle des programmes de suivi dans la communauté valorise la qualité du lien avec son intervenant bien au-delà des aspects structureaux des programmes (Gehrs & Goering, 1994 ; Neale & Rosenheck, 1995 ; Solomon & Draine, 1994), très peu d'études, à notre connaissance, se sont intéressées à l'alliance thérapeutique établie entre l'infirmière et la personne inscrite dans un programme de suivi dans la communauté et à son influence possible sur la qualité de vie de ces personnes. La présente étude tentera d'apporter quelques éléments de réponse avec questions suivantes :

Questions de recherche

- 1) Y a-t-il un changement dans la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu après un an de suivi ?
- 2) Y a-t-il un changement dans l'alliance thérapeutique des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu après un an de suivi ?
- 3) Existe-t-il une relation entre l'intensité de l'intervention et les changements dans la qualité de vie pour les personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu ?
- 4) Existe-t-il une relation entre les types et les sphères d'intervention et les changements dans la qualité de vie pour les personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu?
- 5) Existe-t-il une relation entre la qualité de l'alliance thérapeutique au T1 et au T2 et les changements dans la qualité de vie pour les personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu?

CHAPITRE 3
LA MÉTHODE

Ce chapitre présente le devis de recherche, le contexte de réalisation de la présente étude, la description des milieux, l'échantillon et les critères de sélection retenus, la présentation des variables et des outils de mesure utilisés, le déroulement de l'étude, les étapes et le plan d'analyse des données, les considérations éthiques et les limites de l'étude.

Devis de recherche

La présente recherche réalisée auprès de personnes présentant des troubles mentaux graves utilise un devis prospectif et corrélatif dans le but de vérifier si les changements dans la qualité de vie de ces personnes, après une année de suivi, sont en relation avec les caractéristiques de l'intervention quotidienne de l'infirmière et les changements dans l'évolution de l'alliance thérapeutique infirmière-client. La figure 3 présente une illustration des relations des variables de l'étude.

Contexte de la réalisation de la présente étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre de deux projets d'implantation de programmes de Suivi intensif dans le milieu, l'un en région urbaine et l'autre en contexte semi rural. Ils visent l'évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu ainsi que leur comparaison. Ces projets, présentement en cours, sont réalisés par Ricard, Lesage, Reinharz, Lauzon et Leclerc (1999) du Centre de recherche Fernand Seguin affilié au Centre hospitalier Louis-H Lafontaine. Afin de réaliser la présente étude, nous avons recueilli nos données auprès de deux équipes de Suivi intensif dans le milieu : celle du CH de Granby dirigée par Claude Leclerc et

celle du CH Louis-H Lafontaine dirigée par Nicole Ricard. Les données de ces deux sites seront utilisées afin d'obtenir un échantillon suffisant.

Figure 3

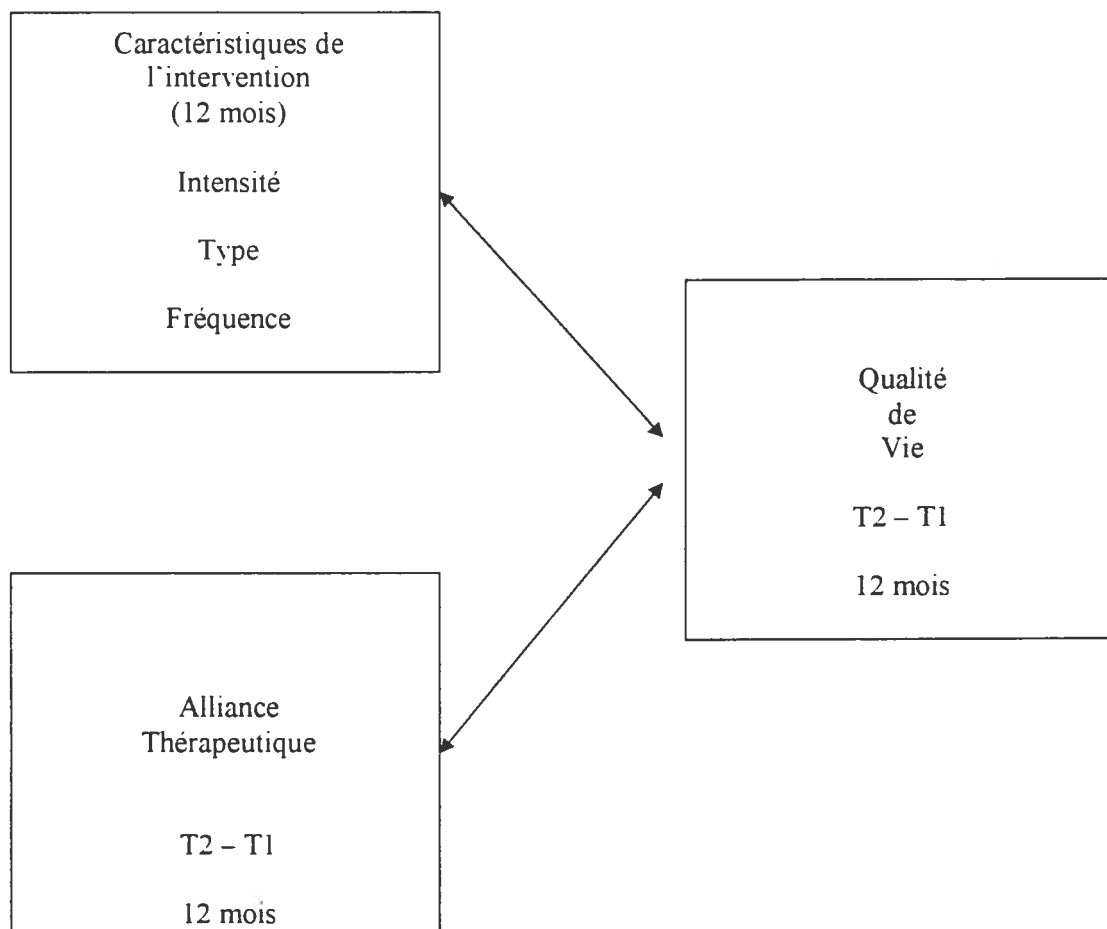


Figure 3. Relation entre les caractéristiques de l'intervention, l'alliance thérapeutique et la qualité de vie.

(Charbonneau, N., Ricard N., 2002)

Description des milieux et des programmes SIM

Le Centre hospitalier de Granby est un centre de soins généraux sous-régional situé en région semi rurale. C'est un établissement offrant des services non spécialisés de courte et de longue durée à un bassin de population de 100,000 habitants. Son département de psychiatrie dispense des services de courte durée à une population de 130,000 habitants. Il comprend une unité d'hospitalisation de 18 lits et de nombreux services ambulatoires répartis dans la communauté : clinique externe adulte, clinique externe de pédopsychiatrie, hôpital de jour, équipes conjointes CH-CLSC et équipe de suivi intensif dans le milieu. Des équipes multidisciplinaires sont constituées de psychiatres, omnipraticien, infirmières, psychologues, psycho-éducateurs, éducateurs, travailleurs sociaux, orthopédagogue et ergothérapeute et offrent toute une gamme de services psychiatriques à une clientèle de tous âges présentant des troubles mentaux.

Le Centre hospitalier Louis-H Lafontaine est un centre régional spécialisé en psychiatrie situé dans l'Est de Montréal et offrant des services à une population d'environ 340,000 habitants. L'établissement propose toute une gamme de services tels des services hospitaliers et des services ambulatoires répartis dans 10 cliniques externes. Composées de psychiatres, d'infirmières, de psychologues, d'éducateurs, de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes. Ces équipes multidisciplinaires dispensent des services psychiatriques à une clientèle âgée de plus de 18 ans aux prises avec divers troubles mentaux.

Le SIM du Centre hospitalier de Granby dessert présentement 70 personnes toutes atteintes de troubles mentaux graves et réfractaires. L'équipe est composée de neuf intervenants : infirmières, éducateurs et psycho-éducateurs. Le ratio intervenant client est de 8 à 10 clients. Le programme SIM a été implanté en mai 1999.

S'inspirant des valeurs et principes de la réadaptation psychosociale, la philosophie du programme puise ses assises dans le modèle PACT de Madison au Wisconsin. Il s'agit d'une équipe distincte qui a pour but d'offrir à la personne atteinte de trouble mental grave et réfractaire, une approche appropriée et adaptée ainsi que le soutien nécessaire afin de favoriser son intégration et son maintien dans le milieu de vie de son choix où elle pourra exercer un rôle social valorisant. Ces services sont offerts en continuité avec les différents services du CH de Granby et avec les autres ressources institutionnelles et communautaires du secteur. Les objectifs et fonctions du SIM sont décrits à l'appendice A dans le document du CH de Granby (Gilbert, Charbonneau, Charland, & Delorme, 1998)

Au centre hospitalier Louis-H Lafontaine, le ratio est de 8 à 12 clients où le SIM s'inspire à la fois des principes du PACT et du case-management clinique. Trente intervenants assurent les services auprès de 300 personnes et sont intégrés dans les équipes multidisciplinaires des cliniques de secteur ou des cliniques externes du CH Louis-H Lafontaine. Les interventions sont individualisées afin de répondre aux besoins de la personne et sont faites majoritairement dans son milieu de vie. Les intervenants apportent leur soutien dans les différentes sphères de la vie afin d'aider ces personnes à accéder aux différents services dont elles ont besoin pour se maintenir dans la communauté. Ces services sont offerts en continuité avec les différents services du CH Louis-H. Lafontaine et avec les autres ressources institutionnelles et communautaires du secteur. Les objectifs et fonctions du SIM sont décrits à l'appendice B dans le document du CH Louis-H Lafontaine (Ally, Benoit, Desjardins, Lesage, Luyet, & Morrissette, 1998).

Les intervenants de ces deux équipes orientent le suivi de ces personnes vers le traitement, la réadaptation et le soutien dans la communauté. Les interventions, autant le type que la fréquence, sont adaptées aux besoins de la personne et sont dispensés in-vivo afin de favoriser le maintien dans la communauté et une meilleure qualité de vie. Le SIM travaille en collaboration avec les différents services des départements de psychiatrie et les autres ressources, tant institutionnelles que communautaires, pouvant apporter une réponse complémentaire aux besoins exprimés par la personne. En faits, une équipe SIM poursuit trois fonctions essentielles qui sont toutes inter reliées : 1) le traitement qui vise à contrôler les symptômes. Il inclut la pharmacothérapie, la thérapie de soutien, l'intervention de crise, l'hospitalisation, des psychothérapies spécifiques et le traitement pour l'alcoolisme et la toxicomanie; 2) la réadaptation qui vise à diminuer les effets des symptômes sur le fonctionnement du client et à augmenter ses capacités dans différents domaines comme le travail, les activités de la vie quotidienne et les relations interpersonnelles; 3) le soutien qui comprend la représentation, l'accompagnement, l'aide à la résolution de problèmes, la représentation légale, l'aide pour l'accès à des services de santé physique et dentaire, etc. Les objectifs du suivi intensif en équipe visent à aider le client à atteindre ses propres buts, à se sentir mieux et à vivre dans un endroit qui lui plaît. Le suivi intensif veut aussi favoriser la stabilisation du client et faciliter son intégration dans la communauté. (AHQ, 2000).

Échantillon et critères de sélection

Un échantillon non probabiliste d'infirmières et de clients est utilisé pour la présente étude. Toutes les infirmières au CH Louis-H Lafontaine (n=14) et au CH de Granby (n=3) faisant partie des deux projets d'implantation et ayant accepté de participer à l'étude forment l'échantillon d'infirmières. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des infirmières. Celles-ci sont majoritairement de sexe féminin (76.5%). Leur moyenne d'âge est de 47.24 ans. Près de la moitié de l'échantillon se situe entre 46 et 55 ans. Leur nombre d'années d'expérience moyen en psychiatrie est de 19.29 années. Toutes ont plus de 10 ans d'expérience en psychiatrie. Près de la moitié de l'échantillon cumule plus de 20 ans d'expérience en psychiatrie. En ce qui a trait au niveau de scolarité, près de la moitié de l'échantillon a complété un certificat de premier cycle tandis que près du tiers a terminé un premier (17.6%) ou un deuxième cycle (11.8%).

Tableau I

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières (n=17)

Variabes sociodémographiques	n	%
Sexe		
Féminin	13	76,5
Masculin	4	23,5
Catégorie d'âge		
34-40 ans	2	11,8
41-45 ans	6	35,3
46-50 ans	4	23,5
51-55 ans	4	23,6
56 ans et +	1	5,9
Années d'expérience en psychiatrie		
12-15 ans	4	23,5
16-20 ans	5	29,5
21-25 ans	7	41,2
25 ans et +	1	5,9
Niveau de scolarité complété		
Collégiale	4	23,5
Certificat 1 ^{er} cycle	8	47,1
Premier cycle	3	17,6
Deuxième cycle	2	11,8

Les personnes suivies par ces infirmières forment l'échantillon de clients (n=58). Ces personnes doivent répondre aux critères suivants :

Critères d'inclusion :

- 1) Avoir été diagnostiqué comme étant atteint de schizophrénie
- 2) être inscrit dans un des deux programmes de suivi intensif depuis au moins trois mois
- 3) accepter de participer à l'étude

Critère d'exclusion :

- 1) Avoir été diagnostiqué comme étant atteint d'une maladie dégénérative ou physique à caractère chronique et qui pourrait influencer la qualité de vie.

Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des clients. Les deux tiers de l'échantillon sont de sexe féminin (63,8%) et ont moins de 50 ans. Il est noté que 81% de l'échantillon est de race blanche et 94,8% parle français. En ce qui a trait au nombre d'années de scolarité, la moyenne pour le groupe est de 10,71 années. On observe cependant une certaine disparité entre les groupes. L'âge à la première consultation psychiatrique se situe entre 20 et 29 ans pour 41,5% des personnes. L'âge à la première hospitalisation psychiatrique se situe entre 20 et 29 ans pour la majorité de l'échantillon (36,7%).

Tableau II

Caractéristiques sociodémographiques des clients (N=58)

Variables sociodémographiques	n	%
<i>Sexe</i>		
Féminin	37	63,8
Masculin	21	36,2
<i>Catégorie d'âge</i>		
22-39 ans	22	37,9
40-49 ans	17	29,3
50-59 ans	11	19,0
65 ans et +	8	13,8
<i>Race</i>		
Blanche	47	81,0
Noire	9	15,5
Latine	1	1,7
Autre	1	1,7
<i>Langue usuelle</i>		
Français	55	94,8
Anglais	1	1,7
Autres	2	3,4
<i>Niveau de scolarité</i>		
Primaire non complété	3	5,5
Primaire complété sans études secondaires	4	7,3
Primaire complété avec études secondaires	20	36,4
Secondaire complété	7	12,7
Études collégiales non complété	21	38,2
<i>Catégories d'âge à la première consultation psychiatrique</i>		
5-19 ans	15	28,3
20-29 ans	22	41,5
30-39 ans	9	17,0
40 ans et +	7	13,2
<i>Catégorie d'âge à la première hospitalisation psychiatrique</i>		
5-19 ans	13	26,5
20-29 ans	18	36,7
30-39 ans	10	20,4
40 ans et +	8	16,3

Présentation des variables

La qualité de vie :

La qualité de vie est un concept complexe comportant des données objectives (le fonctionnement de la personne) et des données subjectives (le bien-être éprouvé par la personne) (Postrado & Lehman, 1995). Becker (1993) définit la qualité de vie comme un sentiment de bien-être qui se manifeste par de la satisfaction ou de l'insatisfaction dans les sphères de la vie qui sont importantes pour la personne. Dans cette étude, elle est mesurée par l'instrument le Questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin (Becker, Diamond & Sainfort, 1993)

L'alliance thérapeutique :

Selon Bordin (1979), l'alliance thérapeutique est un concept regroupant trois composantes : l'harmonie, la collaboration et l'interdépendance entre le thérapeute et le patient. Cet auteur précise qu'en présence d'alliance thérapeutique, le patient et le thérapeute sont en accord sur : les buts de la relation ; les tâches à accomplir ; les liens à développer. L'alliance thérapeutique est mesurée par le Questionnaire d'Alliance thérapeutique client et intervenant (Horvath & Greenberg 1986)

Les caractéristiques de l'intervention :

Les caractéristiques de l'intervention décrivent l'essence même du travail des intervenants des équipes SIM et regroupent trois volets : l'intensité de l'intervention (durée et fréquence) ; le type d'intervention (la représentation, le faire avec, la discussion, l'intervention de crise et la gestion clinique) ; les sphères d'intervention (les symptômes, la santé physique, la médication, le budget, etc). Elles sont mesurées par le Relevé quotidien de contact (Gélinas & Dion 1999).

Instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés pour la présente étude comportent trois questionnaires qui seront décrits dans le texte suivant. Un questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques des clients est également utilisé.

Le questionnaire sur les données socio-démographiques du client

Ce questionnaire (voir appendice C) est rempli par l'infirmière à propos du client. Il comporte huit items dont :

- 1) Les informations de base : la date de naissance, le sexe, la date d'entrée au SIM, le numéro d'assurance maladie, la langue usuelle, l'origine ethnique, le pays de naissance, les années de scolarité complétées et le nombre d'enfants.
- 2) L'histoire de la condition psychiatrique : à l'entrée au SIM et au moment de l'entrevue.
- 3) L'assiduité à la médication : à l'entrée au SIM et au moment de l'entrevue.
- 4) De questions pour les clients qui étaient au programme de soutien au logement au moment d'entrer au SIM.
- 5) L'état de santé général : à l'entrée du SIM et au moment de l'entrevue

Le questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin: The Quality of Life for Mental Health (QLI-MH) (Becker, Diamond & Sainfort, 1993)

Version originale anglaise. Cet instrument a été développé par Becker, Diamond et Sainfort (1993) (voir appendice D). Becker et al. définissent la qualité de vie comme un sentiment de bien-être qui se manifeste par de la satisfaction ou de l'insatisfaction dans les sphères de la vie qui sont importantes pour la personne. Ces

vie comme une construction complexe et multidimensionnelles incluant des composantes objectives et subjectives.

Propriétés psychométriques de la version originale anglaise :

Fidélité. Cet instrument démontre de la stabilité lors d'analyses test-retest faites pour chacun des neuf domaines visés par le questionnaire. Ces analyses ont été effectuées auprès d'un échantillon de 10 personnes atteintes de schizophrénie et de leurs intervenants (Becker et al., 1993) à deux moments, à des intervalles variant entre trois à 10 jours. Les résultats des corrélations au test-retest sont les suivants : 1) niveau de satisfaction : 0,83 ; 2) activités occupationnelles : 0,87 ; 3) bien-être psychologique : 0,82 ; 4) santé physique : 0,86 ; 5) relations sociales : 0,82 ; 6) finances : 0,85 ; 7) activités de la vie quotidienne : 0,82 ; 8) symptômes : 0,86 ; 9) buts : 0,85. Ces résultats démontrent la stabilité de l'instrument dans le temps. On souligne aussi un assez bon accord entre la perception des clients et des intervenants.

Validité. Afin de vérifier la validité de contenu, les auteurs ont utilisé plusieurs échelles déjà existantes telles le Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), le Affect Balance Scale (ABS), le Life Skills Profile (LSP), le QL-Index Uniscale et le International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS). Selon les auteurs, le niveau de validité de contenu est satisfaisant même s'ils précisent qu'il est difficile de déterminer l'ampleur spécifique de cette validité.

La validité de critère réfère au degré de correspondance entre la mesure et la variable de critère. Afin d'établir la validité de critère, les auteurs ont tenu compte de la perspective clients (n=37) et celle de l'intervenant (n=37). En ce qui concerne la perspective client, la corrélation entre le QLI-MH (Becker et al., 1993) et le QL-Index (Spitzer, Dobson & Hall, 1981) s'élève à 0,90. Du point de vue des intervenants, la

corrélation entre le QLI-MH et l'échelle unique de Spitzer est de 0.79 ce qui démontre dans les deux cas une validité de critère élevée.

Selon les auteurs, dans le contexte de la qualité de vie, la validité de construit n'est pas facile à établir. Pour ce faire, les auteurs disent se baser sur les recherches antérieures et sur l'expérience clinique et théorique. Les résultats démontrent une faible corrélation (0.33) entre les symptômes psychiatriques et les activités de la vie quotidienne. De plus, les auteurs notent une corrélation variant de faible à relativement forte entre les différents domaines de vie (0,07 à 0,69. Enfin, il est à noter que les auteurs ne présentent aucune donnée sur la consistance interne de l'instrument.

Présentation de l'instrument utilisé

Le questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin complété par le client, comprend huit échelles qui sont présentées ci-dessous :

- 1) l'échelle de satisfaction face aux domaine de vie (10 questions) ; choix de réponses en 7 points variant de « très insatisfait (-3) à très satisfait (3) ».
- 2) L'échelle de symptômes et attitudes (3 questions) : choix de réponses en 3 à 5 points selon les questions variant de « pas du tout ou jamais (3) à beaucoup ou constamment (-3) ».
- 3) L'échelle de santé physique (4 questions) : choix de réponses en 5 à 7 points selon les questions variant de « mauvaise ou très insatisfait (-3) à excellent ou très satisfait (3) ».
- 4) L'échelle de satisfaction face aux relations sociales (5 questions) : choix de réponses en 7 points variant de « très insatisfait (-3) à très satisfait (3) ».

- 5) L'échelle de satisfaction face aux finances (3 questions) ; choix de réponses en 4 à 7 points selon les questions variant de « très insatisfaisant ou presque toujours (1) à très satisfait ou jamais (-3) ».
- 6) L'échelle de niveau d'activités et d'occupations(6 questions) ; choix de réponses en 2 points variant de « oui (1) à non (0) ».
- 7) L'échelle de détresse psychologique (5 questions) ; choix de réponses en 2points variant de « oui (-3) à non (0) ».
- 8) L'échelle de bien-être psychologique (5 questions) ; choix de réponses en 2 points variant de « oui (3) non (0) ».

Traduction et validation de la version française

La traduction française de l'outil a été effectuée par rétro traduction et validée auprès d'un comité d'experts et d'usagers. La validation française du QLI-MH a été réalisée par Diaz, Mercier, Hachey, Boyer et Caron (1999) du centre de recherche du CH Douglas. Les données ont été recueillies auprès d'un échantillon de 183 personnes atteintes de schizophrénie ou de maladie schizo-affective..

La validité de contenu a été démontrée à l'aide de corrélations avec le Spitzer QOL Index ($r= 0,72$ et $r= 0,52$). La consistance interne obtenue s'élève à 0,70 pour le score global et varie de 0,56 à 0,88 pour les différents domaines de vie.

Les auteurs notent que la multidimensionnalité de l'échelle et les relations entre les composantes du construit sont démontrées par des corrélations plus élevées entre les domaines et le score global.

Pour le moment, les données quant à la sensibilité et la spécificité de l'instrument de la validation française ne sont pas disponibles.

*Le questionnaire d'Alliance thérapeutique : The Working Alliance Inventory(WAI)
(Horvath & Greenberg, 1989)*

Version originale anglaise. Ce questionnaire a été développé par Horvath et Greenberg (1989) (voir appendice E). Il est basé sur le concept d'alliance thérapeutique de Bordin (1979) pour qui l'harmonie, la collaboration et l'interdépendance entre le thérapeute et son client sont des composantes essentielles de ce concept. Les auteurs proposent un questionnaire auto administré comprenant 36 questions et constitué de trois sous échelles (12 questions par échelles) celles-ci correspondant aux trois composantes du modèle : les buts, les tâches et les liens. Ce questionnaire est conçu en version client et intervenant et tous les items inclus sont similaires pour les deux versions. Pour chacune des questions, les réponses, tant pour la version client que pour la version intervenant varient en sept points sur une échelle de Likert allant de jamais à toujours.

Propriétés psychométriques

Après avoir procédé à trois études de validation de l'instrument, les auteurs notent de bonnes propriétés psychométriques notamment au niveau de sa fidélité (alpha de Cronbach, 0,93) et de sa validité de convergence, discriminante et prédictive ($p < 0,05$). Les auteurs soulignent par ailleurs un doute face aux caractères distincts des sous-échelles en raison de fortes corrélations entre elles. Ces corrélations ne sont pas disponibles dans le texte. Il faut toutefois souligner que ces études de validation ont été réalisées auprès de clientèles présentant des problèmes de nature névrotique.

Traduction et validation de la version française

La traduction française du WAI-F des versions intervenant et client a été réalisée par l'équipe de chercheurs du centre de recherche Fernand Seguin du CH Louis-H Lafontaine qui évalue présentement les programmes SIM. Cette première version a été soumise à des intervenants SIM afin d'évaluer leur compréhension et la formulation de chacun des items. Suite à cette étape, le WAI-F a été exposé au groupe pour discussion. Les intervenants en arrivèrent à un consensus sur la formulation la plus appropriée pour chacun des 36 items.

La validation française du WAI a été réalisée par Corbière, Bisson, Lauzon et Ricard (2001) à l'aide d'un échantillon de 150 clients et 30 intervenants participant à cette étude. La consistance interne de l'outil a été démontrée pour la dimension globale de l'alliance et pour les trois sous échelles (buts, tâches et liens). Les alpha de Cronbach obtenus pour les différentes échelles sont les suivants : pour l'échelle globale 0,88 pour les clients et de 0,93 pour les intervenants. Pour les trois sous échelles, les alphas varient entre 0,64 et 0,93 pour les versions clients et intervenants. La corrélation entre les trois sous échelles varie de 0,71 à 0,76 ($p < 0,01$) pour les clients et entre 0,78 et 0,86 ($p < 0,01$) pour les clients. Les auteurs rapportent que la corrélation entre les sous échelles et l'échelle globale est trop élevée pour que les échelles puissent être considérées comme distinctes suite à des analyses factorielles confirmatoires. Les auteurs proposent alors un modèle d'alliance à un seul facteur général avec une version brève à 12 items où chacune des trois échelles initiales est constituée de quatre items. Ce modèle s'applique tout aussi bien à la version client qu'à la version intervenant et rejoint le concept général d'alliance thérapeutique. C'est cette version brève qui a été retenue pour la présente étude. (Appendice E et F)

Le relevé quotidien de contact (RQC) (Gélinas & Dion, 1999)

Le RQC (voir appendice F) a été développé à partir d'une première grille utilisée dans les travaux de Breeke et Test (1987) par Gélinas et Dion (1999) dans le cadre du projet de recherche de Ricard et al., sur les équipes SIM. Les intervenants de l'équipe SIM du CH Louis-H Lafontaine ont aussi participé à l'adaptation et à l'expérimentation de la grille. Le relevé quotidien de contact a comme fonction de décrire le travail des intervenants des équipes SIM. Le RQC permet de mesurer la nature et la durée de l'intervention faite par l'intervenant auprès des personnes inscrites au programme SIM.

Le relevé quotidien de contact est présenté sous forme de fiche où l'on retrouve le numéro de dossier du client, le matricule de l'intervenant et la date du contact. Chaque fiche comprend les initiales du client, la durée du contact, le type de contact (en personne ou par téléphone), le quart de travail (jour, soir, nuit), avec qui le contact a été fait (client, citoyen, intervenant, équipe ou famille), l'endroit où le contact a eu lieu (résidence, communauté, service, clinique et hôpital), les types d'intervention (représenter, faire avec, discuter et intervention de crise) et les sphères d'intervention dans lesquelles la personne inscrite dans une équipe SIM peut requérir les services de l'intervenant (les symptômes, la santé physique, la médication, le budget, les activités de la vie quotidienne, le logement, le travail et l'école, les loisirs, les relations, la justice et la toxicomanie).

Afin d'assurer une compréhension commune et une utilisation uniforme du relevé quotidien de contact, les auteurs ont rédigé un manuel d'instruction et de définition de termes qui a pour objectif de faciliter la compréhension des utilisateurs. De plus, trois sessions de formation de trois heures chacune ont été données aux

intervenants par des assistants de recherche du projet SIM. Cette formation était complétée par des exercices basés sur des situations cliniques où les intervenants devaient compléter le RQC en justifiant leur choix. On voulait ainsi évaluer la cohérence entre la situation clinique et la façon de compléter la grille.

Des analyses factorielles ont été faites afin d'identifier les dimensions sous-jacentes aux multiples variables du RQC qui ont servi à extraire les indicateurs qui sont les plus susceptibles de devenir des éléments clés dans le suivi des clients. Comme on veut comprendre la relation entre le suivi et les retombées du programme SIM sur la clientèle, il est important de s'assurer que le RQC mesure la même chose et que les dimensions choisies sont le plus significatives possible.

L'intervenant complète un RQC pour chaque contact de plus de 10 minutes effectué en personne ou par téléphone auprès du client ou de d'autres personnes concernées par le suivi de ce dernier.

Propriétés psychométriques

Le relevé quotidien de contact a été pré testé afin de vérifier si les intervenants avaient une façon homogène de coter les interventions quotidiennes qu'ils effectuaient. Après une année d'utilisation, les auteurs ont procédé à une évaluation systématique de la grille, ce qui les conduit à dire que, selon les résultats, le RQC est un outil valide. Le taux d'accord inter juges et entre les juges et les critères sont estimés à 90 % (Bisson, communication personnelle 2001).

Déroulement de l'étude

La présente recherche s'est déroulée en deux phases qui correspondent au déroulement des deux études évaluatives menées dans les deux sites respectifs. Au

CH Louis-H Lafontaine, la recherche après avoir été présentée et acceptée au comité d'éthique s'est poursuivie, pour le T1, du mois d'octobre 1999 au mois de mars 2000 et pour le T2 du mois d'octobre 2000 au mois de décembre 2001. On dénombre 252 personnes qui ont accepté de participer à l'étude globale du CH Louis-H Lafontaine. De ce nombre, 49 personnes correspondaient aux critères de la présente étude et ont tous accepté d'y participer. Au CH de Granby, la recherche après avoir été présentée et acceptée par le Directeur des services professionnels, s'est déroulée pour le T1, du mois de janvier 2000 au mois de novembre 2001 et pour le T2 du mois de mars 2001 au mois de novembre 2002. La méthode de collecte de données pour le CH de Granby n'a pas permis d'estimer le taux de refus des participants.

Pour les deux sites le déroulement de la collecte de données s'est effectué de la même façon. Les données concernant les caractéristiques de l'intervention ont été collectées quotidiennement par les infirmières à chaque contact d'une durée supérieure à dix minutes avec leur client et cette collecte s'est poursuivie entre les deux temps de mesure. Également, pour chaque patient suivi, l'infirmière répondait au questionnaire d'alliance thérapeutique au T1 et au T2. Les infirmières des deux sites ont procédé au recrutement des participants répondant aux critères énoncés plus haut. Elles ont expliqué à chacune de ces personnes le but et les différentes étapes du projet de recherche. Ainsi, la personne recevait l'information nécessaire afin de donner son consentement libre et éclairé. Lorsque la personne acceptait de participer, elle signait un formulaire de consentement. Par la suite, les données socio-démographiques, les questionnaires d'alliance thérapeutique et de qualité de vie étaient complétés par le participant et l'infirmière offrait son soutien au besoin, pour répondre aux questions du participant. Les questionnaires ont tous été complétés dans le milieu de vie de la

personne. La durée moyenne requise pour l'administration des questionnaires concernant l'alliance thérapeutique et la qualité de vie était de 90 minutes (Granby).

Étapes et plan de l'analyse des données

Les données des questionnaires QLI-MH et WAI-F de même que les RQC ont été saisies sur ordinateur à l'aide du logiciel Excel. Les données ont été dans un deuxième temps transférées sur le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Les données ont été vérifiées et nettoyées. L'analyse statistique a été réalisée avec SPSS. L'analyse de données, dans un premier temps, comprend le calcul des scores des différentes échelles, des calculs de tendance centrale (moyennes) et de dispersion (écart-type). En second lieu des statistiques inférentielles sont utilisées (mesures de changement, tests de t et corrélations simples de Pearson).

Considérations éthiques

Le projet de recherche a été accepté par le comité d'éthique à la recherche du CH Louis-H Lafontaine. Le comité d'éthique du CH de Granby n'étant pas en fonction, le projet de recherche a été accepté par le Directeur des services professionnels de l'établissement. Chaque participant a signé un formulaire de consentement après avoir reçu les explications nécessaires à la bonne compréhension et au déroulement du projet afin de pouvoir faire un choix libre et éclairé. Les participants ont été informés qu'ils pouvaient se retirer du projet en tout temps sans que cela n'affecte les services qu'ils recevaient du SIM. Afin de préserver l'identité des personnes et la confidentialité des données, les participants ont été identifiés par un numéro et les questionnaires sont rangés dans un endroit sécuritaire sous clé.

CHAPITRE 4
LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats des analyses qui ont permis de répondre aux questions de recherche et comporte trois sections. La première partie porte sur les résultats descriptifs des différentes variables de la qualité de vie et alliance thérapeutique et concerne les deux premières questions de recherche quant aux changements dans ces variables après une année de suivi dans la communauté. La deuxième partie présente les caractéristiques des interventions infirmières. Finalement, afin de répondre aux questions trois, quatre et cinq, la dernière partie de ce chapitre traite des relations entre les différentes variables à l'étude entre les caractéristiques de l'intervention infirmière, l'alliance thérapeutique et la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans la communauté.

Changements dans la qualité de vie et l'alliance thérapeutique des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans la communauté

Les résultats des quatre premières échelles du Tableau III au T1 indiquent des scores modérément élevés variant de 1.31 à 1.68 suggérant chez les répondants un niveau modéré de « bien-être psychologique », une satisfaction moyenne face aux « domaines de vie », relativement peu de « symptômes » et une satisfaction modérée face aux « relations sociales ». Dans les autres dimensions, on note un niveau de fonctionnement plutôt faible dans les « activités et occupations », peu de satisfaction face aux « finances » et une perception plutôt négative de leur « santé physique ». En dernier lieu, on observe un niveau modéré de « détresse psychologique ». Comme l'indiquent les résultats obtenus aux tests de t, les scores demeurent relativement les mêmes au T2 et il n'y a pas de différences significative dans la majorité des dimensions de la qualité de vie. Cependant, on remarque des changements

significatifs au niveau de la « détresse psychologique » ($t=-2,38$; $p=0,02$) qui diminue légèrement du T1 au T2 et du « bien-être psychologique » ($t=1,86$; $p=0,07$) qui diminue légèrement entre les deux temps de mesure. On remarque que cette baisse se retrouve à la limite du seuil de signification.

Tableau III
Scores moyens, écarts-types et Tests de t obtenus au questionnaire
de Qualité de vie du Wisconsin (Becker, Diamond, & Sainfort, 1993) aux T1 et T2

DIMENSIONS	T1	T2	Étendue Théorique	t	p
Bien-être psychologique n=58	$\bar{x}=1,68$ s=0,85 Min.-Max=0-3	$\bar{x}=1,42$ s=0,76 Min.-Max=0-3	3 - 0	1,86*	0,07
Satisfaction face aux domaines de vie n=58 T2 n=58	$\bar{x}=1,35$ s=1,08 Min.-Max=1,00-3,00	$\bar{x}=1,29$ s=1,21 Min.-Max=2,75-3,00	-3 - 3	0,30	0,76
Symptômes et attitudes n=58	$\bar{x}=1,34$ s=1,42 Min.-Max=-3,00-3,00	$\bar{x}=1,63$ s=1,14 Min.-Max=-0,75-3,00	-3 - 3	-1,60	0,11
Satisfaction face aux relations sociales n=57 T2 n=58	$\bar{x}=1,31$ s=1,41 Min.-Max=-3,00-3,00	$\bar{x}=1,46$ s=1,33 Min.-Max=-2,25-3,00	-3 - 3	-0,80	0,42
Niveau d'activités et d'occupations n=58	$\bar{x}=0,80$ s=0,25 Min.-Max=0-1,00	$\bar{x}=0,79$ s=0,29 Min.-Max=0-1,00	1 - 0	0,26	0,80
Satisfaction face aux finances n=57 T2 n=58	$\bar{x}=0,66$ s=1,50 Min.-Max=-2,50-3,00	$\bar{x}=0,86$ s=1,48 Min.-Max=-3,00-3,00	-3 - 3	-0,95	0,34
Santé physique n=58	$\bar{x}=0,12$ s=1,42 Min.-Max=-3,00-3,00	$\bar{x}=0,22$ s=1,85 Min.-Max=-3,00-3,00	-3 - 3	-0,41	0,68
Détresse psychologique n=58	$\bar{x}=-1,22$ s=0,86 Min.-Max=-3,00-0	$\bar{x}=-0,96$ s=0,90 Min.-Max=-3,00-0	-3 - 3	-2,38**	0,02

* p<0,05 **p<0,01

Le tableau IV représente les valeurs obtenues pour l'alliance thérapeutique clients et infirmières aux deux temps de mesure ainsi que les résultats des Test de t. Les scores de ces échelles peuvent varier de 1 à 7 où 7 indique une perception très positive de l'alliance et 1 une perception plutôt négative. Compte tenu de l'étendue possible des échelles, les scores apparaissent élevés pour les clients (6,02) et pour les infirmières (5,80) au T1. Au T2, même si l'alliance est toujours perçue comme étant forte par les deux groupes, on note une diminution significative pour les clients ($t=-2,70$; $p=0,01$) et une augmentation significative pour les infirmières ($t=6,47$; $p=0,00$). De plus, il faut souligner que les scores de l'alliance thérapeutique au T2, tant pour les clients que pour les infirmières, obtiennent des valeurs similaires.

Tableau IV

Scores moyens, écarts-types et test de t obtenus aux questionnaires d'alliance thérapeutique clients et infirmières (Horvath, & Greenberg, 1986) aux T1 et T2

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE	T1	T2	Étendue théorique	t	p
Version client n=56	$\bar{x}=6,02$ $s=0,74$ Min.-Max=4,00-7,00	$\bar{x}=5,88$ $s=0,71$ Min.-Max=4,20-7,00	1 - 7	-2,70**	0,01
Version infirmière n=56	$\bar{x}=5,80$ $s=0,67$ Min.-Max=4,00-6,80	$\bar{x}=5,89$ $s=0,67$ Min.-Max=3,70-7,00	1 - 7	6,47**	0,00

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Caractéristiques de l'intervention infirmière dans un programme de suivi intensif dans la communauté

Le tableau V présente les valeurs relatives aux interventions infirmières pour toute la durée de l'étude. Ces données ont été obtenues suite à la compilation des grilles de relevé de contact (RQC) (Gélinas, & Dion, 1999) qui ont été complétés par les infirmières quotidiennement entre le T1 et T2. Notons que pour les 58 clients qui ont participé à cette étude d'une durée d'une année, 5080 contacts ont été relevés. Les contacts ont eu lieu « en personne » dans 78% des cas et 30% « par téléphone ». A cet effet, il faut mentionner que les catégories de contact ne sont pas exclusives puisque un contact peut débuter au téléphone et se terminer avec la personne et, pour cette raison, les pourcentages de réponses pour toutes les catégories aux RQC sont indépendants et non cumulatifs à 100%. Les contacts se sont produits auprès du « client » dans la majeure partie des cas (82%) et la presque totalité des contacts se sont déroulés dans le « milieu de vie » (in-vivo) de ce dernier (95%), que ce soit : à la « résidence du client » (58%) ou dans la « communauté » (37%). Par ailleurs, le « client » est présent dans la majeure partie des interventions (82%) mais la moitié des interventions se déroule aussi en présence d'un « tiers » (51%), soit d'un « intervenant » (22%), d'un autre « membre de l'équipe » (16%), d'un membre de la famille (12%) ou d'un citoyen (1%).

En ce qui a trait à l'intensité du suivi, la « durée moyenne d'un contact » est de 54 minutes et près de la moitié des contacts (45%) sont d'une durée de plus de 60 minutes. Près du tiers des contacts se fait « par téléphone » et leur durée moyenne est de 17 minutes. La grande majorité des contacts se fait de « jour » (95%). Très rares sont les contacts de « soir » ou de nuit (1%). Ceci peut s'expliquer par l'horaire des intervenants disponibles à

HLHL de 8h00 à 16h00 et à Granby de 8h30 à 16h30 et de 13h00 à 21h00. Cette dernière tranche d'horaire n'est considérée être de soir qu'après 20h00.

Les caractéristiques de l'intervention se rapportent à deux dimensions soit le type d'action en lien avec l'intervention et la sphère d'intervention qui s'intéresse au domaine de vie auquel se rapporte l'intervention. En ce qui concerne le type d'intervention, on remarque que le type « discuter » est fortement majoritaire avec le plus grand nombre de contacts (78%), suivi du type d'intervention « faire avec » (42%) qui rejoint près d'une intervention sur deux. Le type d'intervention « représenter » (38%) rallie une intervention sur trois tandis que le type d'intervention « gestion clinique » (18%) représente environ une intervention sur cinq. En dernier lieu, on retrouve le type « intervention de crise » (1%).

Pour ce qui est des sphères d'interventions, une grande partie de ces dernières se retrouve au plan des « AVQ » (90%), suivie des interventions en regard des « symptômes » (69%) et de la « médication » (65%) rejoignant deux interventions sur trois. Viennent ensuite les sphères « budget » (51%), « santé physique » (45%), « relations » (44%), « loisirs » (43%) et « logement » (32%). Les trois sphères où les infirmières semblent intervenir le moins fréquemment sont le « travail/école » (19%), la « toxicomanie » (9%) et la « justice » (8%).

Tableau V

Résultats descriptifs concernant les caractéristiques et les types d'intervention infirmière (n=58, RCQ= 5,080)

Nombre de clients : 58

Nombre de contacts : 5080

Types d'intervention

Gestion Clinique 18%

Type de contact	Sphères	Représenter	Faire avec	Discuter	Interv. de crise	Tous
En personne : 78%	Symptômes	18%	1%	49%	1%	69%
Par téléphone : 30%	Santé physique	11%	2%	32%	0%	45%
	Médication	14%	10%	41%	0%	65%
Durée des contacts	Budget	11%	7%	33%	0%	51%
<u>Tous les contacts</u>	AVQ	11%	31%	48%	0%	90%
Durée moyenne : 54 min/con	Logement	8%	2%	22%	0%	32%
% des contacts > 1hre : 45%	Travail/école	3%	1%	15%	0%	19%
<u>Contacts par téléphone</u>	Loisirs/social	4%	6%	33%	0%	43%
Durée moyenne : 17 min/con	Relations	9%	0%	35%	0%	44%
	Justice	3%	0%	5%	0%	8%
	Toxicomanie	2%	0%	7%	0%	9%
Quart de travail	Toutes	38%	42%	78%	1%	

Jour Soir Nuit

95% 1% 0%

Avec qui ?

Client : 82%
 Citoyen : 1%
 Intervenant : 22%
 Membre/équipe : 16%
 Famille : 12%

À quel endroit ?

In vivo : 95%
 Résidence : 58%
 Communauté : 37%
 Service : 1%
 Local / équipe : 27%
 Unité / Hôpital : 1%

Le tableau VI présente les résultats obtenus pour chacune des sphères selon les catégories de types d'intervention au RQC. Il illustre la proportion moyenne par personne de l'ensemble des catégories d'intervention au RQC pour une année. Les proportions moyennes les plus élevées concernent le type d'intervention « discuter » dans le domaine des « symptômes » ($\bar{x}=0,49$; $s=0,23$), des « AVQ » ($\bar{x}=0,48$; $s=0,26$), des « symptômes » et de la « médication » ($\bar{x}=0,41$; $s=0,21$). Également, le type d'intervention « faire avec » est le plus fréquent dans le domaine des « AVQ » ($\bar{x}=0,31$; $s=0,16$) suivi du type d'intervention « représenter » dans le domaine des « symptômes » ($\bar{x}=0,18$; $s=0,19$) et de la « médication » ($\bar{x}=0,15$; $s=0,16$). Notons que le type d'intervention qui semble le moins utilisé selon les résultats obtenus est « l'intervention de crise ». Par ailleurs, les sphères d'intervention dans lesquelles les infirmières semblent le moins intervenir sont : le « logement », le « travail », la « justice » et la « toxicomanie ».

Tableau VI

Proportions moyennes de contact par personne pour chacune des catégories d'intervention au RQC (Gélinas, & Dion, 1999) sur une période d'une année

SPHÈRES / TYPES		n	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Symptômes :	Représenter	58	0,18	0,19	0,00	0,84
	Faire avec	58	0,01	0,02	0,00	0,11
	Discuter	58	0,49	0,23	0,03	0,91
	Interv. crise	58	0,01	0,02	0,00	0,11
Santé phys. :	Représenter	58	0,11	0,14	0,00	0,73
	Faire avec	58	0,02	0,04	0,00	0,22
	Discuter	58	0,32	0,26	0,00	0,91
	Interv. crise	58	0,00	0,01	0,00	0,04
Médication :	Représenter	58	0,15	0,16	0,00	0,76
	Faire avec	58	0,10	0,18	0,00	0,86
	Discuter	58	0,41	0,21	0,03	0,89
	Interv. crise	58	0,00	0,01	0,00	0,05
Budget :	Représenter	58	0,11	0,11	0,00	0,58
	Faire avec	58	0,07	0,12	0,00	0,58
	Discuter	58	0,33	0,23	0,00	0,89
	Interv. crise	58	0,00	0,00	0,00	0,03
AVQ :	Représenter	58	0,11	0,13	0,00	0,73
	Faire avec	58	0,31	0,16	0,00	0,65
	Discuter	58	0,48	0,26	0,01	0,89
	Interv. crise	58	0,00	0,01	0,00	0,12
Logement :	Représenter	58	0,09	0,11	0,00	0,62
	Faire avec	58	0,02	0,04	0,00	0,21
	Discuter	58	0,22	0,19	0,00	0,82
	Interv. crise	58	0,00	0,00	0,00	0,02
Travail :	Représenter	58	0,03	0,07	0,00	0,44
	Faire avec	58	0,01	0,04	0,00	0,26
	Discuter	58	0,15	0,19	0,00	0,73
	Interv. crise	58	0,00	0,00	0,00	0,00
Loisirs :	Représenter	58	0,04	0,09	0,00	0,62
	Faire avec	58	0,06	0,10	0,00	0,46
	Discuter	58	0,33	0,24	0,00	0,86
	Interv. crise	58	0,00	0,00	0,00	0,00
Relations :	Représenter	58	0,09	0,12	0,00	0,67
	Faire avec	58	0,00	0,01	0,00	0,08
	Discuter	58	0,35	0,23	0,00	0,85
	Interv. crise	58	0,00	0,00	0,00	0,02

Tableau VI (suite)

Proportions moyennes de contact par personne pour chacune des catégories d'intervention au RQC (Gélinas, & Dion, 1999) sur une période d'une année

SPHÈRES / TYPES		n	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Justice:	Représenter	58	0,03	0,06	0,00	0,25
	Faire avec	58	0,00	0,01	0,00	0,04
	Discuter	58	0,05	0,12	0,00	0,67
	Interv. crise	58	0,00	0,00	0,00	0,02
Toxicomanie :	Représenter	58	0,02	0,05	0,00	0,35
	Faire avec	58	0,00	0,00	0,00	0,03
	Discuter	58	0,07	0,15	0,00	0,73
	Interv. crise	58	0,00	0,00	0,00	0,02

Relation entre l'intervention infirmière, l'alliance thérapeutique et les changements dans la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans la communauté

Relations entre les mesures de l'intervention infirmière et les variables à l'étude

Intensité de l'intervention infirmière et qualité de vie

Le tableau VII présente les résultats des corrélations obtenues entre les mesures de l'intensité de l'intervention infirmière et les changements dans les dimensions de la qualité de vie des clients suivis durant une année. L'intensité de l'intervention est mesurée en calculant le nombre de contacts par semaine, la durée moyenne de tous les contacts pour un client sur une base hebdomadaire et le pourcentage de contact en personne. Le nombre de contacts par semaine et leur durée ne sont pas reliés significativement aux changements dans les diverses dimensions de la qualité de vie. La fréquence du type de contact infirmière « en personne » est associée significativement à des changements dans la dimension de la qualité de vie suivante : « les finances » ($r=0,33$; $p=0,01$). On note aussi une tendance positive dans les dimensions du niveau d'activités et d'occupation ($r=-0,23$;

$p=0,07$) et du « bien-être psychologique » ($r=0,24$; $p=0,06$). Ainsi, plus l'infirmière intervient fréquemment « en personne » auprès du client, plus on observe chez ce dernier une augmentation de la satisfaction au plan des « finances » et du « bien-être psychologique » entre le T1 et le T2. Cependant, une fréquence plus élevée d'intervention « en personne » est associée à une augmentation de l'insatisfaction au plan du « niveau d'activités et d'occupation ».

Tableau VII

Corrélations de Pearson obtenues entre les mesures d'intensité de l'intervention et les changements au questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin (Becker, Diamond, & Sainfort, 1993) (n=58)

INTENSITÉ DE L'INTERVENTION		Domaine de vie	Symptômes Et attitudes	Santé Physique	Relations sociales	Finances	Niveau d'act. et d'occ.	Détresse psychologique	Bien-être Psychologique
Nombre de RCQ/ semaine	Corrélation	0,13	0,07	-0,06	-0,22	-0,11	-0,1	0,01	-0,05
	p	0,33	0,60	0,64	0,1	0,42	0,46	0,94	0,71
Durée/ semaine	Corrélation	0,17	0,03	-0,1	-0,14	-0,08	-0,08	-0,01	-0,01
	p	0,22	0,84	0,46	0,29	0,57	0,56	0,96	0,95
En pers.	Corrélation	-0,04	-0,10	-0,01	0,00	0,33**	-0,23*	-0,12	0,24
	p	0,76	0,43	0,93	0,99	0,01	0,07	0,35	0,06
	n	57	58	58	57	57	58	58	58

*p≤0,05

**p≤0,01

Types d'intervention infirmière et qualité de vie

Le tableau VIII présente les résultats des corrélations obtenues entre les types d'intervention au relevé quotidien de contact et les changements dans les dimensions de la qualité de vie des clients suivis durant une année. Les résultats indiquent des tendances positives à la limite du seuil de signification en lien avec deux types d'intervention soit le type « faire avec » et le type « discuter ». On observe une tendance positive entre le type « faire avec » et la dimension « finances » ($r=0,24$; $p=0,07$), le bien-être psychologique ($r=0,23$; $p=0,08$). La fréquence plus élevée des interventions du type faire avec auprès du client semble associée à une augmentation de sa satisfaction au plan des finances et du bien-être psychologique. Le type d'intervention « discuter » présente aussi une tendance positive avec la dimension « bien-être psychologique » ($r=0,24$; $p=0,07$). Ce qui semble indiquer que la fréquence des interventions infirmières du type discuter avec le client associée à une augmentation de sa satisfaction au plan du bien-être psychologique entre le T1 et le T2.

Tableau VIII

Corrélations de Pearson obtenues entre les types d'intervention infirmière (RQC) et les changements au questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin (Becker, Diamond, & Sainfort, 1993)

TYPES D'INTERVENTION	Corrélation	Domaines de vie	Symptômes et attitudes	Santé physique	Relations sociales	Finances	Niveau d'act. et d'occ.	Déresse psychologique	Bien-être psychologique
Gestion clinique		-0,14	0,08	0,14	0,14	0,06	0,02	-0,05	-0,12
	p	0,31	0,57	0,30	0,30	0,65	0,85	0,70	0,70
Représenter		0,57	0,58	0,58	0,58	0,57	0,58	0,58	0,58
	Corrélation	0,00	0,08	0,12	0,01	0,16	0,03	0,04	-0,07
Faire avec		0,97	0,55	0,38	0,94	0,25	0,83	0,77	0,60
	Corrélation	0,57	0,58	0,58	0,57	0,57	0,57	0,58	0,58
Discuter		-0,02	-0,07	-0,18	-0,07	0,24*	-0,15	-0,08	0,23*
	Corrélation	0,87	0,57	0,17	0,62	0,07	0,25	0,55	0,08
Intervention de crise		0,57	0,58	0,58	0,57	0,57	0,58	0,58	0,58
	Corrélation	0,17	0,02	-0,07	-0,09	-0,11	0,11	-0,14	0,24*
Intervention de crise		0,20	0,85	0,59	0,49	0,42	0,40	0,28	0,07
	Corrélation	0,57	0,58	0,58	0,57	0,57	0,58	0,58	0,58
Intervention de crise		-0,04	-0,07	0,06	0,15	0,01	0,01	-0,14	-0,10
	Corrélation	0,79	0,60	0,68	0,24	0,96	0,93	0,28	0,43
		0,57	0,58	0,58	0,57	0,57	0,58	0,58	0,58

*p≤0,05

**p≤0,01

Sphères d'intervention infirmière et qualité de vie

Le tableau IX présente le résultat des corrélations obtenues entre certaines caractéristiques de l'intervention infirmière sélectionnées suite à une analyse factorielle des diverses dimensions du RQC et les changements dans les dimensions de la qualité de vie. L'analyse factorielle a permis d'identifier les dimensions sous-jacentes aux multiples variables du RQC. Ceci a rendu possible l'identification des indicateurs de suivi comme prédicteurs des retombées du programme SIM sur l'évolution de la qualité de vie de la clientèle. L'analyse factorielle permet de réduire le nombre de données. Elle fournit un ensemble de données plus petit que le nombre de données de départ et vient exprimer ce qui est commun parmi les variables à l'origine. On observe des relations significatives entre huit aspects caractérisant l'intervention et cinq dimensions de la qualité de vie entre le T1 et le T2. Parmi les domaines de vie le plus fréquemment et fortement reliés aux caractéristiques de l'intervention infirmière, c'est la satisfaction face aux « finances » qui présente les corrélations les plus significatives. Ainsi la fréquence des interventions « en personne », et « faire avec » est associée positivement à une augmentation de la satisfaction face à la dimension des « finances » (r variant de 0,32 à 0,35 ; $p=0,01$). Ceci indique que la fréquence des interventions infirmière dans cette sphère est associée à une augmentation de la satisfaction du client au plan des finances entre le T1 et T2. Des tendances plus faibles sont observées entre la sphère d'intervention se rapportant aux « finances » ($r=0,23$; $p=0,08$), au « logement » ($r=0,25$; $p=0,06$) et à la « toxicomanie » ($r=0,25$; $p=0,06$). La fréquence des interventions infirmière au plan des sphères d'intervention « AVQ/faire avec » ($r= -0,24$; $p= 0,07$), des « finances » ($r= -0,31$; $p= 0,02$) et

du « travail » ($r = -0,28$; $p = 0,03$) semble associée à une diminution de la satisfaction face à la dimension symptômes et attitudes.

On observe une corrélation modérée négative avec la sphère « médication/faire avec » et la dimension du « niveau d'activité et d'occupation » ($r = -0,34$; $p = 0,01$). Ce qui voudrait dire que la fréquence élevée des interventions infirmière dans cette sphère est associée à une diminution de la satisfaction des personnes au plan de son niveau d'activité et d'occupation entre le T1 et T2. Aussi, la fréquence des interventions au plan de la sphère « en personne » semble également reliée à une diminution de la satisfaction au plan du niveau d'activité et d'occupation mais à un niveau moindre, la corrélation étant faible et à la limite du seuil de la signification généralement accepté ($r = -0,23$; $p = 0,07$).

Par la suite vient la dimension du « bien-être psychologique » qui présente des tendances modérées avec les sphères « AVQ/faire avec » ($r = 0,25$; $p = 0,05$) et la sphère « en personne » ($r = 0,24$; $p = 0,06$). Ce qui voudrait dire que la fréquence des interventions infirmière au plan de la sphère en personne et AVQ/faire avec semble être associée à une augmentation du bien-être psychologique entre le T1 et T2.

En dernier lieu, on note une tendance négative entre la dimension de la « santé physique » et la sphère d'intervention « toxicomanie » ($r = -0,23$; $p = 0,08$). Ce qui pourrait signifier que la fréquence des interventions infirmière au plan de la sphère toxicomanie semble associée à une diminution de la satisfaction de la personne au niveau de la dimension « santé physique » entre le T1 et T2.

Tableau IX

Corrélations de Pearson obtenues entre les caractéristiques de l'intervention infirmière et les changements au questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin (Becker, Diamond, & Sainfort, 1993)

SPHÈRES D'INTERVENTION		DIMENSIONS							
		Satisfac. face aux dom. de vie	Symptômes et attitudes	Santé physique	Satisf. face aux rel. soc.	Satisf. face aux finances	Niveau d'act. et d'occ.	Détresse psychologique	Bien-être psychologique
Santé physique	Corrélation	-0,06	0,15	0,03	-0,08	0,10	-0,12	0,08	0,08
	p	0,65	0,24	0,8	0,58	0,45	0,37	0,52	0,53
En personne	Corrélation	-0,04	-0,10	-0,01	-0,00	0,33*	-0,23*	-0,12	0,24*
	p	0,76	0,43	0,93	0,99	0,01	0,07	0,35	0,06
Loisir/social	Corrélation	-0,04	-0,07	-0,08	-0,11	0,03	-0,10	0,00	0,08
	p	0,74	0,58	0,56	0,40	0,80	0,45	0,98	0,56
AVQ/Faire avec	Corrélation	0,06	-0,24*	-0,16	-0,01	0,35**	-0,01	-0,11	0,25*
	p	0,63	0,07	0,23	0,92	0,01	0,95	0,40	0,05
Médication/Faire avec	Corrélation	-0,07	-0,11	-0,10	-0,11	0,07	-0,34**	0,08	0,16
	p	0,60	0,40	0,44	0,42	0,61	0,01	0,54	0,22
Budget	Corrélation	0,07	-0,31**	-0,09	-0,12	0,23*	0,01	-0,16	0,00
	p	0,56	0,02	0,48	0,38	0,08	0,95	0,21	0,98
Logement	Corrélation	-0,00	-0,00	-0,10	0,03	0,25*	0,07	-0,01	-0,11
	p	0,99	0,99	0,46	0,82	0,06	0,60	0,94	0,40
	n	57	58	58	57	57	58	58	58

Tableau IX (suite)

Corrélations de Pearson obtenues entre les caractéristiques de l'intervention infirmière et les changements au questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin (Becker, Diamond, & Sainfort, 1993)

SPHÈRES D'INTERVENTION		DIMENSIONS									
		Satisf. face aux dom. de vie	Symptômes et attitudes	Santé physique	Satisf. face aux rel. soc.	Satisf. face aux fin.	Niveau d'act. et d'occ.	Détresse psychologique	Bien-être psychologique		
Travail	Corrélation	0,22	-0,28*	-0,05	-0,15	0,11	0,10	-0,09	0,02		
	p	0,09	0,03	0,68	0,27	0,39	0,45	0,50	0,90		
	n	57	58	58	57	57	58	58	58		
Justice	Corrélation	0,20	-0,03	-0,05	0,01	0,32**	0,01	-0,06	-0,06		
	p	0,12	0,83	0,73	0,92	0,01	0,94	0,63	0,65		
	n	57	58	58	57	57	58	58	58		
Toxicomanie	Corrélation	0,07	-0,16	-0,23*	-0,12	0,25*	0,03	0,07	-0,08		
	p	0,58	0,22	0,08	0,38	0,06	0,79	0,60	0,56		
	n	57	58	58	57	57	58	58	58		

*p<0,05

**p<0,01

Relations entre l'alliance thérapeutique client et infirmière aux T1 et T2 et les changements dans les dimensions de la qualité de vie

Le tableau 10 présente des corrélations entre l'alliance thérapeutique client et infirmière aux T1 et T2 et les changements dans les dimensions de la qualité de vie. En ce qui a trait à la perception de l'alliance thérapeutique des clients au T1, on note des relations significatives au niveau des dimensions suivantes : la satisfaction face aux « domaines de vie » ($r=0,28$; $p=0,04$), la satisfaction face aux « finances » ($r=0,33$; $p=0,01$) et la qualité de « vie globale » ($r=0,26$; $p=0,05$). Au T2, les résultats sont significatifs face aux dimensions suivantes : les « symptômes et attitudes » ($r=0,34$; $p=0,01$), la satisfaction face aux « finances » ($r=0,23$; $p=0,08$) et la qualité de « vie globale » ($r=0,30$; $p=0,02$). Pour le groupe des infirmières, au T1, la corrélation la plus forte est observée au niveau de la satisfaction face aux « relations sociales » ($r=0,48$; $p=0,00$), puis au plan de la « qualité de vie globale » ($r=0,26$; $p=0,05$). Au T2, l'alliance thérapeutique infirmière est corrélée significativement à quatre dimensions de la qualité de vie : la « santé physique » ($r=0,27$; $p=0,04$), la satisfaction face aux « relations sociales » ($r=0,29$; $p=0,03$), la « qualité de vie globale » ($r=0,31$; $p=0,02$) et en dernier lieu, à la limite du seuil de signification, les « symptômes et attitudes » ($r=0,24$; $p=0,07$).

En résumé, ces scores d'alliance thérapeutique des infirmières et des clients aux T1 et T2 indiquent des corrélations modérément significatives avec les scores de qualité de vie globale. Plus l'alliance thérapeutique est perçue positivement par les infirmières et les clients aux deux temps de mesure plus le client perçoit positivement les changements dans sa qualité de vie globale entre le T1 et le T2.

Tableau X

Corrélations de Pearson entre l'Alliance thérapeutique client et infirmière au T1 et T2 (Horvath et Greenberg, 1980) et les changements dans les dimensions de la qualité de vie (Becker, Diamond et Sainfort, 1993)

		ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE			
DIMENSION DE LA QUALITÉ DE VIE		Alliance client	Alliance infirmière	Alliance client	Alliance infirmière
		T1	T2	T1	T2
Satisfaction face aux domaines de vie	Corrélation	0,28**	-0,01	0,17	0,16
	p	0,04	0,95	0,21	0,22
Symptômes et attitudes	n	55	57	55	57
	Corrélation	0,12	0,34**	0,17	0,24*
Santé physique	p	0,39	0,01	0,22	0,07
	n	56	58	56	58
Santé physique	Corrélation	0,1	0,18	0,04	0,27**
	p	0,47	0,19	0,78	0,04
Satisfaction face aux relations sociales	n	56	58	56	58
	Corrélation	0,20	0,15	0,48**	0,29**
Satisfaction face aux finances	p	0,13	0,26	0,00	0,03
	n	55	57	55	57
Niveau d'activités et d'occupation	Corrélation	0,33**	0,23*	0,06	0,05
	p	0,01	0,08	0,66	0,73
Niveau d'activités et d'occupation	n	55	57	55	57
	Corrélation	-0,15	0,09	-0,07	-0,18
Niveau d'activités et d'occupation	p	0,26	0,48	0,59	0,17
	n	56	58	56	58

Tableau X (suite)

Corrélations de Pearson entre l'Alliance thérapeutique client et infirmière au T1 et T2 (Horvath et Greenberg, 1980) et les changements dans les dimensions de la qualité de vie (Becker, Diamond et Sainfort, 1993)

DIMENSION DE LA QUALITÉ DE VIE	ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE					
	Corrélation	Alliance client T1	Alliance client T2	Alliance infirmière T1	Alliance infirmière T2	
Détresse psychologique						
Corrélation	0.05	0.23*		0.00	0.04	
p	0.69	0.09		0.99	0.74	
n	56	58		56	58	
Bien-être psychologique						
Corrélation	-0.01	0.03		0.18	0.14	
p	0.91	0.82		0.19	0.3	
n	56	58		56	58	
Qualité de vie globale						
Corrélation	0.26*	0.30*		0.26*	0.31*	
p	0.05	0.02		0.05	0.02	
n	56	58		56	58	

*p≤0,05

**p≤0,01

Sommaire des principaux résultats

En résumé, on constate que les résultats suggèrent que certaines interventions réalisées par les infirmières semblent être en relation avec des changements sur certaines dimensions de la qualité de vie avec des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans la communauté.

Ainsi, on observe qu'il n'y a pas de changement significatif dans la qualité de vie des personnes entre les deux temps de mesure sauf pour la « détresse psychologique » ($t= 2,38$; $p= 0,02$).

Au plan de l'alliance thérapeutique, on observe une diminution significative de l'alliance pour les clients ($t= -2,70$; $p= 0,01$) et une augmentation significative pour les infirmières ($t= 6,47$; $p=0,00$) entre le T1 et le T2.

En ce qui concerne la relation entre l'intensité de l'intervention et les changements dans la dimension de la qualité de vie, la fréquence du type de contact « en personne » effectué par l'infirmière est associée significativement à des changements dans les dimensions de la qualité de vie suivantes : les « finances » ($r= 0,33$; $p= 0,01$), le « bien-être psychologique » ($r=0,24$; $p= 0,06$) et le niveau d'activité et d'occupation ($r= 0,23$; $p= 0,07$).

Au plan des types et des sphères d'intervention qui sont en relation avec les changements dans la qualité de vie, on note que les corrélations les plus fortes se situent au niveau de la sphère d'intervention « faire avec » et des types d'intervention « AVQ » et « finances ».

En ce qui a trait à la relation entre la qualité de l'alliance thérapeutique au T1 et T2 et les changements dans la qualité de vie, on observe que la perception de l'alliance thérapeutique, autant pour le client que pour l'infirmière s'avère forte et ce, au deux temps de mesure. Certains aspects de l'alliance thérapeutique infirmière-client sont en

lien avec des changements dans la qualité de vie. Elles sont reliées à une augmentation de la satisfaction face aux « domaines de vie », aux « symptômes et attitudes », à la « santé physique », aux « relations sociales », aux « finances » et à la « qualité de vie globale ». La qualité de l'alliance thérapeutique apparaît donc comme un facteur qui pourrait contribuer à des changements dans la perception de la qualité de vie des personnes inscrites dans un programme de suivi intensif dans la communauté.

CHAPITRE 5
LA DISCUSSION

Ce chapitre présente la discussion des résultats de l'étude. Dans un premier temps, seront discutées les caractéristiques des échantillons. En deuxième lieu, les résultats aux différentes questions de recherche seront commentés. Par la suite, les forces et les limites de l'étude seront exposées. Finalement, la dernière partie présentera des recommandations pour la recherche et la formation en sciences infirmières.

Caractéristiques des échantillons

Échantillon des clients

L'échantillon de clients de cette étude est composé majoritairement de femmes francophones dont l'âge moyen est de 45,7 ans et qui ont en grande partie terminé des études secondaires. Ces personnes ont été diagnostiquées comme étant atteintes de maladie mentale dans la vingtaine et sont pour la majorité en traitement, à cet effet, depuis une vingtaine d'années. Ce sont donc des personnes pour qui les besoins de suivi sont relativement importants et prolongés. Cet aspect nous amène à voir que les difficultés reliées à la maladie de ces personnes font en sorte qu'elles requièrent un continuum de services que les infirmières du SIM sont à même de leur fournir.

À notre connaissance, très peu d'études ont été réalisées auprès d'une majorité de femmes schizo-phrènes. La plupart des études recensées rejoignent surtout des hommes et parmi celles consultées, très peu présentent des données sociodémographiques similaires à la présente étude. Cependant, la recherche de Fekete et al., (1998) comparant le PACT aux services traditionnels de traitement rapporte des données sociodémographiques

semblables à la présente étude : les femmes sont aussi représentées en majorité mais dans une moins forte proportion (63% vs 57%). Par ailleurs, on retrouve des valeurs similaires au plan de l'âge, du niveau de scolarité et de l'âge à la première hospitalisation.

En résumé, les caractéristiques de l'échantillon de clients de cette étude ne semblent pas tout à fait comparables à celles retenues dans les études recensées, en grande partie parce qu'il s'agit de femmes. Cependant, certaines caractéristiques même si elles ne sont qu'en parties similaires pourraient se comparer avec celles de certaines études recensées et portant sur la qualité de vie, notamment au plan de l'âge, du niveau de scolarité et de l'âge à la première hospitalisation (Lehman et al., 1982, Sainfort et al., 1996).

Échantillon d'infirmières

L'échantillon d'infirmières de cette étude est composé majoritairement de femmes dont l'âge moyen est de 45.24 ans. Les trois-quarts de l'échantillon détiennent une formation universitaire et ont acquis une grande expérience en santé mentale. À notre connaissance les études consultées ne font pas mention d'échantillon d'infirmières. Seule la recherche Svensson & Hanson (1999) portant sur l'alliance thérapeutique fait état d'un échantillon majoritairement composé d'infirmières. Cependant, les données sociodémographiques de cet échantillon ne sont pas rapportées dans le texte.

La présence d'infirmières est considérée comme un élément essentiel pour assurer le succès d'une équipe PACT (Mc Grew et Bond, 1995). Pourtant, malgré ce fait reconnu, il existe à notre connaissance très peu de données sur les caractéristiques des infirmières des équipes de suivi dans la communauté. La reconnaissance du rôle

de l'infirmière comme étant la professionnelle détenant le rôle central au sein des équipes PACT (SNAMAC, 1999), devrait faire en sorte que de futures études s'intéressent à mieux définir les caractéristiques essentielles à l'exercice du rôle de l'infirmière dans les équipes de suivi dans la communauté.

Discussion des résultats obtenus aux questions de recherche

Qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu

Les résultats descriptifs de cette étude au T1 concernant les diverses dimensions de la qualité de vie démontrent que les clients se perçoivent modérément satisfaits de leur niveau de bien-être psychologique, de détresse psychologique, des divers aspects de leurs domaines de vie (la façon dont la personne occupe son temps, l'endroit qu'elle habite, sa vie sexuelle, etc), de leurs relations sociales et de leurs symptômes et attitudes (perception de sa santé mentale, idées suicidaires au cours des quatre dernières semaines). Compte tenu que l'essence même des équipes de suivi dans la communauté consiste à offrir de façon constante des services de traitement, de soutien et de réadaptation, ces résultats laissent à penser que ces services ont pu générer, chez les personnes suivies, une certaine satisfaction face aux dimensions citées. En effet, la présence régulière et soutenue de l'infirmière pourrait amener chez la personne une opportunité de s'intégrer socialement et ainsi, diminuer l'isolement. De plus, la gestion de la médication et la surveillance clinique font partie des fonctions distinctes de l'infirmière. De ce fait, cette dimension du travail pourrait jouer un rôle important dans la perception qu'a la personne par rapport à ses symptômes et attitudes et l'encourager à être plus assidue à sa médication. Une

meilleure gestion de la médication devrait contribuer à un meilleur contrôle des symptômes.

Par ailleurs, les résultats obtenus au niveau des AVQ rapportent un fonctionnement plutôt faible, peu de satisfaction face aux finances et une perception plutôt négative de leur santé physique. Les difficultés reliées à la schizophrénie, qu'elles soient fonctionnelles, cognitives ou encore qu'elles relèvent de la symptomatologie, pourraient expliquer, en partie, la perception des personnes face à leur fonctionnement face aux AVQ. Le soutien actif et soutenu et le type d'intervention « faire avec » pourraient favoriser, chez la personne, une plus grande autonomie et une meilleure satisfaction à cet égard. De même, avons-nous pu observer que les clients perçoivent négativement leur santé physique. Cette donnée rejoint les résultats de Farnam et al. (1999), qui rapportent que la majorité des clients qui sont non observants au traitement psychiatrique présentent des problèmes de santé physique qui seraient liés au tabagisme, à la malnutrition et à de mauvaises habitudes de vie. Ce résultat peut nous laisser croire que le travail des infirmières du SIM devra s'intensifier au plan de la santé physique sur une plus longue période afin qu'on puisse espérer un changement positif et significatif à ce niveau.

Par ailleurs, si on se rapporte à la première question de recherche, ces résultats démontrent qu'il n'y a pas de changement significatif dans les différentes dimensions de la qualité de vie sauf en ce qui concerne la détresse psychologique où l'on note une légère diminution et le bien-être psychologique où la diminution se situe à la limite du seuil de signification.

Il apparaît difficile de comparer les résultats de cette étude à ceux d'études traitant aussi de qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi

dans la communauté. Les instruments de mesure différents et la méthodologie peuvent faire en sorte que les résultats sont difficilement comparables. Cependant, certaines études, en partie similaires, rapportent que les impacts les plus significatifs se retrouvent surtout au niveau des dimensions subjectives de la qualité de vie. En effet, l'étude de Aberg-Wistedt et al., (1995) révélait une augmentation de 33% aux scores sur la qualité de vie pour le groupe de suivi dans la communauté comparativement au groupe contrôle. La recherche de Lehman et al., (1997) met en évidence des résultats significatifs au niveau du bien-être psychologique, du voisinage et de la santé pour le groupe suivi par le PACT comparativement au groupe contrôle. L'étude de Lamb, & Rosenheck (1998), indique que la qualité de vie des sans-abri s'est globalement améliorée après 12 mois de suivi et finalement, l'étude de Poirier et al., (2000) réalisée aussi auprès de sans-abri indique, après 6 mois, une augmentation de la qualité de vie dans les dimensions suivantes : symptomatologie, santé physique, finances, AVQ et au score global de qualité de vie.

L'instrument utilisé afin de mesurer la qualité de vie, le QLI-MH, (Becker et al., 1993), rend parfois l'interprétation des résultats difficiles. Bien que la validation française ait été réalisée par Diaz et al., (1999), sa sensibilité et sa spécificité demeurent inconnues pour le moment. Notons cependant que des recherches effectuées avec le QLI-MH dont celles de Poirier et al., (2000) et celle de Sainfort et al., (1996) rapportent des résultats significatifs notamment en ce qui a trait aux dimensions suivantes : les symptômes, la santé physique, les finances, les AVQ et la qualité de vie globale. Or, il s'agit, en ce qui concerne la première étude, d'un échantillon composé de personnes sans domicile fixe dont les conditions de vie pouvaient être au départ, plus difficiles, en général, que celles de la population de

notre étude. De plus, cette étude n'a considéré que le point de vue des intervenants, contrairement à la présente étude où l'on s'intéresse à la perception des clients. Finalement, la différence entre les deux temps de mesure est de six mois comparativement à 12 mois pour la présente étude.

En somme, les résultats de la présente étude diffèrent globalement des résultats retracés dans les études en parties similaires. Ils concordent cependant avec les propos de Mueser et al., (1998), qui affirment que le PACT n'a qu'un effet modéré sur la qualité de vie. On observe aussi des résultats modérés en lien avec la diminution des symptômes et la stabilité résidentielle. Le peu de changements significatifs dans les diverses dimensions de la qualité de vie de la présente étude pourraient être reliés au fait que la prise de mesure au T1 a été faite plus de six mois après l'inscription des personnes au programme. Ce qui pourrait vouloir dire que les changements les plus significatifs s'étaient déjà produits au moment de la mesure au T1. On peut croire que si cette première mesure avait été complétée dès l'inscription des clients, les résultats entre le T1 et le T2 auraient pu démontrer des changements significatifs dans certaines dimensions de la qualité de vie. C'est ce qui se dégage de l'étude menée par Latimer, Mercier & Crocker (2001) auprès de personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants bénéficiant des services PACT. Le score moyen de la qualité de vie mesuré avec le WAI au T1, c'est-à-dire à l'inscription du client au programme, est à 0,52 et augmente significativement à 1,10 ($p < 0,001$) au T2, après 6 mois de suivi. Par la suite, jusqu'à 24 mois, les scores tendent à se stabiliser. Ces résultats apparaissent cohérents avec la réalité vécue dans certaines équipes PACT notamment celle de Granby et de Louis-H Lafontaine où l'on remarque des changements importants dans certaines dimensions dès le début du

suivi. Il s'en suit un plateau où le client atteint une certaine stabilité des divers aspects de sa qualité de vie. Il apparaît réaliste de croire que les changements dans la qualité de vie sont plus perceptibles dans les premiers mois puisque les clients qui y sont référés sont confrontés à des conditions de vie difficiles sur lesquelles interviennent directement et rapidement les infirmières du PACT puisque leur préoccupation première est d'aider le client à résoudre les problèmes de la vie quotidienne.

Il faut aussi noter que l'échantillon de la présente étude est composé majoritairement de femmes contrairement à la plupart des études recensées. Cette caractéristique n'est pas négligeable et a pu avoir un impact sur les résultats de la présente étude considérant que les besoins en lien avec la santé mentale des femmes présentent des particularités distinctes.

Alliance thérapeutique infirmière-client dans un programme de suivi intensif dans le milieu

Au T1, les résultats suggèrent que les clients suivis et les infirmières perçoivent qu'il existe entre eux une très bonne alliance thérapeutique. Au T2, les scores demeurent élevés et similaires pour les clients et les infirmières. La force de l'alliance thérapeutique pourrait être attribuable ici au fait que les clients et les infirmières étaient déjà, pour la plupart, en processus thérapeutique avant la prise de mesure au T1. Cependant, les scores élevés d'alliance thérapeutique permettent de penser que l'infirmière et le client s'entendent sur les buts de la relation, les tâches à accomplir et les liens à développer (Bordin, 1979). L'infirmière et le client travaillent donc en harmonie et collaborent afin de réaliser les buts de la relation. Ces éléments apparaissent comme un gage de succès pour cette relation à bâtir entre l'infirmière et

la personne inscrite au SIM. En effet, le client du SIM a souvent vécu plusieurs échecs thérapeutiques. Ayant utilisé de nombreux services psychiatriques et été suivi par plusieurs intervenants, l'arrivée d'un nouvel interlocuteur peut donc le laisser perplexe. De plus, l'infirmière est appelée à intervenir auprès de la personne dans son milieu de vie. Cette relation se doit d'être respectueuse de l'intimité des clients et exige une forme de réciprocité dans les échanges. Cette relation sera le résultat d'un engagement soutenu de la part de l'infirmière qui saura faire preuve de persistance dans ces interventions. Ainsi, une alliance forte tributaire des éléments cités plus haut se veut la prémisses de l'engagement du client dans le processus de rétablissement (Chinman et al., 1999).

La deuxième question de recherche voulait vérifier les changements dans l'alliance thérapeutique entre les deux temps de mesure. Les résultats révèlent une diminution significative de la perception de l'alliance thérapeutique pour les clients tandis que pour les infirmières, une augmentation significative est observée. Il faut cependant noter que les scores sont similaires et demeurent élevés pour les deux groupes au T2. Malgré la forte perception de l'alliance thérapeutique au T1, on note une augmentation des scores au T2 pour les infirmières. Celle-ci pourrait être reliée au fait que l'infirmière reconnaît l'évolution, bien que parfois modeste au départ, et le travail accompli avec le client, ce qui renforce son engagement et son lien avec le client. Quant au client, la diminution de la perception de l'alliance au T2 pourrait signifier l'atteinte d'un certain plateau où il se sent confortable et où il a atteint certains de ses objectifs. C'est ce que Peplau (1962) appelle la phase de résolution. Une fois que de nouveaux objectifs seront établis, la relation se poursuivra et la perception de l'alliance pourrait de nouveau être modifiée. De plus, certains principes de travail en

lien avec la relation thérapeutique tels que décrits par Resper et al. (1994) comme avoir des attentes élevées et le désir d'arriver à des résultats rapides ont pu être déçus et contribuer à une baisse de la perception de l'alliance thérapeutique chez le client. On peut aussi observer des périodes où le client trouve plus difficile de travailler à long terme ou de façon continue sur ses objectifs, ce qui pourrait expliquer cette baisse légère au niveau de la perception de l'alliance thérapeutique. Toutefois, il faut noter que comme la perception de l'alliance thérapeutique était très élevée au départ, il apparaît réaliste de croire qu'elle ne peut augmenter constamment mais il est intéressant de constater qu'elle se maintient tout de même à des niveaux élevés.

D'une part, les résultats de la présente étude appuient ceux de Gehrs et Goering (1994) et de Solomon et al. (1995) en ce qui concerne les résultats rapportés au WAI. En effet, ces auteurs rapportent que les thérapeutes et les clients qui font partie de l'échantillon de leurs études ont une perception similaire de l'alliance thérapeutique. Ces résultats démontrent que les troubles de perception souvent présents chez les personnes atteintes de troubles psychotiques, ne semblent pas affecter la congruence des résultats entre les clients et les infirmières (Gehrs et Goering, 1994). D'autre part, à notre connaissance, seule la recherche de Neale et Rosenheck (1995) avait pour but de vérifier la perception de l'alliance thérapeutique chez les personnes suivies par une équipe PACT. Les résultats de cette étude, contrairement à la présente étude, démontrent que les scores au WAI sont peu élevés et qu'il n'y a pas congruence entre les résultats des clients pour qui l'alliance est plus forte que pour les intervenants. Les données ont été recueillies au tout début du programme et deux ans plus tard. Ces résultats pourraient, en partie, s'expliquer par le fait que les thérapeutes et les clients n'avaient pas la même compréhension des

buts, des tâches et des liens à développer. De plus, on ne connaît pas les caractéristiques des clients et l'orientation professionnelle des thérapeutes de cette recherche, ce qui peut faire une différence dans l'approche faite avec les clients. Il faut aussi noter que l'étude s'est déroulée sur cinq sites différents, élément qui pourrait avoir contribué à des différences dans l'administration et l'interprétation du questionnaire.

Intensité de l'intervention et qualité de vie

Les résultats descriptifs concernant l'intensité du suivi révèlent que la plupart des contacts ont eu lieu « en personne » mais que le tiers de ceux-ci se sont déroulés par téléphone. Les contacts se sont produits en présence du client et la moitié de ces interventions incluait également la présence d'un tiers et la presque totalité de ces interventions se déroule dans le milieu de vie du client. Près de la moitié des contacts durent plus de 60 minutes et se font majoritairement de jour. Il faut noter que l'intensité du suivi est variable en fonction de la gravité de la condition du client et sera donc modulée selon les besoins. Par exemple, certains clients seront vus tous les jours durant 15 minutes pendant que d'autres seront quant à eux vus 90 minutes trois à cinq fois semaine. Ces résultats rejoignent certains principes d'intervention régissant les façons de faire afin d'atteindre les objectifs du SIM notamment au plan de l'intervention en milieu naturel et l'individualisation du suivi.

La troisième question visait à vérifier la relation entre l'intensité de l'intervention et les changements dans la qualité de vie. Sur les trois variables mesurant l'intensité du suivi, les variables « durée des contacts » et « fréquence des contacts par semaine » ne semblent pas liées à des changements dans la qualité de vie. Seule la variable « contact en personne » est associée à quelques changements dans la

qualité de vie. En effet, on observe une relation de force modérée entre la fréquence des contacts « en personne » et une augmentation dans la satisfaction face aux « finances ». On peut penser que les contacts en personne pour cette clientèle qui présente souvent des problèmes liés à la méfiance prend toute son importance afin d'établir la relation de confiance surtout lorsqu'il s'agit de questions aussi délicates et difficiles que le budget. On note aussi que plus les contacts « en personne » sont fréquents plus il semble y avoir une augmentation du « bien-être psychologique ». Cette relation étant toutefois moins forte et à la limite du seuil de signification ($p=0,06$). On peut penser que les interventions « en personne » faites par l'infirmière procurent un certain bien-être au client: elles brisent l'isolement souvent très important vécu par certains et apportent une forme de gratification face aux objectifs atteints. Par contre, la fréquence des contacts « en personne » est aussi associée à des résultats différents au plan du niveau d'activité et d'occupation où le lien est négatif. Malgré l'augmentation de la fréquence des contacts, il ne semble pas y avoir d'amélioration dans cette dimension. On peut penser que s'il y a plus de contacts c'est que le client a de nombreux besoins ou encore plus de difficultés sur ce plan et que les progrès sont moins rapides. C'est pourquoi l'infirmière doit intervenir plus fréquemment en personne pour assister directement le client dans ses activités de la vie quotidienne.

Très peu d'études, à notre connaissance se sont intéressées à l'intensité de l'intervention par rapport aux changements dans la qualité de vie. Lehman (1988), a mené une étude auprès de personnes atteintes de troubles chroniques éprouvant des difficultés à vivre dans la communauté. Le but était de vérifier les effets de la maladie sur la qualité de vie subjective. Les résultats démontrent que la maladie n'a

pas d'influence significative sur la qualité de vie subjective mais qu'il est important que les intervenants mettent l'accent sur l'importance de la santé mentale afin d'améliorer la satisfaction des clients à cet effet. Par ailleurs, les résultats de la présente recherche s'apparentent en partie à l'étude de Chinman et al. (1999). Selon ces auteurs, les personnes inscrites au PACT considèrent leur relation avec l'intervenant comme plus importante que le soutien qu'ils reçoivent pour régler les problèmes de la vie quotidienne. Cet énoncé rejoint la présente étude en ce sens qu'elle vient appuyer l'importance du type de contact « en personne » comme étant un facteur important dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes inscrites dans un programme SIM. Ce résultat, concernant l'importance du contact en personne, rejoint aussi l'avis de Gerhs & Goering (1994) qui affirmaient que les clients valorisaient beaucoup plus le lien avec leur intervenant que les aspects structuraux du programme.

Même si les résultats de la présente étude ne semblent pas démontrer de lien entre la durée et la fréquence de l'intervention et les changements dans la qualité de vie, il ne faut pas négliger le fait que plus le client est vu souvent, et ce même pour un court moment, plus la relation est à même de se construire avec l'infirmière. Ceci permettra à cette dernière de se familiariser avec le client et d'apprendre à mieux le connaître (Guy, 1997). La fréquence et la durée des contacts doivent aussi être vues comme un indicateur de l'intensité des besoins de la personne. Le fait que les résultats de la présente étude ne démontrent pas de corrélation entre l'intensité de l'intervention et les changements dans la qualité de vie peuvent être attribuables à la condition de certains clients dont les besoins demeurent élevés et pour qui la qualité de vie prendra plus de temps à s'améliorer.

Caractéristiques de l'intervention et la qualité de vie

Les résultats descriptifs des caractéristiques de l'intervention ont été obtenus suite à la compilation des RCQ (Gélinas et Dion, 1999). C'est le type d'intervention « discuter » qui est employé la majeure partie du temps. Ce résultat est cohérent avec la définition même de ce type d'intervention soit « toutes les interventions verbales avec la personne qui visent à transmettre ou à recevoir de l'information sur sa situation ou son vécu ». Ce résultat est aussi cohérent avec les objectifs et la nature même des interventions faites au SIM qui doivent permettre à l'infirmière de transmettre et de recevoir de l'information sur une multitude d'aspects de la vie du client tels sa maladie, ses AVQ, sa médication, etc. De plus, la discussion est un véhicule de choix permettant d'installer la relation de confiance nécessaire à l'engagement dans le processus thérapeutique. Les thèmes les plus fréquemment discutés concernant ce type d'intervention se retrouvent au plan des sphères d'intervention « AVQ », « symptômes » et « médication ». Ceci rejoint, en partie, les objectifs du SIM qui réfèrent entre autres à améliorer le fonctionnement du client dans ses AVQ, atténuer les symptômes incapacitants et favoriser la stabilité du client en encourageant la prise de médication.

Le type d'intervention « faire avec » rejoint près de la moitié des interventions. Ce type d'intervention est très important dans le cadre du SIM car il rassemble toutes les interventions relevant de la psycho-éducation dont l'enseignement et la supervision face à l'entraînement aux AVQ et aux habiletés sociales. C'est d'ailleurs avec la sphère « AVQ » qu'il est le plus fréquemment utilisé.

En troisième lieu, c'est le type d'intervention « représenter » qui rallie une intervention sur trois où l'infirmière aura, par exemple, à défendre les droits d'un client ou encore le soutenir afin qu'il puisse accéder aux services auxquels il a droit.

Le type d'intervention « gestion clinique » touche une intervention sur cinq et traduit les interactions entre l'infirmière et le reste de l'équipe au sujet du client.

Ce sont les « interventions de crise » qui sont au dernier rang avec une intervention sur cent. Ce résultat pourrait être relié au caractère même du SIM qui fait que le suivi est très actif et soutenu. Les infirmières en arrivent à très bien connaître leurs clients et peuvent ainsi avoir une attitude proactive face à la crise et, dans bien des cas, l'éviter. De plus, la définition même qui est donnée à l'intervention de crise, en tant qu'intervention exceptionnelle, peut apparaître quelque peu restrictive et en partie expliquer cette faible fréquence de ce type d'intervention.

En ce qui a trait aux sphères d'intervention, les « AVQ » rallient neuf interventions sur dix suivie par la sphère « symptômes et médication ». Ces résultats s'inscrivent dans la trajectoire du SIM où l'infirmière offre à prime abord au client un accompagnement dans son quotidien afin qu'il puisse se maintenir dans son milieu de vie. De plus, ces trois sphères apparaissent comme inter reliées. En effet, si l'infirmière veut faire en sorte que le client se mobilise face à l'organisation de la vie quotidienne, tant au plan de l'alimentation, du ménage ou de l'hygiène, on peut croire que ses interventions porteront aussi sur les symptômes de la maladie et la médication, cette dernière étant considérée comme un élément fondamental de la réadaptation psychosociale (Bachrach, 1992). Une fois la santé mentale du client s'étant améliorée, il sera plus facile pour lui de se mobiliser afin d'améliorer ses conditions de vie. La sphère « budget » touche une intervention sur deux. Une

grande proportion des clients étant prestataires de la sécurité du revenu, ceux-ci doivent composer avec un chèque mensuel qui exige de leur part de nombreux calculs afin d'équilibrer leur budget et ainsi éviter d'accumuler des dettes. Ces interventions, quoique parfois mal tolérées et ressenties comme intrusives de la part de certains clients, sont importantes: le client apprend à mieux gérer son argent, possède un compte bancaire et ainsi reprend petit à petit certains aspects de sa vie en mains.

La « santé physique », les « relations sociales », les « loisirs » et le « logement » viennent à la suite et occupent un peu moins d'une intervention sur deux. D'une part, on peut penser que prioritairement, les clients et les infirmières travaillent sur les dimensions précédentes parce qu'elles ont un impact certain sur les conditions de vie. D'autre part, tant que les symptômes ne sont pas résorbés, il pourrait être difficile, étant donné les difficultés inhérentes à la maladie, que les clients voient la pertinence qu'on intervienne au plan de leur santé physique ou encore de leurs loisirs. On peut aussi croire que les infirmières sont moins bien outillées pour intervenir au plan des loisirs et du logement ou encore que les autres sphères sont tellement importantes qu'elles consomment la majorité des services.

Finalement, les trois sphères où l'on intervient le moins sont le « travail école », la « toxicomanie » et la « justice ». Dans le premier cas, même s'il s'agit régulièrement d'un désir exprimé par le client, il existe peu de structures adaptées aux besoins et aux capacités des clients où le travail et les études à temps partiels sont possibles. Par ailleurs, plusieurs clients ayant tenté un retour au travail ont subi un échec. Certains clients étaient cliniquement trop instables ou encore les structures en place n'étaient ni adaptées ni intégrées et ne lui permettaient pas de vivre une expérience valorisante et normalisante au plan de l'occupation. Quant à la

« toxicomanie », il apparaît étonnant que la fréquence des interventions soit si peu élevée. Certains auteurs dont Drake et Mueser (2000) estiment que 25 à 35% des personnes atteintes de troubles mentaux graves ont été touchées par l'alcoolisme/toxicomanie au cours des six derniers mois. On pourrait donc penser que les interventions à cet effet devraient être plus fréquentes. Le manque d'outils maîtrisés par les infirmières dans le traitement de ces problèmes et le fait que les clients peuvent être réfractaires à ce genre d'intervention pourrait expliquer en partie ces résultats. Etant donné l'importance du problème, il serait pertinent de mettre en place un programme de formation afin d'habiliter les infirmières à mieux intervenir sur ce plan. Le SIM fournit aux infirmières une opportunité d'intégrer les services et évite ainsi aux clients de devoir interagir avec deux systèmes de traitement différents où les messages peuvent être contradictoires. En dernier lieu, les résultats obtenus dans la sphère justice sont à l'image de ce qui semble vécu dans les équipes. Les infirmières interviennent de façon ponctuelle et ces interventions sont circonscrites dans le temps.

La quatrième question visait à vérifier l'existence de relations entre les types et les sphères d'intervention et les changements dans la qualité de vie. C'est dans la dimension « satisfaction face aux finances » que l'on obtient le plus de résultats significatifs. Plus les interventions de l'infirmière sont fréquentes au plan de « faire avec/AVQ », du « budget », du « logement », de la « justice » et de la « toxicomanie », plus les personnes suivies montrent une amélioration de leur satisfaction au plan de leur situation financière. On peut penser que cette dimension de la qualité de vie revêt une importance particulière pour la clientèle. Ne bénéficiant souvent que de faibles revenus, une grande proportion des clients ne reçoivent qu'un

chèque mensuel d'aide social, il serait plausible de croire qu'ils vivent beaucoup d'insécurité par rapport à l'argent. Une fois le logement et les frais connexes payés, les clients se retrouvent fréquemment avec très peu d'argent afin de subvenir à leurs autres besoins (nourriture, vêtements, loisirs, cigarettes, etc). En ce sens, les interventions faites par l'infirmière au plan des sphères « AVQ/faire avec », du « budget », du « logement », de la « justice » et de la « toxicomanie » dans le but d'installer une meilleure gestion du budget peuvent être appréciées et s'avèrent à long terme très valorisantes pour le client qui apprend à fixer ses priorités et à reprendre son budget en main.

Par ailleurs, l'autre dimension de la qualité de vie qui semble le plus influencée par les interventions de l'infirmière est celle des « symptômes et attitudes ». Plus l'infirmière intervient au plan des « AVQ/faire avec », du « budget » et du « travail », moins les personnes suivies rapportent d'amélioration face à la dimension « symptômes et attitudes ». On peut penser que cette dimension de la qualité de vie est un des aspects des plus difficile à améliorer. En effet, les personnes suivies par le SIM sont atteintes de troubles mentaux graves dont les symptômes peuvent être très difficiles à contrôler ou à atténuer surtout chez les personnes ayant refusé le traitement durant plusieurs années. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle le SIM est une modalité de services à long terme. On peut aussi croire que plusieurs facteurs peuvent faire en sorte que les personnes suivies ne notent pas d'amélioration au plan des symptômes notamment à cause de leurs conditions de vie difficiles et du stress qu'elles génèrent.

De plus, on note une relation négativement significative, quoique plus modeste, entre la dimension « santé physique » et la sphère « toxicomanie ». Plus les

interventions des infirmières sont fréquentes au niveau de la toxicomanie, moins le client perçoit d'amélioration au niveau de sa santé physique. Dans la pratique quotidienne des infirmières, les interventions au plan de la toxicomanie touchent beaucoup au soutien et l'enseignement face à la réduction des méfaits et aux conséquences engendrées par la consommation de drogues et d'alcool sur sa santé et sa vie en général dont le budget.

Par ailleurs, il est surprenant d'observer si peu de changements dans la dimension « santé physique » des clients. Bien que nous n'ayons pas, dans la présente étude, de données objectives à cet effet, plusieurs auteurs ont fait état de leurs préoccupations face à la mauvaise santé physique des personnes atteintes de troubles mentaux graves et du fait que, même si elles consultaient, ces personnes étaient trop souvent renvoyées à leur diagnostic psychiatrique sans autres formes d'investigation. Compte tenu que l'un des rôles de l'infirmière du SIM est de faciliter l'accès aux services et de défendre les droits de ces personnes, on aurait pu croire que la présente étude aurait démontré plus de relations significatives dans cette dimension. Cependant, il se pourrait, qu'au moment de l'étude, certains clients aient déjà vu leur santé physique s'améliorer, et atteints, à ce moment, un certain plateau.

Les résultats démontrent une relation à la limite du seuil de signification entre la dimension « satisfaction face aux domaines de vie » et la sphère « travail ». Le travail est une préoccupation pour la clientèle SIM. C'est un désir qu'ils expriment fréquemment à leur infirmière. C'est aussi un élément crucial de leur réadaptation. Ils veulent travailler pour gagner de l'argent, pour occuper leur temps et pour jouer un rôle dans la société. Bien que les infirmières tentent de les aider dans cette sphère, il est souvent difficile pour ces personnes de s'intégrer au marché du travail car les

structures en place manque de souplesse et n'offrent pas de conditions facilitantes telles le temps partiel, la possibilité d'horaire flexible, etc. Des services d'intégration professionnelle sont à développer afin de répondre plus adéquatement à ce besoin spécifique et légitime de la clientèle des programmes SIM.

La dimension « niveau d'activité et d'occupation » est corrélée négativement avec la sphère « médication/faire avec ». Plus l'infirmière intervient fréquemment au plan de la médication, moins le client semble percevoir d'amélioration dans son niveau d'activité et d'occupation. La médication est considérée comme un élément fondamental de la réadaptation psychosociale (Bachrach, 1992). Les infirmières du SIM mettent l'accent sur la prise de médication afin de favoriser la stabilité de l'état mental de la personne suivie et ainsi, faciliter sa réadaptation et sa réinsertion dans la communauté. Cependant, en partie à cause des effets secondaires, certains clients perçoivent difficilement les effets bénéfiques de la médication neuroleptique. Les nouvelles molécules telles la rispéridone, la quétiapine et la clozapine semblent amener moins d'effets indésirables chez la clientèle tout en ayant un effet marqué sur les symptômes positifs et pourraient donc en ce sens, faciliter l'observance au traitement et ainsi amener une réduction des symptômes.

Plus les interventions infirmières sont fréquentes au plan de la sphère « AVQ/faire avec », plus on observe une amélioration au plan de la perception du bien-être psychologique. On peut croire que le fait que le client reçoive du soutien et de l'aide pour les AVQ lui apporte une certaine satisfaction qui fait en sorte qu'il s'en trouve plus heureux.

Finalement, on n'observe aucune corrélation en ce qui a trait à la dimension de la « qualité de vie globale » sauf au plan de la sphère d'intervention « loisir/relation

sociale » où la relation est négative et à la limite du seuil de signification. Tout comme en réponse à la première question, on peut croire que le temps de mesure peut expliquer en partie à ce résultat. En effet, les changements dans la qualité de vie risquent d'être plus facilement perceptibles dès les premiers mois suite à l'intervention du SIM. Or, en ce qui concerne la présente étude, les données au T1 ont été recueillies quelques mois après le début du suivi. De plus, le concept de qualité de vie est plutôt subjectif et repose sur l'expérience de vie de la personne (Zhan, 1992). On peut penser que si la personne a perçu une amélioration de sa qualité de vie dans les premiers mois du suivi, il serait étonnant que celle-ci continue de s'améliorer sans cesse. De plus, tel que rapporté par Bigelow (1991), la qualité de vie est liée à la satisfaction des besoins de la personne par les ressources disponibles dans son environnement dont l'infirmière fait partie. C'est donc l'environnement qui offre à la personne l'opportunité de satisfaire ses besoins. Les opportunités d'ordre matériel et sociales offertes sont associées à des exigences de performance et la personne y répond à partir de ses habiletés cognitives, affectives, comportementales et perceptuelles. Si les besoins de la personne sont satisfaits et qu'elle atteint un certain degré d'accomplissement dans ses rôles sociaux, la personne s'est bien adaptée à son environnement et profitera d'une meilleure qualité de vie. Les résultats de la présente étude tendraient donc à démontrer que les clients ne se sont que modérément adaptés à leur environnement et ont la perception que leur qualité de vie n'a pas changé entre le T1 et le T2. On peut penser que les conditions de vie difficile, de cette clientèle lourdement atteinte et leur condition de santé marquée par la persistance de certains déficits peuvent expliquer que leur perception de leur qualité n'ait pas changé. De plus, certains clients ont pu avoir certaines attentes par exemple au plan du type

d'intervention offert, de la fréquence et de la durée des contacts. Ces attentes n'ont peut-être pas été comblées par les interventions de l'infirmière et faisant en sorte que la perception de leur qualité de vie demeure insatisfaisante.

À notre connaissance, aucune étude n'a porté sur les relations entre les types et les sphères d'intervention et les changements dans la qualité de vie des personnes inscrites dans un programme SIM. Cependant, il est possible de faire certains parallèles entre la présente étude et des études qui voulaient évaluer soit la qualité de vie soit les caractéristiques de l'intervention chez une clientèle similaire recevant des services semblables. Par exemple, l'étude de Lehman et al., (1982) identifie six conditions pouvant aider la personne à accéder à une meilleure qualité de vie. Il s'agit de : 1) plus d'aide financière ; 2) plus d'opportunités d'emploi ; 3) une meilleure protection contre le crime ; 4) plus de contacts avec leur famille ; 5) de meilleures relations avec les autres ; 6) plus d'intimité dans les foyers d'hébergement. La majorité de des conditions dépassent les objectifs de l'intervention infirmière. En effet, même si les infirmières peuvent en faciliter la mise en œuvre, elles ne peuvent agir directement sur la disponibilité des ressources.

L'étude de Guy (1997) fait valoir un point de vue intéressant quant aux caractéristiques de l'intervention qui pourraient apporter un changement dans la qualité de vie des personnes visées par les programmes de suivi intensif dans la communauté. Selon cet auteur, ces personnes auraient les mêmes besoins que la population en général. Elles souhaitent avoir un logement, un emploi, de la nourriture, la sécurité financière, des soins médicaux, des services de crises 24 heures, du soutien social et la confiance en l'avenir. L'auteur insiste sur l'importance que les interventions soient en lien avec les priorités de la personne. Ce qui rejoint

entièrement les propos de Mercier et Filion (1992) pour qui le concept de qualité de vie est fondé sur la satisfaction ressentie face à son expérience dans les domaines importants de sa vie.

Enfin, les résultats de la présente étude semblent démontrés que c'est le type d'intervention « faire avec » jumelé avec la sphère d'intervention « AVQ » qui génère le plus de changements dans certaines dimensions de la qualité de vie des personnes inscrites au programme SIM. En somme, on peut penser que ces résultats confirment en partie le fait que les personnes suivies par les programmes SIM ont un important besoin de soutien actif et de réadaptation afin de faire des apprentissages et accroître leurs capacités et de satisfaire leurs besoins de base dans les différents domaines de leur vie. Ce constat rejoint la préoccupation première de l'infirmière de l'équipe SIM qui est de s'assurer que le client se retrouve dans des conditions de vie qui sont acceptables et détiennent les moyens de subvenir à ses besoins (Test, 1998).

Alliance thérapeutique et qualité de vie

La cinquième question de recherche visait à vérifier l'existence de relations entre l'alliance thérapeutique client-infirmière et les changements dans la qualité de vie.

Au T1, on note que plus la perception de l'alliance thérapeutique client est forte plus on note une amélioration de la satisfaction au plan de la « satisfaction face aux domaines de vie », de la « satisfaction face aux finances » et de la « qualité de vie globale ». Les résultats sont quelque peu différents au T2 où on observe que plus la perception de l'alliance thérapeutique client est forte plus on note une amélioration de la satisfaction au plan des « symptômes et attitudes », de la « satisfaction face aux finances » et de la « qualité de vie globale ».

Au plan de l'alliance thérapeutique infirmière au T1, on observe que plus la perception de l'alliance thérapeutique infirmière est forte plus on observe une amélioration de la satisfaction au plan de la « satisfaction face aux relations sociales » et de la « qualité de vie globale ». Au T2, plus la perception de l'alliance thérapeutique est forte plus on observe une amélioration de la satisfaction au plan des « symptômes et attitudes », de la « santé physique », de la « satisfaction face aux relations sociales » et de la « qualité de vie globale ».

Ces résultats démontrent qu'il existe une relation modérée à forte entre l'alliance thérapeutique client-infirmière et les changements dans certaines dimensions de la qualité de vie notamment au plan de la qualité de vie globale où la perception de l'alliance est similaire pour les clients et les infirmières aux deux temps de mesure. On peut croire que la force de l'alliance thérapeutique peut être en partie attribuable au fait que les clients et les infirmières étaient déjà pour la plupart en processus

thérapeutique avant le T1. Les scores élevés d'alliance thérapeutique permettent aussi de croire que les clients et les infirmières s'entendent sur les buts de la relation, les tâches à accomplir et les liens à développer (Bordin, 1979). Il y a donc engagement entre le client et l'infirmière. Cette entente fait en sorte qu'il est alors plus facile de travailler sur les difficultés du client. Comme le cadre thérapeutique est bien défini, les attentes déçues et les conflits sont plus rares.

Selon nos recherches, très peu d'études se sont intéressées à évaluer la relation entre l'alliance thérapeutique des clients et des infirmières et la qualité de vie des personnes suivies dans un programme SIM. La recherche de Solomon et al., (1995) qui avait comme but de comparer la force de l'alliance thérapeutique entre les personnes atteintes de troubles mentaux graves et leurs case-managers rejoint en partie les résultats de la présente étude. Les auteurs observent que plus l'alliance est forte, plus les résultats sont positifs face à la qualité de vie. Il est à noter que les résultats de la présente étude s'apparentent aussi à ceux de Mc Cabe et al., (1999) où l'on voulait vérifier comment la qualité de vie était associée à la relation thérapeutique chez la personne atteinte de schizophrénie. Les résultats démontrent qu'il existe une corrélation positive pour les clients qui sont suivis à long terme. Les dimensions les plus touchées sont les relations sociales et la qualité de vie en général. Il est à noter que pour ces deux études, les échantillons et les instruments de mesure diffèrent de ceux utilisés dans la présente étude.

Il apparaît approprié de mentionner que certaines études dont celle de Chinman et al., (1999) font mention de l'importance du contact « en personne » comme moyen essentiel afin d'établir et de préserver l'alliance thérapeutique. Ces auteurs affirment que les personnes suivies par les programmes PACT considèrent leur relation avec

leur intervenant comme plus importante que le soutien qu'ils reçoivent afin de régler les problèmes de la vie quotidienne. De plus, ces auteurs identifient dans cette étude qualitative certains thèmes qui semblent avoir une certaine importance pour les personnes suivies par les programmes PACT. Soulignons entre autres que les clients mettent l'accent sur l'importance de la qualité de la relation avec leur intervenant dont ils apprécient les interventions et le soutien apporté.

Les résultats de la présente étude démontrent que la perception de l'alliance thérapeutique est en relation avec les changements dans certaines dimensions de la qualité de vie. Ainsi, l'alliance thérapeutique semble agir comme une condition essentielle associée à l'amélioration des conditions de vie de la personne. De plus, les résultats de la présente étude indiquent que ce n'est pas tant la fréquence, la durée ou encore le type d'intervention qui semble reliés aux changements dans la qualité de vie mais plutôt la perception d'une bonne alliance thérapeutique qui elle repose sur l'entente entre le client et l'infirmière sur les buts de la relation, les tâches à accomplir et les liens à développer (Bordin, 1979).

Forces et limites de l'étude

Forces et limites du devis de recherche

La présente étude semble être la première recherche québécoise à s'intéresser à l'existence de relations entre les trois variables d'intérêt soit la qualité de vie, l'alliance thérapeutique et les caractéristiques de l'intervention infirmière client auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves et réfractaires intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu. Compte tenu de l'état des

connaissances actuelles en lien avec le sujet de la présente étude, le type de devis que nous avons utilisé apparaît approprié (Burns &, Grove, 1997 ; Fortin, 1996).

Toutefois, ce type de devis ne permet pas d'établir des liens de causalité entre les variables mais uniquement de vérifier l'existence de relations entre elles. Ces associations possibles entre les différentes variables permettront de poser certaines hypothèses qui pourront, éventuellement, conduire à la vérification d'hypothèses ou de modèles théoriques.

Forces et limites liées à la représentativité de l'échantillon

Le fait qu'un échantillon non probabiliste ait été constitué à partir de deux sites d'implantation du SIM peut être considéré comme une des forces de l'étude. Ceci assure une plus grande représentativité des contextes de suivi des personnes atteintes de troubles mentaux graves et réfractaires bénéficiant des services de suivi dans le milieu. Toutefois, un échantillon non probabiliste limite les possibilités de généralisation (Fortin, 1996). Il est aussi à considérer que chacun des deux sites ayant ses caractéristiques propres au plan historique peut faire en sorte que l'analyse des données s'avère plus complexe. En effet, bien que pour les deux sites la période de temps entre le T1 et le T2 a été similaire (12 mois), il faut souligner que le début de l'implantation du programme et le début de l'étude a pu être différent dans chacun des deux sites

Forces et limites reliées aux instruments de mesures

Le relevé quotidien de contacts (RQC) (Gélinas, & Dion, 1999) a été développé spécialement pour la recherche multi sites sur les programmes SIM. Après une année d'utilisation et une étude de validation dans les deux sites, cette grille

démontre de bonnes qualités psychométriques. Il s'agit d'une grille unique et d'un outil fiable dont on peut supposer que les résultats sont valides.

Le questionnaire de Qualité de vie du Wisconsin (Becker et al., 1993) a été testé, tant dans sa version originale que dans sa version française dans une autre étude similaire. Dans les deux versions, les résultats démontrent de bonnes qualités psychométriques. Toutefois, à l'usage, force est de constater que la façon dont sont construites les échelles rend difficile l'interprétation et l'analyse des données. Par exemple, certaines échelles varient de -3 à +3 alors que d'autres sont dichotomiques laissant la place à la variation dans l'interprétation des données.

Le questionnaire d'Alliance thérapeutique (Horvath, & Greenberg, 1989) a dans sa version originale anglaise fait l'objet de trois études de validation et présente de bonnes qualités psychométriques qui ont fait l'objet de trois études de validation. Cependant, celles-ci ont été complétées auprès de personnes présentant des problèmes de nature névrotique. Par ailleurs, la version française a fait l'objet d'études auprès d'intervenants et de clients du SIM du CH Louis-H Lafontaine. Différemment de la version originale qui propose trois dimensions, les résultats des analyses amènent les chercheurs à proposer un modèle présentant un seul facteur général avec une version brève comportant 12 items qui a été retenue pour cette étude et dont les qualités psychométriques ont été établies.

Les limites des instruments de mesure ont été décrites précédemment dans le chapitre de la méthode. Les qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés dans cette étude permettent de soutenir la validité des résultats de la présente étude.

Forces et limites de la collecte de données

Une des forces de la collecte de données au niveau des caractéristiques de l'intervention tient au fait que l'intervenant codifie sur le relevé quotidien de contact toute intervention de plus de 10 minutes faite dans le cadre de son travail. Cette information témoigne, au quotidien, de l'intensité et de la complexité des interventions faites dans le cadre du suivi intensif dans la communauté. A notre connaissance, il n'y a pas d'études sur le suivi intensif dans le milieu qui ont procédé à une telle collecte de données sur les caractéristiques de l'intervention. De plus, le RQC nous trace le profil sur le « quoi » de l'intervention infirmière, c'est-à-dire le type et la sphère d'intervention que l'infirmière a appliqué dans une situation précise mais il ne nous renseigne pas sur le « comment » et le « pourquoi » des interventions.

Par ailleurs, il faut noter que même si les intervenants des équipes SIM ont eu de la formation en lien avec l'utilisation du RQC, la compréhension qu'ils ont, face aux différents concepts, peut faire en sorte que leur façon de compléter la fiche RQC puisse différer. Cependant, lorsque des différences sont notées, celles-ci sont minimales et ne semblent pas avoir d'impact sur l'ensemble des RQC.

L'utilisation de questionnaires où le client doit fournir un certain effort de concentration afin de répondre aux questions a pu causer un inconfort aux participants présentant des fonctions cognitives altérées par la maladie ou encore influencer la qualité de leurs réponses. A cet égard, ceux-ci ont reçu le soutien de leur infirmière. Il est possible qu'un biais de désirabilité sociale ait été introduit par le fait que certains clients, bien qu'ils aient été rassurés à ce sujet, ont pu craindre un changement dans les services reçus ou encore dans la relation avec leur infirmière.

Ceci a pu exercer une certaine influence dans le choix de leurs réponses, notamment au questionnaire d'alliance thérapeutique.

Forces et limites au plan de l'analyse des données

Les données ont été vérifiées pour éliminer les sources d'erreur possibles. Les analyses statistiques ont été réalisées et soumises à un statisticien qui en a vérifié la pertinence et l'exactitude afin qu'elles soient conformes aux règles établies. Le respect des procédures d'analyse permet de croire que les résultats de la présente étude sont valides.

Recommandations pour les recherches futures et pratique infirmière

Recommandations pour les recherches futures

À ce jour, peu d'études se sont intéressées à la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans le milieu s'inspirant du PACT. Les résultats de la présente étude rejoignent ceux de Mueser et al., (1998) qui affirment que le PACT a un effet modéré sur la qualité de vie. Par contre, l'étude Québécoise récente de Latimer et al., (2001) démontre une augmentation significative de la qualité de vie six mois après l'inscription au SIM. Les scores tendent à se stabiliser par la suite jusqu'à 24 mois. En conséquences, les futures recherches devraient s'attarder à vérifier quelles sont les caractéristiques de l'intervention qui assurent un changement dans la qualité de vie et celles le plus susceptible d'agir sur le maintien de cette qualité de vie afin d'éviter les rechutes. De plus, il pourrait être intéressant que des études longitudinales prochaines puissent évaluer la qualité de vie avec des mesures prises avant l'intégration de la personne au SIM et, par la suite, à chaque période de 6 mois pour une durée de deux ou trois ans afin de vérifier

comment se comporte la qualité de vie au fil du temps et obtenir ainsi des données comparables.

Des études qualitatives pourraient s'attarder à l'expérience même de la personne en regard de sa propre qualité de vie en vue de déterminer quelles sont, pour elle, les dimensions incontournables d'une réelle qualité de vie et orienter ainsi l'infirmière dans le choix de ses interventions.

Il pourrait aussi être pertinent de vérifier les changements dans la qualité de vie des personnes inscrites dans un programme SIM en lien avec d'autres variables. Par exemple, les changements dans la qualité de vie en fonction de certaines caractéristiques des clients comme : le sexe, les catégories d'âge, la durée d'utilisation des services psychiatriques, la comorbidité, les services disponibles dans la communauté etc. Cela pourrait permettre aux infirmières de mieux adapter leurs interventions en fonction des caractéristiques de la personne et de son vécu.

Les résultats de la présente étude rapportent des résultats significatifs au plan de l'alliance thérapeutique et de la qualité de vie globale des personnes. Ces résultats pourraient servir de piste pour des recherches futures afin de mieux déterminer si ce sont les buts, les tâches et les liens composant l'alliance thérapeutique qui ont le plus d'influence positive dans la qualité de vie.

Recommandations pour la pratique infirmière et pour la formation

Les résultats de la présente étude permettent de mettre en relief l'importance de la qualité de l'alliance thérapeutique comme un facteur pouvant contribuer à des changements dans la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme SIM. La conception biopsychosociale des soins infirmiers et les principes de réadaptation psychosociale qu'elle intègre à sa pratique (OIIQ, 2003) font de l'infirmière une

professionnelle de choix au sein des équipes SIM. Ainsi, la contribution de l'infirmière est essentielle à l'implantation de cette modalité thérapeutique (Thomson, Gélinas, & Ricard, 2002). Comme l'indique le relevé de contacts, les modalités de service offertes par une équipe SIM sont variées et complexes. Elles demandent à l'infirmière de maîtriser plusieurs dimensions de la pratique infirmière en psychiatrie. Il est donc important que l'infirmière ait une conception claire de son rôle et une vision holistique du problème de santé de la personne. L'intervention ne devra pas se limiter seulement à intervenir au plan des AVQ ou au plan psychologique mais sur les dimensions biologiques, psychologiques et sociales en lien avec la personne et son problème de santé.

Comme la présente étude le démontre, l'infirmière intervient auprès de la personne au niveau de plusieurs dimensions de sa vie. A cet égard, il peut apparaître étonnant que les interventions de l'infirmière ne soient pas plus fréquentes au plan de la santé physique des participants. En effet, les personnes atteintes de troubles mentaux graves présentent souvent des problèmes de santé physique en lien avec leurs conditions de vie souvent difficiles et leur régime thérapeutique. Un des rôles de l'infirmière de l'équipe SIM étant de défendre les droits de ces personnes et de faciliter l'accès aux services de santé physique, on peut croire que cette fonction de l'infirmière aidera les clients du SIM à recevoir les services auxquels ils ont droit et ainsi favoriser une meilleure santé physique. Les infirmières doivent aussi travailler cet aspect de l'éducation à la santé et favoriser l'adoption de comportements de santé susceptibles d'influer sur la santé mentale.

Les résultats de la présente étude le démontrent : l'alliance thérapeutique semble un élément fondamental lié à l'amélioration de certaines dimensions de la

qualité de vie des personnes suivies par les infirmières du SIM. L'alliance thérapeutique avec des personnes qui présentent des problèmes complexes de santé, des problèmes de méfiance et d'assiduité au traitement comporte des défis de taille. Il apparaît donc important que les infirmières maîtrisent chacun des éléments qui favorisent une alliance de qualité. La qualité de sa présence, sa confiance envers la personne, l'évaluation des résultats obtenus, la définition avec la personne d'un nouveau projet de vie, bref, les buts, les tâches et les liens, sont autant d'éléments auxquels elle devra accorder une attention constante afin de soutenir le client dans son engagement à son traitement et l'aider à reprendre du pouvoir sur sa vie.

Il est donc important que les infirmières aient accès à des activités de formation et de mise à jour dans le but de s'approprier ou de consolider des connaissances en lien avec le domaine de pratique du suivi intensif dans la communauté. Pensons entre autres aux divers besoins de formation tels : 1) la formation continue sur l'évaluation de la condition mentale afin de bien évaluer les besoins de la personne et sa réponse au traitement ; 2) de la formation dans le domaine de la toxicomanie qui, selon les résultats de la présente étude était une des sphères où l'infirmière intervenait le moins ; 3) de la formation afin d'utiliser davantage les ressources de réadaptation, notamment au plan du travail et de l'école qui demeurent une sphère dans laquelle l'infirmière intervient peu ; 4) de la formation sur les approches cognitives qui semblent une modalité d'intervention de choix auprès des personnes atteintes de schizophrénie et qui pourraient outiller davantage les infirmières à intervenir aux plans des relations interpersonnelles et auprès des familles et 5) de la formation sur l'éducation à la santé afin de consolider les connaissances de l'infirmière sur l'adoption des comportements de santé et les besoins de la clientèle.

Afin d'offrir des services de qualité aux personnes atteintes de troubles mentaux graves, les infirmières doivent modeler leur pratique sur le principe de la réadaptation psychosociale qui vise le traitement, le soutien et la réadaptation de la personne dans son milieu de vie (OIIQ, 2003). De par leur approche biopsychosociale, les infirmières se positionnent comme des expertes au niveau des soins dans la communauté et deviennent des partenaires incontournables au sein des équipes interdisciplinaires. Afin de réaffirmer la position de l'infirmière au sein de ces équipes, on ne peut que souhaiter que d'autres études viennent contribuer à une confirmation de son rôle et ainsi consacrer son apport significatif au niveau des équipes de suivi intensif dans le milieu.

LA CONCLUSION

Les personnes atteintes de troubles mentaux graves et réfractaires sont considérées comme une clientèle prioritaire dans le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998). C'est particulièrement à ces personnes que s'adressent les programmes de suivi intensif dans la communauté. Cette étude avait pour but de décrire après une année de suivi la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme SIM et vérifier si ces changements sont associés aux caractéristiques de l'intervention infirmière et à la qualité de l'alliance thérapeutique infirmière client.

Cette étude a permis de mettre en relief certains résultats d'intérêt notamment au plan de la perception de l'alliance thérapeutique qui, au deux temps de mesure, demeurent fortes et similaires autant chez les clients que chez les infirmières. Les résultats de cette étude nous conduisent à observer que plus la perception de l'alliance thérapeutique est perçue positivement, tant pour les personnes que pour les infirmières aux deux temps de mesure, plus le client perçoit positivement les changements dans les divers aspects de sa qualité de vie. Il est de plus intéressant de constater qu'il existe une relation significative entre la qualité de l'alliance thérapeutique infirmière-client et les changements dans la qualité de vie au niveau de la dimension de la qualité de vie globale. L'alliance thérapeutique apparaît comme un élément incontournable au plan de la satisfaction face aux différentes dimensions de la qualité de vie.

Il apparaît aussi important de mentionner que le suivi intensif dans la communauté met en valeur le rôle de l'infirmière comme celui d'intervenant pivot. Elle doit favoriser la continuité des soins et privilégier des interventions et une approche normalisante où la personne peut exercer son droit de choisir. Elle contribue de façon spécifique, par son approche biopsychosociale, à faire en sorte que

la personne atteinte de trouble mental grave, à évolution difficile, ait accès à toute la gamme de services tant au niveau du traitement biopsychosocial qu'au plan de sa réinsertion dans la communauté afin que la personne intégrée dans un programme SIM puisse jouer pleinement son rôle de citoyen à part entière.

Dans son cadre de référence traitant du suivi intensif en équipe pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ, 2000) proposait un modèle de suivi intensif dans la communauté qui se voulait une solution gagnante pour les usagers, les familles et les proches et les intervenants psychosociaux et médicaux, pour les gestionnaires et pour les autres partenaires. Les résultats de cette étude permettent d'identifier quelques conditions nécessaires à un suivi de qualité auprès des personnes atteintes de troubles mentaux graves qui sont intégrées dans les programmes SIM. Afin que ces conditions puissent se réaliser dans le meilleur intérêt des personnes, il faut que la volonté gouvernementale injecte les sommes nécessaires à la mise en place d'équipes complètes et fonctionnelles qui puissent se concrétiser rapidement.

Ainsi les personnes atteintes de troubles mentaux graves pourront recevoir des services adaptés dans leur milieu de vie tout en améliorant leur autonomie et leur qualité de vie et viser une réinsertion complète dans la société.

RÉFÉRENCES

- Aberg-Wistedt, A., Cressel, T., Lidberg, Y., Lijenberg, B., & Osby, U. (1995). Two-year outcome of team based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 1263-1266.
- AHQ. (2000). *Cadre de référence : Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Montréal : Association des Hôpitaux du Québec.
- Aird, G., & Amyot A., (1980). La psychiatrie communautaire. Dans P. Lalonde, & F. Greenberg. *La psychiatrie clinique : Approche contemporaine* (857-875). Chicoutimi : Gaetan Morin.
- Allen, J. G., Deering, D., Buskirk, J. R., & Coyne L. (1988). Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu. *Psychiatry*, 51, 291-299.
- Ally, G., Benoît, D., Desjardins, M., Lesage, A., Layet, A., & Morissette, R. (1998). *Le suivi intensif dans le milieu Montréal*. Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bachrack, L. L. (1992). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long term patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1455-1463.
- Baker, F., & Intagliata, J. (1992). Case management. Dans R. P. Liberman, (ed) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, (213-243). New-York: Mac Millan Publishing company.
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Sonic, R., Stone, A. R., Nash, E. R. & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 184-192.
- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 239-251.
- Berger, M., Poli, F., & Dazord, A. (1998). Evaluation de la qualité de vie des patients psychotiques chroniques vivant en appartements protégés. *L'encéphale*, 24, 9-17.

- Bibring, E. (1937). On the theory of the results of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 18, 170-189.
- Bigelow, D. A. (1991). *Quality of life for community mental health program clients*. Symposium models of quality of life. IIIe congress world association for psychosocial rehabilitation. United states.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Trewart, L., & Olson, M. (1982). The concept and mesasurement of quality of life as a dependant variable in evaluation of mental health services. Dans G.J., stanler, & W.R., Tash, W. R. *Innovation approaches to mental health evaluation*. (345-366). New-York: Academic Press.
- Bisson, J. (2001). *Le relevé quotidien de contact*. Communication personnelle. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bond, B. J., & Santos, A. B. (1995). Assertive community treatment: An upgrade of randomized trials. *Psychiatric Services*, 46, 669-675.
- Bond, G. R., McDonel, E. C., Miller, L. D., & Pensec, M. (1991). Assertive community treatment and reference group: An evaluation of their effectiveness for youngs adults with serious mental illness and substance abuse problems. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 152(2), 31-43.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory Research and Practice*, 16, 252-260.
- Brekke, J. (1987). The model-guided method of monitoring program implementation. *Evaluation Review*, 5, 37-56.
- Brekke, J., & Test, M. A. (1987). An empirical analysis of services delivered in a model community support program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 4, 51-61.
- Burus, N., & Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization* (3e ed.), Philadelphia, Pennsylvania: W. B. Saunders Company.
- Chandler, D., Meisel, J., McGovern, M., Mintz, J., & Madison, K. 1996). Client outcomes in two model capitated integrated service agencies. *Psychiatric Services*, 47, 175-180.
- Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Manst, J., & Davidson, L. (1999). Therapeutic agents of assertive community treatment. *Psychiatry Quaterly*, 70, 137-162.
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris : Masson.

- Corbières, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2001). *Validation of a French version of the working alliance inventory*. Centre de recherche Fernand Seguin. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Diaz, P., Mercier, C., Hackey, R., Boyer, G., & Caron, J. (1999). An evaluation of the psychometric properties of the Canadian edition of the Wisconsin Quality of Life Index. *Quality of Life Research*, 8(6), 509-514.
- Dorvil, H., Guttman, H., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale*. Québec : Ministère de la santé et ses services sociaux.
- Drake, R. E. (1998). Brief history, current status and future place of assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 172-175.
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approach to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 115-118.
- Farnam, C. R., Zipple, A. M., Tyvrell, W., & Chittinanda, P. (1999). Health status risk factors of people with severe and persistent mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 37, 16-21.
- Fekete, D. M., Bond, G. R., McDonell, E. C., Solyers, M., Chen, A., & Miller, L. (1998). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 371-378.
- Forchuk, C. (1995). Development of Nurse-client relationships: What helps? *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 1, 146-153.
- Forchuk, C., Brown, B. (1989). Establishing a Nurse-client relationship: *Journal of American Psychosocial Nursing*, 27(2), 30-34.
- Fortin, M. F. (1996). *Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal: Décarie éditeur.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Freud, S., (1912). The dynamic of transference. Dans A.O., Horwath, & L. Imborsky. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (561-573).
- Gehrs, M., & Goering, P. (1994). The relationships between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psycho-Social Rehabilitation Journal*, 18, 43-54.

- Gélinas, D. (1999). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 2, 17-48.
- Gélinas, D., & Dion, E. (1999). *Manuel d'utilisation du relevé quotidien de contacts*. Montréal : Hôpital Louis-H. La Fontaine.
- Gérin, P., Dazord, A., & Ciadella, P. (1992). Le questionnaire « profil de la qualité de vie subjective ». *Thérapie*, 46, 131-138.
- Gilbert, M., Charbonneau, N., Charland, C., & Delorme, A. (1998). *Le suivi intensif dans le milieu*. Granby : Centre hospitalier de Granby.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Guy, S. (1997). Assertive community treatment of the long term mentally ill. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3(6), 185-190. .
- Helson, H. (1964). *Adaptation-level theory*. New-York: Harper and Low.
- Horvath, A. O., & Imborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 36, 223-233.
- Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mental disabled : The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 655-671.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453.
- La Fave, H. G., De Souza, H. R., & Gerber, G. J. (1996). Assertive community treatment of severe mental illness : A Canadian experience. *Psychiatric Services*, 47(7), 757-759.
- Lam, J. A., & Rosenheck, R. A. (2000). Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 51, 116-118.
- Lamb, H. R. (1993). *Lessons learned from desinstitutionalisation*. Conférence prononcée au congrès de l'Association mondiale de la réadaptation psychosociale. Paris, France.

- Latimer, E. (2000). *Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Montréal : Association des hôpitaux du Québec.
- Latimer, E., Mercier, C., & Crocker, A. (2001). Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. *Rapport de recherche soumis aux fonds pour l'Adaptation des services de santé*. Montréal : Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., De Forge, B. R., & Postrado, L. T. (1997). A Randomized Trial of Assertive Community Treatment for Homeless Persons with Severe Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1038-1043.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.
- Lehman, A. F., Ward, N., & Linn, L. S. (1982). Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1271-1276.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychosocial Review*, 50, 370-396.
- McCabe, R., Roder-Warner, V. U., Hoffmann, K., & Priebe, S. (1999). Therapeutic relationships and quality of life: Association of two subjective constructs in schizophrenia patients. *International Journal of Psychiatry*, 45(4), 276-283.
- McGrew, J. D., & Bond, G. R. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: Judgments of the experts. *Journal of mental health administration*, 22, 113-125.
- Mercier, C. (mai 2000). *La qualité de vie après la désinstitutionalisation*. Conférence prononcée au congrès de l'Association mondiale de la réadaptation psychosociale. Paris, France.
- Mercier, C., & Filion, J. (1987). La qualité de vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 135-143.
- Mercier, C. (1987). *Rapport entre la position dans le réseau psychiatrique, l'utilisation des services et la qualité de vie des patients psychiatriques chroniques*. Rapport de recherche. Conseil québécois de la recherche sociale. Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.

- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Neale, M. S., & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatric Services*, 46, 719-721.
- Oliver, J. P. J. (1991). The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Science Review*, 3, 5-45.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2003). *L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie*, Montréal, OIIQ.
- Pepleau, H. E. (1962). Interpersonal techniques: The check of psychiatric nursing. *American Journal of Nursing*, 6, 50-54.
- Pepleau, H. E. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Inter Editions, Paris.
- Poirier, H., Bonin, J. P., Lesage, A., & Reinharz, D. (2000). Evaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach. *Santé-mentale au Québec* 25, 195-214.
- Postrado, L. T., & Lehman, A. (1995). Quality of Life and Clinical Predictors of Rehospitalisation of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 46, 1161-1165.
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 552-557
- Repper, J., Ford, R., & Cooke, A. (1994). How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long term mental health problems? Experience of case management and their clients. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1096-1104.
- Ricard, N., Lesage, A., Reinharz, D., Lauzon, S., & Leclerc, C. (1999). *Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu*. Projet de recherche soumis au PNRDS. Montréal : Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine.
- Roy, C. (1986). *Introduction aux soins infirmiers: Un modèle de l'adaptation*. Chicoutimi : Gaétan Morin.

- Roy, C., & Andrews, A. (1991). *The Roy Adaptation Model: The definitive statement*. Norwalk: Appleton and Lange.
- Roy, C., & Andrews, A. (1999). *The Roy Adaptation Model*: Appleton and Lange.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.
- Sainfort, F., Becker, M., & Diamond, R. (1996). Judgements of quality of life of individuals with severe mental disorders patient self-report versus provider perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 153(4), 497-502.
- Sarbin, T., & Allan, V., (1986). Role theory. Dans Linsey, G., Aronson, E., *The handbook of social psychology*, second ed., Massachussets: Addison-Wesley.
- Scott, J. & Wright, J. (1999). La thérapie cognitive des troubles mentaux graves et persistants. *Santé mentale au Québec*, 24, 89-100.
- Shantze, K., Mairn, V., & Derker, S. (1990). Quality of life in schizophrenia. *Nord Psychiatrisk Tidskrift*, 44, 71-75.
- Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M. A. (1995). The working alliance and consumer case management. *The journal of mental Health Administration*, 22, 126-134.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesferman, E., Levi, J., Shepher, R., Battista, R. N., & Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-Index for use by physicians. *Journal of Chronic Disease*, 34, 585-597.
- Standing Nursing and Midwifery advisory committee (SNAMAC). (1999). Practice guidance: the Nurses contribution to assertive community treatment Grande-Bretagne, Department of mental health, Mental health nursing-adressing acute concerns. (<http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/snmacaac.pdf>).
- Svensson, B., & Hanson, L. (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment program. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 99, 281-287.
- Thompson, D. A., Gélinas, D., & Ricard, N. (2002). Le modèle PACT. *L'infirmière du Québec*, 10,1,26-36.

Test, M. A. (1998). Community based treatment models for adults with severe and persistent mental illnesses. Dans Williams, J. B. K. & Ell, K. *Recent advances in mental health research* (420, 436). Washington D.C. : National Association of Social Workers Press.

United Nations Development Program (1991). Human Development Report 1991. *human Development Report Office*, Oxford University Press, New-York, 18 p. dans <http://www.undp.org/hdra/91.html>

Von Bertalanffy, L., (1968). *General systems theory*. New-York: Braziller.

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800

APPENDICES

Appendice A

Cadre de référence du programme de
suivi intensif

Département de psychiatrie
du
Centre hospitalier de Granby

Cadre de référence

du

Programme de Suivi Intensif
P.S.I.

Michel Gilbert, B.A. psychoéducation
Consultant en suivi intensif

En collaboration avec :
Madame Nicole Charbonneau
Chef administratif des programmes de santé mentale C.H.G. – C.L.S.C.
Madame Céline Charland
Coordonnatrice des services psychiatriques C.H.G.
Dr. André Delorme
Chef du département de psychiatrie C.H.G.

Juin 1998

PRÉAMBULE

L'élaboration de ce document sur le programme de suivi intensif rattaché au département de psychiatrie du centre hospitalier de Granby s'inspire en très grande partie du modèle des **Centres d'Intégration Communautaire**.

Adaptation québécoise du programme PACT (Programm for Assertive Community treatment) développé à Madisson au Wisconsin par Stein et Test et adapté depuis à différents milieux.

Ce programme de réadaptation psychosociale intègre à la fois le traitement spécialisé et la fonction réadaptation en ciblant une clientèle spécifique c'est-à-dire ayant des troubles mentaux graves et persistants avec souvent éléments de comorbidité associés.

2. Principes directeurs du programme

- La personne est l'acteur principal de sa démarche.
- L'intégration et le soutien de la personne dans son milieu naturel impliquent le développement de liens de complémentarité entre les ressources du milieu et une utilisation maximale des partenaires de la communauté.
- Le respect des mandats spécifiques de chacun des partenaires.
- La contribution de la famille, des proches ou tout autre intervenant significatif comme partenaire actif, est une condition de succès dans la réadaptation psychosociale.
- Les intervenants doivent respecter les 2 objectifs de la valorisation des rôles sociaux soit :
 - Le développement des compétences ou des habiletés sociales
 - L'amélioration de l'image sociale de la personne et ceci sans préjudice à l'âge, le sexe et les autres conditions sociales.
- Les interventions de types résolutions de problèmes, médiation et de liaison, visent à :
 - Éviter la poursuite d'une hospitalisation non cliniquement indiquée
 - Prévenir le retour au centre hospitalier par manque de services de maintien dans la communauté

- La réadaptation et le soutien de la personne ayant un trouble grave de santé mentale implique une organisation de services qui intervient à différents niveaux en même temps tels :
 - Le soutien aux familles et aux ressources
 - La réduction des obstacles à l'intégration sociale dans la communauté
- Les interventions s'inspirent des valeurs et principes de la réadaptation psychosociale (A.Q.R.P.)¹

¹ Valeurs et principes de la réadaptation psychosociale, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (A.Q.R.P.) annexe I.

4.2 Modèle d'intervention

En plus de s'inspirer des valeurs et principes de la réadaptation psychosociale (A.Q.R.P.), la philosophie du programme puise ses assises dans le modèle PACT (Programm for Assertive Community Treatment) de Madison au Wisconsin. Mais surtout dans ses adaptations québécoises comme celle du Centre d'intégration communautaire du Centre hospitalier du Centre-Mauricie.

Deux outils cliniques fondamentaux développés par ce centre balisent les interventions, soit :

- la gestion de cas clinique communautaire³.
- le cadre conceptuel des activités communautaires⁴

4.3 But et objectifs généraux

Le but du programme de suivi intensif se décrit comme suit :

« Pour la personne présentant un trouble de santé mentale grave et persistant, offrir avec une approche appropriée et adaptée, le support nécessaire face à son maintien et son intégration dans le milieu de vie de son choix où elle exercera un rôle social valorisant et acceptable pour elle-même et pour son entourage ».

Cinq objectifs généraux précisent la nature des interventions.

1. Augmenter et maintenir chez la personne sa capacité à prendre en charge sa santé physique et mentale.
2. Développer chez la personne les habiletés nécessaires aux activités de la vie quotidienne.
3. Développer ou maintenir chez la personne ses capacités d'interagir adéquatement avec la communauté
4. Développer chez la personne des habiletés nécessaires à l'établissement de relations interpersonnelles et à la création d'un réseau de support.
5. Aider la personne à faire un usage significatif de son temps.

³ La gestion de cas clinique communautaire (annexe III)

⁴ Le cadre conceptuel des activités communautaires (annexe IV)

Appendice B

Le suivi intensif dans le milieu

HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE

**LE SUIVI INTENSIF
DANS LE MILIEU**

Approuvé par le Comité du Suivi Intensif dans le Milieu

11 Mai 1998

**M. Gilles Ally
Mme Diane Benoit
M. Michel Desjardins
Dr. Alain Lesage
Dr. André Luyet
Dr. Raymond Morissette**

ADDENDUM

Revision du document de présentation S.I.M.

Les membres du comité conviennent de joindre un addendum au document du 20 février 1997, adopté par le C.A.

1. BUTS:

Le suivi intensif dans le milieu vise le **traitement - réadaptation - réhabilitation** de personnes atteintes de troubles mentaux graves ou réfractaires. Pour ce faire, l'équipe interdisciplinaire s'assure de dispenser in vivo au quotidien le traitement, le développement d'habiletés de vie et le soutien requis par la personne, ses proches et les personnes qui lui sont significatives. Le résultat escompté est une meilleure qualité de vie et un fonctionnement amélioré qui lui procurent satisfaction et succès dans les multiples lieux d'interactions sociales. Le S.I.M. doit planifier le plus possible le maintien de toutes les compétences de la personne dans son réseau naturel.

Ainsi, la répartition du temps de travail de l'intervenant S.I.M. est de 70% dans la communauté. Ses interventions se font dans la communauté.

2. DÉFINITION:

Le suivi intensif dans le milieu se veut un **enrichissement** qui apporte à la personne présentant des troubles mentaux graves ou réfractaires des services de traitement-réadaptation-réhabilitation favorisant son maintien dans la société.

Le suivi intensif dans le milieu est une fonction qui doit être assurée pour un certain nombre de personnes souffrant de troubles mentaux graves ou réfractaires afin de leur assurer des services et des soins de traitement - réadaptation - réhabilitation. Une intervention au quotidien pour certaines personnes souffrant de troubles graves ou réfractaires qui présentent des déficits est assurée.

La littérature sur le suivi intensif (Assertive Community Treatment) présente généralement la modalité de suivi intensif organisée en une équipe spécialement dédiée au suivi intensif. Une telle équipe prend en charge un groupe de personnes souffrant de troubles mentaux graves ou réfractaires et assume la responsabilité du traitement - réadaptation - réhabilitation. Les adaptations de ce modèle organisationnel ont été nombreuses selon la littérature. Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé arrive aussi à la conclusion que l'organisation du suivi intensif ne pourra qu'être adaptée dans les diverses régions du Québec et que seule une évaluation continue permettra de montrer si l'adaptation est faisable, efficace et à quelle modification organisationnelle elle a conduit.

L'Hôpital Louis-H. Lafontaine a choisi de fournir la modalité de suivi intensif, en l'organisant non pas en série d'équipes entièrement dédiées au suivi intensif, distincte des équipes interdisciplinaires de secteurs, mais intégrée dès le départ dans l'organisation des équipes interdisciplinaires déjà en place; celles-ci s'adaptent à modifier leur organisation et le rôle afin d'assurer la fonction de suivi intensif dans le milieu aux personnes qui le requièrent. De nouveaux intervenants dont leur fonction sera de fournir du suivi intensif à certaines personnes seront ajoutées aux équipes interdisciplinaires de secteurs déjà en place.

3. OBJECTIFS:

1. Participer à la stabilisation symptomatique et sociale des personnes souffrant de troubles mentaux graves ou réfractaires en milieu dans la communauté.
2. Supporter la personne souffrant de troubles mentaux graves ou réfractaires dans son milieu.
3. S'assurer que la personne souffrant de troubles mentaux graves ou réfractaires a une réponse à ses besoins dans la communauté.
4. Développer une qualité de vie optimale auprès de la personne souffrant de troubles mentaux graves ou réfractaires.
5. Aider au développement du potentiel et des habiletés de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves ou réfractaires afin qu'il puisse arriver à une autonomie optimale et assumer des rôles sociaux de plus en plus valorisants.

Appendice C

Informations socio-démographiques

du client et de l'intervenant

1 - Information de base

Numéro de dossier du client

--	--	--	--	--	--	--	--

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--	--	--

Date

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Année

Mois

Jour

Date de naissance

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Année

Mois

Jour

Date d'entrée dans le SIM*

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Année

Mois

Jour

Sexe Féminin Masculin

* Pour les patients qui étaient suivis par un programme de soutien au logement avant le SIM, la date d'entrée est le 1 avril 1998.

Numéro d'assurance-maladie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Langue usuelle
(un seul choix)Français Anglais Autre spécifiez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Origine ethnique

Noire Latine Asiatique Amérindienne Blanche Autre

spécifiez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pays de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Années de scolarité complétées au:

--	--

primaire

--	--

secondaire

--	--

post-secondaire

Nombre
d'enfants:

--	--

(Entrer "0" si aucun)

(Entrer "99" si ne sait pas)

2 - Histoire de la condition psychiatrique

Le client faisait-il partie du programme de soutien aux logements (PSL) avant d'entrer dans le SIM ?

Si non, répondre aux questions de la présente page et passer à la page 4 Non

Oui Si oui, veuillez répondre aux questions de la présente page et de la page suivante

A l'entrée dans le SIM

Diagnostics du client à l'entrée dans le SIM (Plusieurs réponses possibles)

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles de la personnalité
- Retard mental
- Troubles liés à une substance
- Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs
- Trouble mental relié à une condition médicale non classée ailleurs
- Troubles généralement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence
- Autre
- Inconnu

Le client a-t-il été hospitalisé en psychiatrie ailleurs qu'à votre centre hospitalier durant la dernière année précédant l'entrée dans le SIM ?

- OUI
- NON

Si oui : A) à quel endroit ? :

B) combien de fois ?

--	--

Présentement

Diagnostics actuel du client (Plusieurs réponses possibles)

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles de la personnalité
- Retard mental
- Troubles liés à une substance
- Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs
- Trouble mental relié à une condition médicale non classée ailleurs
- Troubles généralement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence
- Autre
- Inconnu

Le client a-t-il été hospitalisé en psychiatrie ailleurs qu'à votre centre hospitalier durant les 12 derniers mois ?

- OUI
- NON

Si oui : A) à quel endroit ? :

B) combien de fois ?

--	--

Âge lors de la première consultation psychiatrique?

--	--

A quel endroit? Votre centre hospitalier

Autre Précisez:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ne sait pas

Ne s'applique pas

Âge lors de la première hospitalisation psychiatrique?

--	--

A quel endroit? Votre centre hospitalier

Autre Précisez:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ne sait pas

Ne s'applique pas

3 - Assiduité à la médication

À l'entrée dans le SIM

Le client prenait-il de la médication psychiatrique au cours des 4 semaines avant son entrée dans le SIM ?

- Oui Non Ne sait pas

Le client prenait-il de la médication psychiatrique telle que prescrit ?

- Jamais
 Très peu fréquemment
 Parfois
 Assez souvent
 Toujours
 Ne sait pas

Présentement

Le client prend-il actuellement de la médication psychiatrique ?

- Oui Non

Le client prend-il de la médication psychiatrique telle que prescrit ?

- Jamais
 Très peu fréquemment
 Parfois
 Assez souvent
 Toujours

4 - Questions pour les clients qui étaient au programme de soutien au logement au moment d'entrer dans le SIM

Date d'entrée dans le programme de soutien au logement

--	--

Mois

--	--	--	--

Année

À l'entrée dans le programme de soutien au logement

Diagnostics du client à l'entrée dans PSL (Plusieurs réponses possibles)

- Troubles de l'humeur
 Troubles anxieux
 Schizophrénie et autres troubles psychotiques
 Troubles de la personnalité
 Retard mental
 Troubles liés à une substance
 Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs
 Trouble mental relié à une condition médicale non classée ailleurs
 Troubles généralement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence
 Autre
 Inconnu

Le client a-t-il été hospitalisé en psychiatrie ailleurs qu'à votre centre hospitalier ?

OUI

NON

Si oui : A) à quel endroit ? :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B) combien de fois ?

--	--

Description de l'état de santé physique du client un an avant l'entrée dans le PSL

- Pas de problème de santé physique
 Problèmes de santé mineurs (ex. grippe)
 Problèmes de santé physique imposant de légères restrictions sur la mobilité et l'activité
 Restriction modérée de l'activité reliée à des problèmes de santé physique
 Incapacité grave ou complète reliée à des problèmes de santé physique

5 - État de santé général***A l'entrée dans le SIM***

Description de l'état de santé physique du client un an avant l'entrée dans le SIM

- Pas de problème de santé physique
- Problèmes de santé mineurs (ex. grippe)
- Problèmes de santé physique imposant de légères restrictions sur la mobilité et l'activité
- Restriction modérée de l'activité reliée à des problèmes de santé physique
- Incapacité grave ou complète reliée à des problèmes de santé physique

Présentement

Identifiez les problèmes de santé de longue durée :

- Anémie
- Maladie de peau ou autres allergies cutanées
- Autres allergies
- Rhume des foins
- Sérieux maux de dos ou de la colonne
- Arthrite ou rhumatisme
- Autres problèmes sérieux des os et des articulations
- Cancer
- Paralysie cérébrale
- Diabète
- Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme
- Déficience mentale ou intellectuelle
- Dépression
- Epilepsie
- Hypertension (haute pression)
- Maladie de coeur
- Troubles urinaires ou maladie du rein
- Ulcères d'estomac
- Autres troubles digestifs
- Goître ou troubles de la thyroïde
- Migraines ou maux de tête fréquents
- Incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre
- Paralysie suite à un accident
- Paralysie suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale
- Période de grande nervosité ou d'irritabilité
- Période de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes
- Incapacité ou handicap suite à l'obésité
- Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne

Autres : _____

Relevé de consommation d'alcool

Numéro de dossier du client

--	--	--	--	--	--	--

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--	--	--

Date

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Année

Mois

Jour

Il s'agit dans ce questionnaire d'évaluer la consommation de d'alcool chez le client, **dans les six derniers mois précédant la cotation**, à l'aide de l'échelle suivante. Votre évaluation se fonde sur ce que le client dit de sa consommation, votre observation pendant les entrevues, l'observation des comportements en général, les rapports des diverses sources (famille, centre de jour, communauté, etc.) lorsque vous cotez.

NOIRCIR LE ROND QUI CORRESPOND LE MIEUX AU CLIENT.

Noircir comme ceci : ●

Pas comme ceci : ☒ ☑

1 ABSTINENT. Le client n'a pas consommé d'alcool dans les six derniers mois.

2 A CONSOMMÉ SANS PROBLÈME SIGNIFICATIF. Le client a consommé de l'alcool dans les six derniers mois sans qu'il y ait évidence d'un problème persistant et récurrent au plan social, occupationnel, psychologique ou physique lié à sa consommation. "La consommation est dite sociale."

3 ABUS. Le client a consommé de l'alcool durant les six derniers mois et il y a évidence d'un problème persistant et récurrent au plan social, occupationnel, psychologique ou physique lié à sa consommation et évidence de récurrence dangereuse. *Par exemple, la consommation récurrente d'alcool a entraîné des comportements dérangeants et des problèmes dans la vie quotidienne. Les problèmes ont été persistants pendant au moins un mois.*

4 DÉPENDANCE MODÉRÉE. Rencontre le critère à un niveau modéré si présence d' au moins trois critères parmi les suivants : a) consommation plus grande et plus rapprochée que prévue; b) plus de temps consacré à se procurer et à consommer de l'alcool; c) intoxication fréquente ou symptômes de sevrage interférant avec d'autres activités; d) abandon de certaines activités comme le travail à cause du problème de consommation; e) consommation continue malgré le fait que l'individu reconnaisse son problème de consommation; f) tolérance accrue; g) symptômes caractéristiques de sevrage; h) consommation d'alcool pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. *Par exemple, une consommation excessive et la préoccupation de consommer a amené l'individu à abandonner un entraînement au travail et à éviter les activités où on ne consomme pas d'alcool.*

5 DÉPENDANCE GRAVE ET INSTITUTIONNALISATION. Rencontre les critères de dépendance modérée, de plus les problèmes reliés à la consommation rendent le fonctionnement quotidien difficile à l'extérieur d'une institution. *Par exemple, la consommation constante d'alcool entraîne des problèmes graves de comportements dérangeants, par exemple une plainte logée aux policiers pour non paiement du loyer peut entraîner une hospitalisation.*

Informations socio-démographiques (Intervenant)

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--	--

Date

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Sexe = Féminin
Masculin

Date de naissance

				-			-		
Année					Mois			Jour	

Profession de l'intervenant

- Infirmier(ère)
 Educateur(trice) spécialisé(e)
 Travailleur(se) social(e)
 Autre

Précisez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Années d'expérience en psychiatrie

- Soins de courte durée
- Soins de longue durée
- Clinique externe
- Suivi aux appartements
- Autre

Date d'entrée dans le SIM

				-			-		
Année					Mois			Jour	

Précisez

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formation de l'intervenant

- Collégial
 Certificat universitaire
 Premier cycle universitaire
 Deuxième cycle universitaire
 Troisième cycle universitaire

Appendice D

Wisconsin – version client

Numéro de dossier du client

Matricule de l'intervenant

Date

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Année

Mois

Jour

1. A quel point êtes-vous satisfait ou insatisfait	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
a) de la façon dont vous occupez votre temps?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) lorsque vous êtes seul?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) de l'endroit où vous habitez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) de votre quartier en tant que milieu de vie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) de la nourriture que vous mangez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) des vêtements que vous portez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) des services de santé mentale que vous utilisez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) de l'accès que vous avez à des moyens de transport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) de votre vie sexuelle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) de votre sécurité personnelle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Quelle importance accordez-vous:	Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
a) à la façon dont vous occupez votre temps?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) au fait d'être à l'aise lorsque vous êtes seul?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) à l'endroit où vous habitez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) à votre quartier en tant que milieu de vie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) à la nourriture que vous mangez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) aux vêtements que vous portez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) aux services de santé mentale que vous utilisez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) à l'accès que vous avez à des moyens de transport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) à votre vie sexuelle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) à votre sécurité personnelle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Activités et occupations

3. Durant les quatre dernières semaines, vous avez: (Cochez une case)

- travaillé/étudié ou fait des tâches ménagères comme vous le faites habituellement
 travaillé/étudié ou fait des tâches ménagères mais moins qu'avant
 arrêté de travailler/étudier ou de faire des tâches ménagères à comparer à ce que vous faisiez avant

4. Combien d'heures par semaine travaillez-vous ou allez à l'école? Heures par semaine:

--	--

5. Quelle est votre activité principale? (cochez une case)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Travail rémunéré | <input type="radio"/> Artisanat loisirs/hobby |
| <input type="radio"/> Bénévolat/travail non rémunéré | <input type="radio"/> Tâches ménagères |
| <input type="radio"/> Études | <input type="radio"/> Pas d'activités structurées |
| <input type="radio"/> Traitement/programme de réadaptation | <input type="radio"/> autre |

6. À quel point êtes -vous satisfait ou insatisfait par rapport à votre activité principale? (cochez une case)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Très insatisfait | <input type="radio"/> Un peu insatisfait | <input type="radio"/> Modérément satisfait |
| <input type="radio"/> Modérément insatisfait | <input type="radio"/> Ni satisfait, ni insatisfait | <input type="radio"/> Très satisfait |
| | <input type="radio"/> Un peu satisfait | |

7. Vous sentez-vous impliqué dans des activités: (choisissez-en une)

- Moins que vous le souhaiteriez
 Plus que vous le souhaiteriez
 Autant que vous le souhaiteriez

8. Quelle activité principale souhaiteriez avoir? (Cochez une case)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Travail rémunéré | <input type="radio"/> Artisanat loisirs/hobby |
| <input type="radio"/> Bénévolat/travail non rémunéré | <input type="radio"/> Tâches ménagères |
| <input type="radio"/> Études | <input type="radio"/> Pas d'activités structurées |
| <input type="radio"/> Traitement/programme de réadaptation | <input type="radio"/> autre |

Bien-être psychologique

9. Maintenant, nous aimerions savoir comment vous vous sentez par rapport à ce qui se passe dans votre vie. Pour chacune des questions suivantes, cochez la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti dans les quatre dernières semaines.

Oui Non

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | a) Content d'avoir accompli quelque chose? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | b) Très seul ou éloigné des autres personnes? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | c) Souffrant d'ennui? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | d) Content parce que les choses allaient comme vous le vouliez? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | e) Tellement agité que vous ne pouviez pas rester assis longtemps? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | f) Fier parce qu'on vous avait félicité au sujet de quelque chose que vous aviez fait? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | g) Blessé parce que quelqu'un vous avait critiqué? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | h) Particulièrement emballé par quelque chose? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | i) Déprimé ou très malheureux? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | j) Le plus heureux au monde? |

10. Dans les quatre dernières semaines, diriez-vous que votre santé mentale a été:

- Mauvaise Acceptable Bonne Très bonne Excellente

11. Durant les quatre dernières semaines, vous: (cochez une case)

- vous êtes senti généralement calme et avec une attitude positive
 avez eu des périodes d'anxiété ou de dépression
 avez été généralement confus, effrayé, anxieux ou déprimé

12. Il y a plusieurs aspects à la détresse émotionnelle dont le sentiment de dépression, l'anxiété, le fait d'entendre des voix, etc. Durant les quatre dernières semaines, à quel point ces symptômes vous ont-ils causé de la détresse? (Cochez une case)

- Pas du tout Très peu Un peu Pas mal Beaucoup

13. Durant les quatre dernières semaines:	Jamais	Occasionnellement	Fréquemment	La plupart du temps	Constamment
a) A quel point ces symptômes ont-ils dérangé votre vie quotidienne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Avez-vous envie de vous suicider?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Avez-vous eu envie de vous en prendre physiquement aux autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Santé physique

14. Dans les quatre dernières semaines, décrivez-vous votre santé physique comme:

- Mauvaise Acceptable Bonne Très bonne Excellente

15. Durant les quatre dernières semaines, vous: (cochez une case)

- vous êtes senti bien ou très bien la plupart du temps
 vous avez manqué d'énergie ou vous ne vous êtes pas senti bien, plus que seulement occasionnellement
 vous êtes senti pas bien ou fatigué la plupart du temps

16. À quel point êtes -vous satisfait ou insatisfait de votre santé physique? (cochez une case)

- Très insatisfait Un peu insatisfait Modérément satisfait
 Modérément insatisfait Ni satisfait, ni insatisfait Très satisfait
 Un peu satisfait

17. Quelle importance accordez-vous à votre santé physique? (Cochez une case)

- Pas du tout important Très important
 Un peu important Extrêmement important
 Moyennement important

Prenez-vous actuellement une médication psychiatrique? Oui Non

(Si non, passez à la question 23)

19. Si vous prenez actuellement une médication psychiatrique, la prenez-vous telle que prescrite?

Jamais Très peu fréquemment Parfois Assez souvent Toujours

20. Si vous prenez actuellement une médication psychiatrique, avez-vous des effets secondaires?

Aucun Très légers Légers Modérés Sévères

21. Si vous prenez des médicaments pour des problèmes de santé mentale, avez-vous l'impression que votre médication aide à contrôler vos symptômes?

Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup Élimine tous les symptômes

22. Comment vous sentez-vous par rapport au fait que vous preniez une médication psychiatrique?

Très insatisfait Un peu insatisfait Modérément satisfait
 Modérément insatisfait Ni satisfait, ni insatisfait Très satisfait
 Un peu satisfait

Alcool et autres drogues

23. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous bu de l'alcool?

Oui Non (si non, passez à la question 25)

Si oui, combien de jours avez-vous pris de l'alcool?

--	--

Nombre de jours

24. Que pensez-vous de votre consommation d'alcool? (Cochez une case)

C'est un gros problème Ça aide un peu
 C'est un problème mineur Ça aide beaucoup
 Ce n'est pas un problème

25. Durant les quatre dernières semaines, avez-vous pris de la drogue (cocaïne, marijuana, héroïne, LSD, etc)?

Oui Non (si non, passez à la question 37)

Si oui, combien de jours avez-vous pris de la drogue?

--	--

Nombre de jours

26. Que pensez-vous de votre consommation ^{de drogue} ~~d'alcool~~? (Cochez une case)

C'est un gros problème Ça aide un peu
 C'est un problème mineur Ça aide beaucoup
 Ce n'est pas un problème

Relations sociales/support

A quel point êtes-vous satisfait ou insatisfait	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
27 a) par rapport au nombre d'amis que vous avez? Pas d'amis <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27b) de la façon dont vous vous entendez avec vos amis? Pas d'amis <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27c) de vos relations avec votre famille? Pas de famille <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27d) par rapport aux gens avec qui vous vivez, si vous vivez avec d'autres Vit seul <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 e) de la façon dont vous vous entendez avec les autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27f) Combien de personnes considérez-vous comme vos amis?

- Aucun 1-2 3-5 Plus de 5

7g) Y a-t-il des personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise de parler de questions personnelles?

- Oui Non Si non, passez à la question 37k)

27h) Parmi les personnes avec qui vous vous sentez à l'aise de parler de questions personnelles, combien sont:

un membre de votre famille? (incluant votre conjoint(e))

un ami?

un leader spirituel?

un prestataire de soins?

un partenaire amoureux?

autre?

Précisez:

27i) Combien d'entre elles ont reçu des traitements de santé mentale?

27j) Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été en contact avec des amis proches?

- Pas du tout Une fois ou deux Une fois par semaine Plusieurs fois par semaine

27k) Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été en contact avec des membres de votre famille (incluant conjoints et partenaires amoureux)

- Pas du tout Une fois ou deux Une fois par semaine Plusieurs fois par semaine

Quelle importance accordez-vous:	Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
28. au fait d'avoir un nombre suffisant d'amis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. au fait de vous entendre avec vos amis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. à vos relations avec votre famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. aux gens avec qui vous vivez? (si applicable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. au fait de vous entendre avec les autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Durant les quatre dernières semaines, vous avez: (cochez une case)

- eu de bonnes relations avec les autres et reçu du support de votre famille
 seulement reçu un support moyen de votre famille et de vos amis
 rarement reçu du support de votre famille et de vos amis, ou seulement lorsque c'était absolument nécessaire

Argent

34. Êtes vous payé pour étudier ou aller à l'école?

- Oui Non

A quel point êtes-vous satisfait ou insatisfait	Très insatisfait	Modérément insatisfait	Un peu insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Un peu satisfait	Modérément satisfait	Très satisfait
35a) du montant d'argent que vous avez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35b) du contrôle que vous avez sur votre argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle importance accordez-vous:	Pas du tout important	Un peu important	Moyennement important	Très important	Extrêmement important
36. à l'argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. au fait d'avoir du contrôle sur votre argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Combien de fois le manque d'argent vous empêche-t-il de faire les choses que vous voulez faire?

- Jamais Parfois Fréquemment Presque toujours

Appendice E

Échelle de l'alliance thérapeutique

version client et intervenant

QUESTIONNAIRE DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE (CLIENT)

Numéro de dossier du client

--	--	--	--	--	--

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--	--	--

Date

2	0	0	2	-		-		
Année					Mois			Jour

1. Je me sens mal à l'aise avec mon infirmière.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
2. Mon infirmière et moi nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer Ma situation
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
3. J'ai des inquiétudes quant aux résultats de nos rencontres.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
4. Ce que je fais avec l'intervenant me fait voir mes problèmes de façon différente
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
5. Mon infirmière et moi nous comprenons mutuellement
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
6. Mon infirmière comprend mes objectifs de façon précise.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
7. Mon infirmière trouve que ce que nous faisons n'est pas clair.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
8. Je crois que mon infirmière m'aime bien.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
9. Je sens le besoin de clarifier auprès de mon infirmière le but de nos rencontres.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
10. J'ai quelques désaccords avec mon infirmière à propos des buts de nos
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
11. Je crois que le temps que nous passons ensemble, mon infirmière et moi, n'est pas utilisé efficacement.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
12. Mon infirmière ne comprend pas ce que j'essais d'accomplir lors de nos rencontres
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
- Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

QUESTIONNAIRE DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE (Client)

13. Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon Infirmière.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
14. Les buts actuels de nos rencontres sont important pour mon Infirmière.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
15. Je trouve que ce que ce que nous faisons, mon Infirmière et moi, n'est pas relié à mes préoccupations actuelles.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
16. Je crois que ce que nous faisons m'aidera à réaliser les changements que je désire.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
17. Je crois que mon Infirmière se préoccupe sincèrement de mon bien-être
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
18. Je comprends parfaitement ce que mon Infirmière veut que je fasse.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
19. Mon Infirmière et moi nous respectons mutuellement.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
20. Je sens que mon Infirmière n'est pas totalement honnête quant à ses sentiments envers moi.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
21. J'ai confiance que mon Infirmière est capable de m'aider.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
22. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus ensemble.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
23. Je sens que mon Infirmière m'apprécie.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
24. Nous nous entendons sur ce qui est important.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

QUESTIONNAIRE DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE (Client)

25. Nos rencontres m'ont permis d'être plus clair sur comment je pourrais être capable de changer.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
26. Mon infirmière et moi avons développé une confiance mutuelle.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
27. Mon infirmière et moi avons des idées différentes sur ce que sont mes vrais problèmes.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
28. Ma relation avec mon infirmière est importante pour moi.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
29. J'ai le sentiment que si je fais ou dis quelque chose d'incorrect, mon infirmière cessera de travailler avec moi.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
30. Mon infirmière et moi avons collaboré à établir les buts de nos rencontres
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
31. Je suis frustré par ce que mon infirmière me demande de faire.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
32. Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour moi.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
33. Ce que mon infirmière me demande de faire n'a pas beaucoup de sens pour moi.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
34. Je ne sais pas à quoi s'attendre comme résultat.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
35. Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours
36. Je sens que mon infirmière se soucie de moi, même si je fais des choses qu'il n'approuve pas.
- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

QUESTIONNAIRE DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE (AGMT)

Numéro de dossier du client

--	--	--	--	--	--	--	--

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--	--	--	--	--

Date

								-					-				
Année				Mois				Jour									

1. Je me sens mal à l'aise avec _____.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
2. _____ et moi nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
3. J'ai des inquiétudes quant aux résultats de nos rencontres.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
4. _____ et moi avons tous deux confiance en l'utilité de nos activités actuelles.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
5. _____ et moi avons une perception commune de ses buts.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
6. J'ai l'impression que je comprends vraiment _____.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
7. _____ trouve que ce que nous faisons n'est pas clair.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
8. Je crois que _____ m'aime bien.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
9. Je sens le besoin de clarifier auprès de _____ le but de nos rencontres.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
10. J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des buts de nos rencontres.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
11. Je crois que le temps que nous passons ensemble, _____ et moi, n'est pas utilisé efficacement.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
12. J'ai des doutes à propos de ce que nous essayons d'accomplir.
- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|
| Jamais | <input type="radio"/> | Très rarement | <input type="radio"/> | A l'occasion | <input type="radio"/> | De temps en temps | <input type="radio"/> | Souvent | <input type="radio"/> | Très souvent | <input type="radio"/> | Toujours | <input type="radio"/> |
|--------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------|-----------------------|--------------|-----------------------|----------|-----------------------|

13. Je suis clair et explicite quant aux responsabilités de _____.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

14. Les buts actuels de nos rencontres sont important pour _____.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

15. Je trouve que ce que ce que nous faisons, _____ et moi, n'est pas relié à ses préoccupations actuelles.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

16. J'ai confiance que ce que nous faisons aidera _____.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

17. Je suis sincèrement préoccupé du bien-être de _____.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

18. Mes attentes en regard de ce que _____ doit faire sont très claires pour moi.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

19. _____ et moi nous respectons mutuellement.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

20. Je sens que je ne suis pas totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

21. J'ai confiance en mes capacités pour aider _____.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

22. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus ensemble.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

23. J'apprécie _____ en tant que personne.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

24. Nous nous entendons sur ce qui est important.

- Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

25. Nos rencontres ont permis à _____ d'être plus clair sur comment il pourrait être capable de changer.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

26. _____ et moi avons développé une confiance mutuelle.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

27. _____ et moi avons des idées différentes sur ce que sont ses vrais problèmes.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

28. Notre relation est importante pour _____.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

29. _____ craint que s'il fait ou dit quelque chose d'incorrect, je vais cesser de travailler avec lui.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

30. _____ et moi avons collaboré à établir les buts de nos rencontres

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

31. _____ est frustré par ce que je lui demande de faire.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

32. Nous avons établi une bonne compréhension mutuelle quant aux types de changements qui seraient bons pour _____.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

33. Ce que nous faisons n'a pas beaucoup de sens pour _____.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

34. _____ ne sait pas à quel s'attendre comme résultat.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

35. _____ croit que ce que nous faisons pour régler son problème est correct.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

36. Je respecte _____ même s'il fait des choses avec lesquelles je ne suis pas d'accord.

Jamais Très rarement A l'occasion De temps en temps Souvent Très souvent Toujours

Appendice F

Items retenus pour le questionnaire d'Alliance thérapeutique
client et infirmière

Items retenus pour le questionnaire d'Alliance thérapeutique (version client)

L'échelle tirée de cet instrument se compose des 12 items suivants :

1. Mon intervenant et moi nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation.
2. J'ai des inquiétudes quant aux résultats de nos rencontres.
3. Je crois que mon intervenant m'aime bien.
4. Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon intervenant.
5. Les buts actuels de nos rencontres sont importants pour mon intervenant.
6. J'ai confiance que mon intervenant est capable de m'aider.
7. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus ensemble.
8. Nous nous entendons sur ce qui est important.
9. Nos rencontres m'ont permis d'être plus clair sur comment je pourrais être capable de changer.
10. Ma relation avec mon intervenant est importante pour moi.
11. Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct.
12. Je sens que mon intervenant se soucie de moi, même si je fais des choses qu'il n'approuve pas.

Items retenus pour le questionnaire d'Alliance thérapeutique (version agent)

L'Échelle tirée de cet instrument se compose des 12 items suivants :

1. Mon client et moi nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation.
2. J'ai des inquiétudes quant aux résultats de nos rencontres.
3. Je crois que mon client m'aime bien.
4. Je suis clair et explicite quant aux responsabilités de mon client.
5. Les buts actuels de nos rencontres sont importants pour mon client.
6. J'ai confiance en mes capacités pour aider mon client.
7. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus ensemble.
8. Nous nous entendons sur ce qui est important.
9. Nos rencontres ont permis à mon client d'être plus clair sur comment il pourrait être capable de changer.
10. Notre relation est importante pour mon client.
11. Mon client croit que ce que nous faisons pour régler le problème est correct.
12. Je respecte mon client même s'il fait des choses avec lesquelles je ne suis pas d'accord.

Appendice G

Relevé quotidien de contact



Relevé quotidien des contacts

Numéro de dossier du client

Matricule de l'agent

Date du contact

Année

Mois

Jour

Initiales du client

Durée du contact

Heures Minutes

Type de contact

En personne

Par téléphone

Quart de travail

Jour

Soir

Nuit

Avec qui?

Client

Citoyen

Intervenant

Membre/Équipe

Famille

Quel endroit?

Résidence

Communauté

Service

Clinique

Hôpital

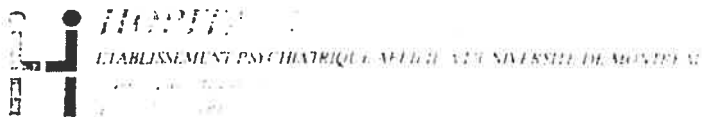
Types d'intervention

Gestion clinique

<i>Sphères</i>	Représenter	Faire avec	Discuter	Interv. de crise
Symptômes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Budget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AVQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Logement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail/École	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Loisirs/social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Justice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxicomanie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Appendice H

Lettre du comité d'étude de l'hôpital Louis-H. Lafontaine



Le 5 janvier 1999

Docteur Nicole Ricard
Chercheur
Centre de recherche Fernand-Seguin

Objet: Projet de recherche 26-98-99

Madame,

La présente est pour vous informer que le Comité d'éthique de la recherche, à sa réunion du 17 décembre 1998, a pris acte du projet de recherche suivant:

Ricard Nicole, Lesage Alain, Reinharz Daniel, Lauzon Sylvie. Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu.

Ce projet est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche. Il a été résolu d'accepter ce projet.

Je vous prie de croire, Docteur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le président du Comité d'éthique de la recherche,


Frédéric Grunberg, m.d.

cc

cc Dr Hugues Cormier, directeur scientifique CRFS

Appendice I

Lettre du directeur des services professionnels et hospitaliers

Du centre hospitalier de Granby

Le 2 février 2000

Madame Nicole Charbonneau
Chef de programme de santé mentale
CLSC de la Haute-Yamaska

Madame,

Pour faire suite à la lettre de Dr Grunberg, faisant état de l'approbation de votre projet de recherche par le comité d'éthique à la recherche de l'Hôpital L.-H. Lafontaine, il me fait plaisir d'assumer le mandat de suivi de votre projet.

Ceci s'inscrit cependant dans le contexte où notre propre comité d'éthique à la recherche est en démarche pour obtenir sa désignation du Ministère de la Santé. Dès l'obtention de cette désignation, il reviendra bien sûr à ce comité d'assumer cette responsabilité.

Espérant le tout à votre satisfaction, je vous prie d'accepter, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le directeur des services professionnels
et hospitaliers,


ANDRÉ DELORME, m.d., FRCPC
AD/fb

c.c. Dr Réjean Lepage, président du Comité d'éthique à la recherche
Mme Monique Lambert, présidente du Conseil d'administration

Appendice J

Formulaire de consentement des patients

Projet : Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (PATIENT)

Chercheurs : Drs Claude Leclerc, Nicole Ricard, Alain Lesage, Daniel Reinharz, Sylvie Lauzon
Associés de recherche : MM. Jean-Pierre Bonin, Daniel Gélinas, Lorraine Laliberté

Nom (en lettres majuscules s.v.p.) : _____

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche, c'est-à-dire un suivi dans mon milieu de vie par un intervenant professionnel. Dans une telle approche, l'intervenant suit moins de patients que ne le font les autres intervenants en clinique externe. Il aide les patients dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. Par un tel suivi, on espère améliorer la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches, mais il faut d'abord savoir avec certitude si cette approche est efficace ici au Centre hospitalier Piedmont-Yamaska de Granby.

J'accepte en signant ci-dessous de répondre à des questionnaires maintenant et dans un an et deux ans. Ces questionnaires portent sur ma qualité de vie et ma satisfaction face aux services. Ils demandent environ une heure de mon temps et je peux demander à l'intervenant SIM ou à un membre de l'équipe de recherche de m'aider à les remplir. J'accepte aussi que le personnel de recherche consulte mon dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec pour extraire des données sur la nature et la fréquence des services que j'ai reçus.

Ce projet est confidentiel, ce qui veut dire que seul le personnel de recherche et mon intervenant SIM auront accès à l'information que je fournirai. Enfin, je comprends que les publications qui pourraient résulter de ce projet ne contiendront que des informations concernant des groupes de personnes et qu'il sera impossible d'identifier une personne en particulier. On m'a expliqué que mon refus de répondre aux questionnaires n'aura aucun effet sur les services cliniques que je pourrais recevoir et que je peux me retirer du projet en tout temps.

Je comprends que si j'avais des questions, je peux contacter le Dr Alain Lesage ou Dr Nicole Ricard au Centre de recherche Fernand-Séguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine (251-4015). Une copie de ce formulaire de consentement m'est remis.

Je donne maintenant mon accord à ce qui a été décrit plus haut.

Signature : _____ Date : _____

Témoin à la signature : _____ Date : _____

J'accepte aussi que l'intervenant qui me suit dans le SIM réponde à un questionnaire concernant ses perceptions de ma santé et de mon fonctionnement quotidien.

Signature : _____ Date : _____

Témoin à la signature : _____ Date : _____

Projet: Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du suivi intensif dans le milieu.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (PATIENT)

Chercheurs: Drs Nicole Ricard, Alain Lesage, Daniel Reinhartz, Sylvie Lauzon

Associés de recherche : MM. Jean-Pierre Bonin, Daniel Gélinas, Lorraine Laliberté

Nom (en lettres majuscules s.v.p.) : _____

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche, c'est-à-dire un suivi dans mon milieu de vie par un intervenant professionnel. Dans une telle approche, l'intervenant suit moins de patients que ne le font les autres intervenants en clinique externe. Il aide les patients dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. Par un tel suivi, on espère améliorer la qualité de vie de ces personnes et de leurs proches, mais il faut d'abord savoir avec certitude si cette approche est efficace ici à Louis-H. Lafontaine.

J'accepte, en signant ci-dessous, de répondre à des questionnaires maintenant et dans un an ou deux ans. Ces questionnaires portent sur ma qualité de vie et ma satisfaction face aux services. Ils demandent environ une heure de mon temps et je peux demander à l'intervenant SIM ou à un membre de l'équipe de recherche de m'aider à les remplir. J'accepte aussi que le personnel de recherche consulte mon dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec pour extraire des données sur la nature et la fréquence des services que j'ai reçus.

Ce projet est confidentiel, ce qui veut dire que seul le personnel de recherche et mon intervenant SIM auront accès à l'information que je fournirai. Enfin, je comprends que les publications qui pourraient résulter de ce projet ne contiendront que des informations concernant des groupes de personnes et qu'il sera impossible d'identifier une personne en particulier. On m'a expliqué que mon refus de répondre aux questionnaires n'aura aucun effet sur les services cliniques que je pourrais recevoir et que je peux me retirer du projet en tout temps.

Je comprends que si j'avais des questions je peux contacter le Dr Alain Lesage ou le Dr Nicole Ricard au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine (251-4015). Une copie de ce formulaire de consentement m'est remis.

Je donne maintenant mon accord à ce qui a été décrit plus haut.

Signature: _____ Date: _____

Témoin à la signature: _____ Date: _____

J'accepte aussi que l'intervenant qui me suit dans le SIM réponde à un questionnaire concernant ses perceptions de ma santé et de mon fonctionnement quotidien.

Signature: _____ Date: _____

Témoin à la signature: _____ Date: _____