

Université de Montréal

**Validation de la stabilité temporelle et de la sensibilité au changement de la version révisée
de l'outil Client Assessment of Strengths Interests and Goals (CASIG-rev)**

Présentée par
Paméla Power

Département de psychologie, Université de Montréal, Faculté des arts et des sciences

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Tamsin Higgs
Président rapporteur

Tania Lecomte
Directrice de recherche

Sébastien Grenier
Membre du Jury

Résumé

Au cours des dernières années, la définition du rétablissement personnel a pris de l'ampleur, en reconnaissant l'importance des composantes subjectives, et en se différenciant de la définition issue du milieu médical qui relie le rétablissement à la rémission symptomatologique. Toutefois, peu d'outils mettent de l'avant les principes défendus par le rétablissement personnel. La version révisée du Client Assessment of Strengths Interests and Goals répond à ce besoin.

Le présent essai s'intéresse à la stabilité temporelle ainsi qu'à la sensibilité au changement inclus dans le processus de validation de la CASIG-rev. Nous introduirons les deux définitions du rétablissement, les outils disponibles dans le rétablissement personnel, la pertinence de la CASIG-rev et la nécessité de sa validation. Nous expliquerons le choix de notre méthode pour les analyses statistiques, soit les test-t appariés. Pour la première propriété psychométrique, une seconde passation a été faite à un mois d'intervalle auprès d'un échantillon de 29 participants. Nous avons découvert peu de différence statistiquement significative et une petite taille de l'effet pour la majorité des échelles de mesure. Pour la seconde propriété psychométrique, une troisième passation a été faite à six mois d'intervalle, à la suite d'une réception de service auprès de 24 participants. Nous avons découvert la présence de différence statistiquement significative et de taille d'effet modéré à grande sur des échelles réputées en offre de service. Les résultats sont satisfaisants et illustrent une bonne fidélité et une pertinence clinique de la CASIG-rev.

Mots-clés : évaluation centrée sur la personne, traitement individualisé, rétablissement personnel, composantes subjectives, analyses statistiques.

Abstract

Over the past few years, the definition of personal recovery has grown to recognize the importance of subjective components, in contrast to the medical definition which links recovery to symptom remission. However, not many tools reflect the principles of personal recovery. The revised version of the Client Assessment of Strengths Interests and Goals responds to this need.

This study examines the temporal stability and sensitivity to change included in the CASIG-rev's validation process. We will introduce the two definitions of recovery, the tools available in personal recovery, the relevance of the CASIG-rev and the necessity for its validation. We will explain the choice of our method for statistical analyses, i.e. paired t-tests. For the first psychometric property, a second test was administered one month apart to a sample of 29 participants. We found low statistical significance and small effect sizes for the majority of measurement scales. For the second psychometric property, a third administration was conducted at six-month intervals, following a service reception with 24 participants. We found the presence of statistically significant differences and moderate to large effect sizes on scales reputed in service provision. The results are satisfactory and illustrate good reliability and clinical usefulness of the CASIG-rev.

Keywords : consumer-centered assessment, individualized treatment, personal recovery, subjective components, statistical analyses.

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Liste des tableaux	iv
Liste des abréviations	v
1. Introduction	1
2. Contexte théorique	1
3. Objectif / Hypothèse.....	19
4. Méthodologie	19
5. Résultats	23
6. Discussion générale.....	28
7. Conclusion.....	34
Références	36
Annexe – Questionnaire	vi

Liste des tableaux

Tableau 1 - Répartition des critères, modalités d'évaluation et propriétés psychométriques des outils.....	6
Tableau 2 - Visualisation des modifications de la version révisée de la CASIG.....	15
Tableau 3 - Test-t de la stabilité temporelle	26
Tableau 4 - Test-t de la sensibilité au changement.....	27
Tableau 5 – Test-t de la sensibilité au changement des participants ayant reçu un service de réhabilitation prorétablissement.....	28

Liste des figures

Figure 1 - Modèle conceptuel du bien-être de Ryff.....12

Liste des abréviations

CASIG - Client Assessment of Strengths Interests and Goals

CASIG-rev - Version révisée du Client Assessment of Strengths Interests and Goals

1. Introduction

Le rétablissement des individus présentant un trouble mental grave peut être un processus complexe lorsque l'on tient compte des réalités actuelles telles que le manque de ressources, la fragmentation des programmes et les services souvent sans continuité. Cette réalité accentue l'importance d'offrir des services adaptés poursuivant les objectifs du rétablissement et du bien-être de la personne. Depuis une vingtaine d'années, le mouvement du rétablissement personnel a pris de l'ampleur positionnant les objectifs personnels au centre de ce processus. Actuellement, il existe peu d'outils qui mettent de l'avant les objectifs personnels des personnes avec des troubles mentaux graves selon leurs différentes sphères de vies. Une version révisée de l'outil Client Assessment of Strengths Interests and Goals (CASIG), initialement publié en 1998, a récemment été développée. Cet outil a été construit pour favoriser une approche axée sur les objectifs subjectifs des individus souffrant d'un trouble mental grave, et ce, dans une démarche professionnelle uniforme de ces objectifs. La validation de construit, de convergence, la fidélité test-retest et la sensibilité au changement ont été vérifiées auprès d'un échantillon francophone international. Dans ce projet, on s'intéresse à deux propriétés psychométriques : soit la stabilité temporelle, également appelée fidélité test-retest, et la sensibilité au changement permettant de vérifier la pertinence clinique.

2. Contexte théorique

2.1 Définitions du rétablissement en santé mentale

Actuellement, il existe deux types de définition du rétablissement dans la littérature sur les troubles mentaux graves (Bourdeau et al., 2014), qui regroupent les diagnostics de trouble psychotique, dépression majeure et trouble bipolaire. La première définition est issue du milieu médical et préconise des résultats concrets, en particulier concernant le niveau de symptomatologie,

par rapport aux critères de fréquence, de durée ou d'intensité (Andreasen et al., 2005). Certains auteurs vont également intégrer des composantes de rémission fonctionnelle faisant référence à un niveau de fonctionnement normatif au sein de nombreux contextes ou sphères de vie tels que l'éducation ou le travail (Bourdeau et al., 2014 ; Liberman et al., 2002). D'un point de vue critique, cette définition ne laisse pas de place aux facteurs subjectifs pouvant influencer de part et d'autre le rétablissement de l'individu. Certaines composantes subjectives telles que l'affect, la personnalité ou encore le soutien perçu peuvent jouer un rôle important et avoir diverses influences sur le processus du rétablissement, ce qui justifie l'importance de les considérer (Martin & Franck, 2013).

La seconde définition vient du mouvement « consumer survivors » et s'inspire des composantes subjectives telles que l'acceptation du trouble psychique, l'espoir pour le futur et la définition d'une nouvelle perception de soi incluant la maladie (Davidson et al., 2005). Il s'agit également d'une étape critique dans le processus du rétablissement puisque l'individu entrevoit son histoire en y incluant son trouble et ses nouvelles aspirations pour le futur (Roe & Davidson, 2005). Contrairement à la première définition, le rétablissement est considéré un processus où l'absence de symptômes n'est pas l'objectif à atteindre pour attester de la réussite du rétablissement (Davidson et al., 2005). En fait, les attentes positives pour sa vie et la satisfaction de l'individu pour celle-ci représentent les objectifs principaux du rétablissement. Le sentiment subjectif d'être rétabli diffère des variables objectives associées au rétablissement symptomatologique telles que l'accès à l'emploi, la diminution ou la disparition de la symptomatologie et le faible taux d'hospitalisation (Lysaker et al., 2012). On parle plutôt d'espoir, d'autogestion de sa vie et de son trouble, de responsabilités et d'intégration communautaire. Ainsi, il existe un parallèle entre le rétablissement et le bien-être, tel que décrit dans le modèle de Ryff. Selon les écrits de Ryff (1995),

le bien-être est divisé en six dimensions : l'autonomie, les relations sociales positives, l'acceptation de soi, la croissance personnelle, la maîtrise de soi, et le sens à sa vie, étant toutes ciblées par le rétablissement. Pour privilégier l'atteinte des objectifs personnels de rétablissement, il appartient aux intervenants d'encourager la mise en place de repères normatifs orientés au niveau individuel. En ce sens, les professionnels doivent obtenir une conceptualisation plus proche du vécu des patients afin de maximiser l'impact de leurs interventions auprès de ceux-ci (Andresen et al., 2003). Finalement, il ne faut pas oublier que le rétablissement est fondamentalement une démarche personnelle (Davidson, 2003), qui concerne avant tout l'évolution de la personne, de son histoire dans le contexte de son projet de vie (Martin & Franck, 2013).

Suite à ces deux définitions, il s'en déduit que la rémission symptomatique et la rémission du fonctionnement n'évoluent pas conjointement (Chang et al., 2012 ; Faber et al., 2012 ; Menezes et al., 2009), certains individus peuvent ainsi atteindre une rémission du fonctionnement fixé sans atteindre la rémission symptomatologique ou vice-versa. Ces différences délimitent ainsi la barrière entre l'approche médicale et l'approche subjective en ce qui concerne le rétablissement en santé mentale. Elles permettent d'étaler les avantages qui découlent des composantes subjectives et l'importance de placer l'individu au centre de tous ses objectifs.

2.2 Pertinence de l'évaluation

L'Organisation mondiale de la santé a fait part d'une étude pilote révélant une grande hétérogénéité dans le rétablissement des troubles mentaux graves, passant avant tout par le renforcement des capacités personnelles (Andresen et al., 2003). Selon ces derniers, la croissance de ces capacités serait fortement corrélée au soulagement des effets du trouble mental et la diminution des difficultés secondaires permettant à l'individu de progresser. On reconnaît que

l'individu est avant tout l'acteur principal de son rétablissement, mettant l'accent sur l'importance d'utiliser des outils qui mesurent le rétablissement personnel.

Dans la littérature actuelle, il existe différents modèles qui exposent les concepts subjectifs au centre de leur théorie. La variété de ces modèles permet d'établir des différences ou des ressemblances afin de se concentrer sur les facteurs qui semblent plus communs. Malgré la richesse de ceux-ci, il devient pertinent de pouvoir arrimer les services et les interventions en vue de faciliter le rétablissement individuel. Or, le choix d'un outil permettant d'évaluer différents domaines du rétablissement et qui permet facilement de proposer des interventions ou programmes en lien avec ces domaines, devient essentiel.

2.3 Mesures du rétablissement personnel

Une recherche de la littérature scientifique actuelle permet de présenter les outils les plus souvent mentionnés pour favoriser et mesurer le rétablissement personnel. Ces cinq outils ont été sélectionnés en regard des principes centraux du rétablissement, apparaissant sous forme de critères. Critère A : Outils considérant les forces de la personne, ses ressources, ses acquis, son vécu, c'est-à-dire que l'on ne s'interroge pas seulement sur les déficits, les incapacités et les situations de handicap. Critère B : Outils prenant en compte la qualité de vie de la personne, sa satisfaction envers ses activités quotidiennes, ses rôles sociaux et sa participation dans la communauté. Critère C : Outils centrés sur les objectifs, les buts et les projets de vie de la personne; on la questionne sur ses projets et ce vers quoi elle veut aller. Critère D : Outils où l'on demande l'avis de la personne, son opinion, où elle doit identifier ses besoins, ses préférences en matière d'intervention; on favorise une participation active et l'on reconnaît à la personne son autodétermination et sa capacité à faire des choix. Ces critères ont été déterminés par une revue de

la littérature concernant les principes qui favorisent le rétablissement au sein des services de santé mentale (Shepherd et al., 2008).

Les outils ci-dessous répondent à trois ou plus des critères mentionnés ci-dessus. Ces derniers sont également répertoriés dans le Tableau 1 permettant d'obtenir une vue d'ensemble des questionnaires, des critères respectés ou absents ainsi que de leurs propriétés psychométriques.

Occupational Self-Assessment (OSA – Baron et al., 2002). Cet outil répond à l'ensemble des critères. Il s'agit d'un questionnaire autoadministré de 29 items permettant de connaître la perception du client et ses priorités quant à sa compétence occupationnelle, ses valeurs et aux effets de l'environnement sur sa situation (Paquette & Briand, 2011). Il est réparti en trois sections où la première identifie les forces et difficultés de l'individu, la seconde précise le degré d'importance des items et la dernière permet à l'individu de choisir des objectifs prioritaires en y inscrivant les changements souhaités. Cet outil amène l'individu à se questionner sur son fonctionnement quotidien à défaut de se centrer sur la maladie ou la médication et l'engage dans son processus de rétablissement. Cependant, l'outil demande un bon sens de l'autocritique de la part de l'individu, est parfois difficile à comprendre sur le plan des énoncés pouvant paraître vague en regard de l'objet de la question et donne un portrait du moment présent sans prendre en compte l'amélioration ou les performances dans le temps (Paquette & Briand, 2011). L'outil a une traduction libre disponible en français.

Outil d'identification des besoins de réadaptation (OIBR- Caouette et al., 2010). Cet outil répond à l'ensemble des critères. Ce questionnaire auto administré à l'intérieur d'une entrevue structurée à 83 items permet l'évaluation du fonctionnement de la personne sur l'ensemble des activités et de ses besoins de réadaptation. Il recueille la perception des individus sur les différentes dimensions qui suivent : les activités de la vie quotidienne, l'hygiène corporelle, l'alimentation et

Tableau 1

Répartition des critères, modalités d'évaluation et propriétés psychométriques des outils

OUTILS	Occupational Self-Assessment (OSA)	Outil d'identification des besoins de réadaptation (OIBR)	Recovery Assesment Scale (RAS)	Mental Health Recovery Measure (MHRM)	Stages of Recovery Instrument (STORI)
Critère A	×	×	×	×	×
Critère B	×	×	×	×	×
Critère C	×	×			
Critère D	×	×	×	×	×
Cohérence interne	0,91 (Cronbach)	0,889 (Cronbach)	0,87-0,92 (Cronbach)	0,9 (Cronbach)	0,88-0,94 (Cronbach)
Stabilité temporelle	0,87 (Kappa)	0,61 (Kappa)	0,62- 0,88 (Kappa)	0,89 (R pearson)	0,81 (R pearson)
Validité	Faible à adéquate	Très Fort	Fort	Très Fort	Très Fort

préparation des repas, les tâches domestiques, la santé mentale, la médication, le suivi psychiatrique, la consommation, la sexualité, la santé physique, le budget, l'intégration communautaire et les relations sociales, l'occupation du temps, les transports, et la participation à la citoyenneté (Caouette et al., 2010). Chaque section est accompagnée d'une question ouverte portant sur les besoins actuels de l'individu. Les résultats documentent les objectifs d'interventions et la progression de l'individu. Cet outil prend en compte le point de vue de l'individu, est simple d'utilisation, compile facilement les résultats et favorise l'échange entre intervenant-client. Cependant, l'IUSMQ (2012) a considéré que l'outil était trop général, manquait de profondeur dans ses items, et ce, malgré la présence de questions ouvertes, et qu'il ne permettait pas d'orienter la

personne vers des ressources appropriées par manque d'informations. Il nécessite également un bon niveau de concentration pour être complété, ne tient pas compte du milieu de vie de l'individu, n'identifie pas l'importance que l'individu y accorde et nécessite un échange avec ce dernier ainsi qu'une formation spécifique pour bien utiliser les résultats (Paquette & Briand, 2011). La version originale est en français.

Recovery Assessment Scale (RAS - Giffort et al., 1995). Cet outil répond aux critères A, B et D. Il s'agit d'un questionnaire auto administré de 24 items sur des échelles de Likert à 5 points. Parmi les outils disponibles pour évaluer empiriquement le rétablissement, le RAS a été l'outil qui a fait l'objet du plus grand nombre de publications (Pelletier et al., 2020). Il cerne le degré de participation de l'individu dans la communauté, les attentes et les objectifs interventions pour les individus avancés dans le rétablissement et permet un suivi de la progression de l'individu. Cet outil mesure 5 échelles, soit : la confiance personnelle, la volonté de demander de l'aide, l'orientation vers l'objectif et le succès, la dépendance aux autres, et la domination par les symptômes. Selon l'examen approfondi de Salzer et Brusilovskiy (2014), les propriétés quantitatives du RAS indiquent une bonne cohérence interne, de fiabilité tests-retest et de validité interne. Cependant, l'association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) met de l'avant certaines limites liées à cet outil. Il est écrit qu'il est parfois difficile à comprendre sur le plan des énoncés puisque certains sont plus abstraits, demande un bon sens de l'autocritique de la part de l'individu et nécessite une formation pour l'analyse et l'interprétation des résultats pour en maximiser le potentiel. Cet instrument a été traduit et validé en français par Bisson et Pelletier (2007).

Mental Health Recovery Measure (MHRM – Young et al., 1999). Cet outil répond aux critères A, B et D. Il s'agit d'un questionnaire auto administré de 41 items sur des échelles de Likert

à 5 points. Il permet d'évaluer la capacité des individus à dépasser les obstacles, la reprise du pouvoir sur la vie de la personne, l'empowerment de celle-ci, les apprentissages et la redéfinition de soi-même, le fonctionnement de base, le bien-être général et le développement de nouveaux potentiels dans un processus de rétablissement (Ralph et al., 2000). La création de cet outil s'appuie sur deux constats. Le suivi du processus de rétablissement individuel fournit au client et au professionnel des informations susceptibles d'être utiles dans les interventions futures et les résultats des instruments de rétablissement peuvent inciter l'élaboration ou l'amélioration des soins fondés sur le rétablissement (Burgess et al., 2011; Marshall et al., 2007). Cet outil peut être utilisé par tous les intervenants et aucune formation n'est requise pour l'interprétation des résultats. Cependant, les items de cet outil peuvent paraître peu approfondis et parfois vagues dans leurs descriptions. Il n'inclut pas les objectifs, les buts ou les projets de vie de la personne. De plus, l'outil est uniquement disponible en anglais.

Stages of Recovery Instrument (STORI - Andresen et al., 2006). Cet outil répond aux critères A, B et D. Ce questionnaire auto administré est composé de 50 items répartis en 10 sections où chacune représente un des quatre processus de rétablissement, c'est-à-dire l'espoir, l'identité, le sens et la responsabilité. Les items évoqués dans ces sections représentent différentes étapes dans le processus du rétablissement (Paquette, 2011). En calculant les résultats de ces différentes étapes, l'individu est positionné dans son processus de rétablissement. Cependant, il n'inclut pas les objectifs, les buts ou les projets de vie de la personne et il est disponible seulement en anglais.

Afin de conclure, l'OMS relate que les troubles mentaux graves se manifestent par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements ou de relations avec autrui. Ces manifestations affectent ainsi différentes sphères de fonctionnement (c.-à.-d. sociale, professionnelle, amoureuse, familiale ou personnelle), d'où l'importance d'évaluer chacune

d'entre-elles. Certes, l'obtention d'informations peut passer par différents modèles conceptuels et certains outils peuvent s'avérer utiles même s'ils ne répondent pas à tous les critères reconnus pour favoriser et mesurer le rétablissement personnel. Toutefois, dans le meilleur des mondes, il existerait un outil qui positionne la personne au centre de son propre rétablissement, favorise les composantes subjectives mises en lumière dans le mouvement *consumer survivors*, répond aux quatre grands critères du rétablissement personnel et optimise la représentabilité ainsi que la richesse des informations recueillies.

2.4 Pertinence et description de la CASIG

Depuis la publication initiale de l'outil Client Assessment of Strengths Interests and Goals (CASIG) en 1998, le mouvement du rétablissement personnel a pris de l'ampleur. À l'époque, cet outil était considéré comme innovateur étant le premier à non seulement mesurer les habiletés et difficultés des personnes avec un trouble mental grave dans plusieurs sphères de leur vie, mais demandant aussi quels étaient leurs buts à court et moyen terme. Les intérêts et les buts des clients étaient mis au centre du plan d'intervention, au-delà de la perception des intervenants ou des cibles qu'ils envisageaient pour chaque patient. À ce jour, cet outil peut paraître trop médical ou orienté sur des problématiques potentielles à défaut de mettre en valeur les forces du client. Certains clients considèrent l'outil CASIG comme étant aujourd'hui stigmatisant dans sa formulation ou par quelques thèmes abordés. De plus, les recherches récentes ont mis de l'avant certains domaines centraux dans le rétablissement des personnes qui devraient être inclus dans une mesure exhaustive, notamment une mesure du bien-être. Conséquemment, l'outil CASIG a fait l'objet d'une révision visant à modifier la formulation ou la suppression de certains items ainsi que l'ajout de domaines centraux dans le rétablissement personnel.

Le Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (Wallace et al., 2001) a été initialement conçu pour mesurer différentes sphères de la vie d'une personne qui pourrait nécessiter du soutien ou encore des services spécifiques. L'outil CASIG a été validé en français en 2004 (Lecomte et al., 2004). Ce questionnaire auto-rapporté, a initialement été développé par l'équipe d'experts en réhabilitation de UCLA en 1998; la version américaine a été ensuite validée en 2001 et la version francophone a été validée au Canada en 2004. L'outil original mesurait les buts à moyen terme (dans l'année qui vient) dans les domaines suivants : résidence, vocationnel/éducatif, relations interpersonnelles, santé physique/mentale, et religion/spiritualité. Il mesurait aussi les habiletés ou besoins, ainsi que les buts à court terme dans les domaines : gestion de l'argent, gestion de la santé, nutrition, transport, amitiés, activités récréatives, hygiène personnelle, soin des effets personnels, comportements problématiques, qualité du traitement perçue, qualité de vie, difficulté cognitive, symptômes (santé mentale), effets secondaires médicaments, reconnaissance des droits des patients. Plusieurs équipes cliniques francophones (Québec, France, Suisse et Belgique) l'utilisent toujours à ce jour.

En regard des informations mentionnées précédemment, la CASIG d'il y a 20 ans peut sembler par moment trop médical, ou encore cibler trop des problèmes potentiels et pas assez les forces, ce qui peut introduire un aspect stigmatisant. L'idéologie qui soutient la révision de la CASIG est d'orienter l'outil sur la mesure des objectifs personnels de rétablissement, en gardant le format simple des items actuels (Oui/Non) pour les sous-échelles, d'y intégrer des questions ouvertes pour les buts de l'individu tout en suivant un modèle théorique reconnu et lié au rétablissement. L'atteinte du bien-être a été ciblée à défaut de la qualité de vie puisque celle-ci cible souvent les plaintes tout en étant moins liée au rétablissement. Les outils globaux qui utilisent le modèle de la qualité de vie emploie une perspective médicale, soulignant à quel point la personne

est limitée dans ses gestes ou possibilités à cause de son trouble ou handicap. La qualité de vie inclut aussi une mesure de satisfaction. Or, ce modèle est aujourd'hui contesté, car une personne peut être très satisfaite d'une situation médiocre, car elle ne sait pas que sa situation pourrait être meilleure (Katschnig, 2000). En fait, une étude a démontré que plus les personnes avaient des buts personnels, et donc avançaient dans leur rétablissement, moins bonne était leur qualité de vie (Lecomte et al., 2005), car elles n'étaient plus satisfaites de peu. Ainsi, le modèle du bien-être semble plus approprié et en lien avec le rétablissement personnel puisqu'il n'implique pas de mesure de satisfaction cherchant plutôt à rencontrer les buts qui sont jugés importants pour la personne dans différentes sphères de sa vie. Ryff propose que le bien-être ne provient pas seulement d'expériences heureuses, mais d'un amalgame d'expériences qui permettent d'être bien et de donner un sens à sa vie. Son modèle s'intègre bien dans le mouvement de la psychologie positive souhaitant que la personne qui se fixe des buts, des objectifs, et qui donne de l'importance à des domaines de sa vie, développant ainsi le bien-être. Les six dimensions du bien-être sont l'autonomie, les relations sociales positives, l'acceptation de soi, la croissance personnelle, la maîtrise de soi/ de son environnement et le sens à la vie, tels qu'illustré à la Figure 1. En ce sens, le modèle conceptuel du bien-être de Ryff ainsi que le mouvement du rétablissement personnel forment le fondement de la CASIG-rev. Cette révision propose un outil pouvant être utilisé dans la francophonie, reconnu comme utile, pertinent et non-stigmatisant pour les intervenants et la clientèle du milieu auquel il s'applique, soit les services de troisième ligne.

2.5 Modifications de la CASIG

Parmi les modifications générales, la nouvelle version comprend seulement une version autorapportée visant à mettre en évidence les désirs personnels des individus avec un trouble mental

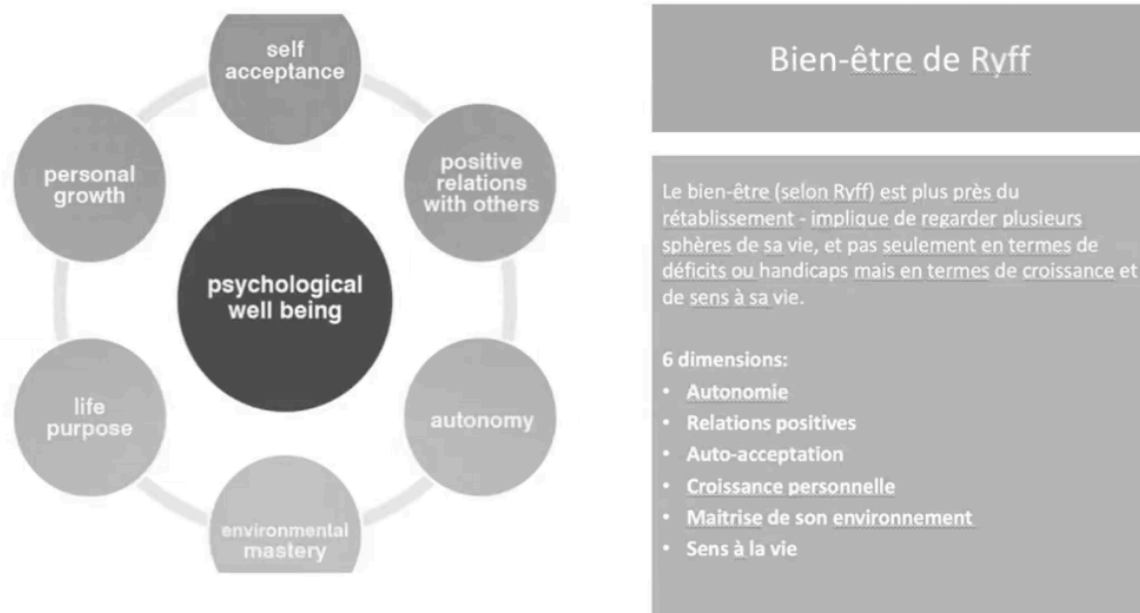


Figure 1. Modèle conceptuel du bien-être de Ryff

grave, supprimant la version de l'intervenant. Considérant que l'individu est placé au centre du modèle de rétablissement, il devient contradictoire de considérer les objectifs identifiés par l'intervenant. Les échelles provenant de la version originale ont été révisées pour vérifier leurs pertinences et leurs formulations, pouvant mener à des reformulations mineures sur les items originaux. L'ordre des sous-échelles a été restructuré pour correspondre aux six dimensions du modèle de Ryff (1995). Pour ce faire, les sous-échelles touchant aux habiletés de vie autonome ont été regroupées sous *Autonomie*, les sous-échelles touchant aux aspects sociaux ou relationnels ont été regroupées sous *Relations positives*, les sous-échelles touchant à l'estime ou la perception de soi ont été regroupées sous *Acceptation de soi*, etc. Les questions ouvertes portant sur les buts dans la prochaine année ont été juxtaposées aux sous-échelles mesurant les habiletés ou obstacles liés au but visé. Chaque question de but à long-terme (prochaine année) est suivie par une question sur les forces ou qualités que la personne possède pour atteindre ce but, une question sur les obstacles

ou défis qu'elle pense rencontrer, et une dernière sur ce qui, selon elle, devrait être la première étape pour y arriver. Chaque sous-échelle d'habiletés ou d'obstacles est suivie d'une question lui demandant à la personne si elle souhaite avoir comme but de s'améliorer dans ce domaine (oui/non), et ensuite à quelle mesure elle pense avoir besoin d'aide (pas du tout-un peu-assez-beaucoup).

La candidate a effectué une recherche exhaustive sur les outils mesurant les domaines reliés au rétablissement subjectif et seuls les items jugés les plus saillants ont été inclus. Pour être en mesure de couvrir les six dimensions du modèle de Ryff (1995), certaines sous-échelles ont été ajoutées pour mesurer le sens à la vie, la perception de soi et différents types de relations interpersonnelles. À titre d'exemples, pour mieux évaluer les dimensions de la santé qui peuvent affecter le rétablissement, l'outil intègre maintenant une sous-échelle sur le sommeil puisqu'il peut affecter les symptômes psychiatriques (Cohrs, 2008), une sous-échelle sur l'activité physique puisqu'elle aiderait à contrer les symptômes et le syndrome métabolique (Firth et al., 2015), et une sous-échelle sur la citoyenneté puisqu'elle est de plus en plus importante dans le rétablissement des personnes avec un trouble mental (Ware et al., 2007). Pour chaque nouvelle sous-échelle, la même procédure que pour la version originale de la CASIG (Wallace et al., 2001) a été suivie : les items étaient générés en s'inspirant d'outils validés et reconnus dans le domaine visé, en ciblant les items les plus centraux et en modifiant la formulation en question dichotomique (oui/non) pour les comportements effectués dans les 3 derniers mois ou dans la dernière semaine. Une attention particulière a été portée aux choix des mots, avec des synonymes parfois offerts, afin que l'outil puisse être utilisé et compris à travers la francophonie.

Parmi les retraits, les questions pouvant paraître plus paternalistes ou trop proches de l'approche médicale ont été retirées, incluant la prise de médication, les comportements négatifs

dans la communauté et les droits individuels, étant aujourd'hui bien reconnues. Certaines personnes ont rapporté qu'ils y avaient des dimensions spécifiques qui n'étaient pas nécessaires dans le cadre du rétablissement puisqu'elles étaient personnelles ou ne nécessitaient pas de services psychiatriques (par ex., la spiritualité). Finalement, les énoncés trop généraux (par ex., la qualité de vie ou du traitement), ont été supprimés.

Pour conclure, l'outil est suffisamment différent de la version originale pour qu'une nouvelle étude de validation soit nécessaire avant de recommander son utilisation, voir Tableau 2. La CASIG-rev est d'abord et avant tout un outil clinique visant à aider les personnes recevant des services psychiatriques ou en réhabilitation à mieux cerner leurs buts et besoins, ainsi que leurs forces et intérêts, afin de permettre aux intervenants et cliniciens de mieux les aider. Chaque domaine et sous-domaine est non seulement considéré comme central dans la littérature actuelle du rétablissement subjectif, mais l'outil peut également cibler les besoins précis des individus. L'orientation des interventions ou l'offre d'un service basé sur des données probantes pourrait être plus accessible (Lecomte & Leclerc, 2012). Ainsi, la CASIG-rev est un outil global qui pourra aider les intervenants de troisième ligne à offrir les meilleurs soins aux personnes avec un trouble mental grave, et ce, tout en respectant les principes défendus par le rétablissement personnel.

2.6 Validation de l'outil CASIG-rev

La validation d'un outil permet de quantifier et d'interpréter sa fidélité, sa validité ainsi que son applicabilité dans un contexte précis (Thorndike & Thorndike-Christ, 2010). Le processus de validation de l'outil consiste à vérifier si le contenu des items est approprié pour mesurer la réalité souhaitée (Laveault & Grégoire, 2002). Le processus de validation complet implique de valider les propriétés psychométriques de la CASIG-rev en regard de : (1) la validité convergente (2) la stabilité temporelle (fidélité test-retest), (3) la validité de construit, et (4) la sensibilité au

Tableau 2

Visualisation des modifications de la version révisée de la CASIG

Version	CASIG	CASIG-rev
Section	<p>Buts du client en regard de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Résidence 2) Formation professionnel 3) Relations sociales et familiales 4) Religion spiritualité 5) Santé mentale et physique <p>Compétences sociales et de vie autonome évalué en regard de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gestion de l'argent 2) Gestion de la santé 3) Nutrition 4) Vocation 5) Transport 6) Amitiés 7) Activités récréatives 8) Hygiène 9) Biens personnels (droits) 	<p>Situation et buts du client en regard de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Autonomie <ul style="list-style-type: none"> - Logement - Condition de vie - Nutrition - Hygiène personnelle - Effets personnels - Gestion de l'argent 2) Relations sociales positives <ul style="list-style-type: none"> - Amitiés - Amoureuses - Familiales - Voisinages - Interactions sociales 3) Acceptation de soi <ul style="list-style-type: none"> - Perception du soi - Estime de soi et autostigmatisation - Autocompassion 4) Croissance personnelle/professionnelle <ul style="list-style-type: none"> - Finance - Professionnelle / scolaire - Transport - Activités récréatives - Citoyenneté 5) Santé physique et mentale <ul style="list-style-type: none"> - Physique - Sommeil - Mentale - Motivation et émotion - Aspects cognitifs 6) Sens à sa vie <ul style="list-style-type: none"> - Raison d'être - Projet de vie
Questionnaire	Intervenant / Client	Client
Exemple de reformulation	Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources pour vous aider à attendre ce(s) but(s) ?	Quels sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

changement. L'entièreté de ces propriétés psychométriques a été évaluée dans le processus de la

validation complète de l'outil. Toutefois, dans le cadre de cet essai, la candidate s'est intéressée à valider la stabilité temporelle (2) ainsi que la sensibilité au changement (4) spécifiquement, permettant de correspondre aux attentes en regard du volume d'un essai.

Stabilité temporelle. Elle permet d'évaluer la stabilité d'un outil de mesure dans le temps (Corbière & Fraccaroli, 2020). Selon Watson (2004), les études portant sur la stabilité temporelle font rarement l'objet d'interprétation rigoureuse. Toutefois, la méthode de stabilité par la fidélité test-retest est le meilleur indicateur de la qualité métrique d'un instrument. La proportion de variance partagée entre les scores au test et au retest représente la variance du score vrai, alors que la proportion de variance non-partagée est attribuable à l'erreur de mesure (Anastasi, 1994). Selon Vallerand (1989), la procédure du test-t est reconnue comme étant plus robuste que les corrélations. Les test t pour échantillons appariés comparent les sujets avec eux-mêmes, comparant la moyenne de deux variables pour un seul groupe. Cela permet de calculer les différences entre les valeurs des deux variables pour chaque observation et de tester si la moyenne diffère de 0. Toutefois, les valeurs p sont considérées comme confondues en raison de leur dépendance à la taille de l'échantillon puisqu'un résultat statistiquement significatif peut signifier simplement qu'un échantillon de grande taille a été utilisé (Sullivan & Feinn, 2012). Selon ces derniers, la taille de l'effet est indépendante de la taille de l'échantillon, elle permet de clarifier la présence ou l'absence de différence statistiquement significative en fournissant une mesure de l'importance pratique ou clinique d'un effet. En souhaitant la reproductivité des scores, il est souhaitable d'obtenir un effet petit soit 0,2, plus la taille d'effet est proche de zéro et plus la moyenne de temps 1 se situe proche de celle du temps 0 plus les distributions se chevauchent. Ainsi, une taille d'effet de 0 veut que la moyenne du groupe 2 se situe au 50e centile du groupe 1 exposant un chevauchement complètement (100 %), soit aucune différence.

En utilisant les test-t l'absence de différence statistiquement significative ($p > 0,05$) et une petite taille de l'effet corroborent avec la reproductivité des scores, et appuie la fiabilité de l'outil. Toutefois, il est aussi important d'évaluer la stabilité temporelle en fonction des changements attendus. Le contexte et le délai de passation doivent être déterminés en fonction de la population visée pour maximiser l'isolement de l'erreur de mesure. Corbière et Fraccaroli (2020) affirment que le nombre d'individus doit au moins être égal à 20, l'intervalle doit être approximativement de deux semaines entre les deux passations et l'état ou la situation de ces personnes ne doit pas avoir changé de façon significative (Streiner & Normand, 2008).

Le choix de notre mesure, ne dépassant pas un mois d'intervalle, s'appuie sur différents éléments tels que la population visée par l'outil, le temps de passation de l'outil, la charge de travail que peut représenter la passation de l'outil dans un délai rapproché, et l'utilisation de la même procédure que pour l'outil initial. Cela permet également d'éviter un effet d'apprentissage par un délai trop court ou un effet de maturation par un délai trop long. Pour éviter tout changement du *vrai score*, les participants ont été questionnés sur leur état actuel, les événements dernièrement vécus, la stabilité de l'état ou du suivi, l'hospitalisation et autres pour exclure toutes possibilités d'un changement majeur risquant d'influencer leurs réponses lors de la seconde passation de l'outil. Bien qu'il soit souhaitable que les participants ne reçoivent aucun service, cette étude doit tenir compte des spécificités de la clientèle visée, soit les individus avec un trouble mental grave. En effet, il est éthiquement impossible d'empêcher l'offre de leurs services réguliers (p.ex. suivis non-intensifs à long terme). Considérant que cette clientèle n'est pas reconnue pour évoluer de manière rapide, les chances d'obtenir un changement significatif à l'intérieur d'un mois nous semblaient faibles. Ainsi, le vrai score fait référence à la variation de l'outil lui-même, ce qui nécessite d'exclure ou d'isoler toutes autres sources pouvant être responsable d'une variation des résultats

entre la première et la seconde passation. En respectant ces conditions, plus le questionnaire est fiable et moins les réponses d'un même sujet devraient être fluctuantes entre les deux temps de mesure.

Sensibilité au changement. Elle permet de mesurer quantitativement un changement d'état en relation avec le temps, à la suite d'une intervention précise (Quiquempois & Frachon-Bizot, 2015). C'est donc la capacité de l'outil à mesurer le changement mesuré sur le plan clinique (Fermanian, 2005). Ainsi, le concept de sensibilité au changement s'appuie sur la démonstration d'une différence d'un état à deux moments différents suivant la réception d'une intervention précise. Dans une optique favorable, l'outil permet de faire ressortir une condition difficile, permettant de choisir un traitement adéquat et d'observer un changement par rapport à cette même condition. Le degré de variation qui est observé sur cette condition traduit l'ampleur du changement clinique, peu importe le niveau du changement (petit, moyen ou grand) les performances sont détectées par de réelles différences sur le plan clinique (Quiquempois & Frachon-Bizot, 2015; Guyatt et al., 1987; Kirshner & Guyatt, 1985). Contrairement à la fidélité test-retest incluant la reproductivité des scores, il faut choisir les participants réputés en progrès ou en réception de services pour une cible particulière (p.ex. objectif de réinsertion socioprofessionnelle) pour tester la sensibilité au changement sur une ou des échelles spécifiques (Quiquempois & Frachon-Bizot, 2015), à l'aide de test-t appariée. Ainsi, la présence de différence statistiquement significative ($p < 0,05$) et une grande taille de l'effet corroborent avec la différence entre deux moments.

À titre d'exemple, les résultats d'un individu pourraient illustrer une amélioration subséquente à l'atteinte de ses objectifs, permettant d'évaluer si les services sont toujours nécessaires ou si d'autres objectifs sont ciblés. Cela pourrait ainsi orienter les services offerts par

l'équipe traitante, notamment en regard des interventions qui sont actuellement reconnues dans les milieux de troisièmes lignes. Ainsi, l'offre de services dépend de ce que chaque individu souhaite changer dans sa vie, étant l'un des principaux objectifs de la CASIG-rev. Certains participants ont alors reçu une offre de service en lien avec le changement visé avant de repasser l'outil six mois après la passation initiale. Cette mesure, à six mois d'intervalle, s'appuie sur la majorité des études existant sur cette propriété psychométrique et recommandée par Corbière et Fraccaroli (2020).

3. Objectifs / Hypothèses

Ce projet d'essai s'inscrit dans le processus de validation de la CASIG-rev. Le premier objectif vise à mesurer la stabilité temporelle, soit la fidélité test-retest par un test-t pour échantillon apparié et des corrélations. Pour les test-t avec échantillon apparié, il est attendu d'obtenir peu de différence statistiquement significative ($p > 0,05$) sur les échelles entre les deux temps de mesure rapprochés avec de petite taille d'effets pour attester l'absence de changement des scores. Le deuxième objectif vise à vérifier la pertinence clinique, soit la sensibilité au changement suite à la réception de services, en utilisant les test-t appariés. Il est attendu d'obtenir plusieurs différences statistiquement significatives ($p < 0,05$) sur les échelles pour lesquelles un service a été offert avec de grande taille d'effets.

4. Méthodologie

4.1 Participants

L'approbation éthique et de recherche a été obtenue via le CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal, avec la mention que l'étude serait internationale et entièrement conduite en ligne, via Google Forms. Les chercheurs et cliniciens membres de l'équipe avaient chacun comme mandat de favoriser le recrutement, via des contacts avec des cliniques et des publicités locales, ainsi qu'à travers des organismes communautaires (par ex., sociétés de la schizophrénie), dans leur pays ou

province. Nos collaborateurs de Suisse, France et Belgique ont également recruté dans leur clinique respective ou via leurs sites web. Les critères d'inclusion étaient : 1) être âgé de 14 à 65 ans, 2) avoir un trouble mental grave, 3) être apte à consentir à l'étude et 4) suffisamment comprendre le français écrit pour pouvoir remplir les questionnaires en ligne. Les critères d'exclusion étaient : 1) les individus qui n'ont pas accès à une connexion internet leur empêchant de remplir le questionnaire et 2) les individus qui ne résident pas dans un des pays participants à l'étude (Canada, France, Belgique et Suisse).

Au total, 272 personnes ont accepté de participer à l'étude, procédant au prétest. Dans cette base donnée, il y avait 21,7% ($n=59$) provenant de la Belgique, 20,2% ($n=55$) du Canada, 36,8% ($n=100$) de France, 1,8% ($n=5$) de Suisse et 19,5% ($n=53$) d'autres endroits. L'entièreté des répondants parlait français, se trouvait dans la tranche d'âge admissible de 14 à 65 ans et l'âge moyen était de 32 ans, une majorité de 67% rapportait un état civil célibataire, à la naissance 64% étaient de sexe féminin et 36% masculin. En regard de l'identité de genre, 61% s'identifiaient à un genre féminin, 34% masculin et 5% fluide/queer. Les principaux diagnostics rapportés étaient: dépression majeure (49%), schizophrénie spectrum (14%), trouble bipolaire (8%) et autre tels que les troubles de la personnalité (29%). Parmi nos répondants, 30% rapportaient avoir 11 années ou moins de scolarité incluant le primaire, 29% de 12 à 15 ans de scolarité, 31% de plus de 15 ans de scolarité et 10% sans mention.

Ensuite, un total de 29 personnes ont accepté de participer à la seconde passation, soit la stabilité temporelle à un mois d'intervalle. Il s'agit d'un échantillon de convenance parmi les individus qui avaient accepté d'être recontactés. Parmi cet échantillon, il y a 31% ($n=9$) provenant de la Belgique, 37,9% ($n=11$) du Canada, 17,2% ($n=5$) de France, 3,4% ($n=1$) de Suisse et 10,3% ($n=3$) d'autres endroits. L'âge moyen des répondants était de 33 ans.

Finalement, un total de 24 personnes ont accepté de participer à la troisième passation, soit la sensibilité au changement à six mois d'intervalle. Seulement les individus qui étaient réputés pour être en réception de services de rétablissement ont été inclus. Parmi cet échantillon, un total de 10 personnes avaient également participé à la mesure de rappel d'un mois, dont 37,5% ($n=9$) provenant de la Belgique, 16,7% ($n=4$) du Canada, 41,7% ($n=10$) de France, 4,17% ($n=10$) d'autres endroits. L'âge moyen des répondants était de 31 ans.

Il est à noter que l'échantillon appartenant à la catégorie autre endroits a été conservé puisqu'il était en relation avec les pays participants.

4.2 Instruments de mesure

Les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique, la CASIG-rev, la version française du Recovery Assessment Scale, la version brève de l'échelle du bien-être de Ryff et la version brève du World Health Organization Disability Assessment Scale, au prétest pour assurer l'entièreté des analyses statistiques, incluant la validité de convergence. Toutefois, seulement le questionnaire sociodémographique et la CASIG-rev sont détaillés ci-dessous, étant ceux qui étaient nécessaires aux analyses de ce présent essai.

Le questionnaire sociodémographique permet l'obtention d'une vue d'ensemble sur les différents échantillons (Prétest, seconde et troisième passation). Le questionnaire sociodémographique qui précède la CASIG-rev en ligne prend environ six minutes à remplir. Il comporte des questions relatives à l'âge, au sexe/genre, au niveau de scolarité, etc. On s'informe aussi sur les activités actuelles de la personne (travail, études) et sur les informations cliniques, comme son diagnostic, le nombre d'hospitalisations (s'il y a lieu).

La CASIG-rev est un outil qui couvre les dimensions de Ryff présentés sous huit domaines (questions ouvertes sur les buts pour la personne), un total de 25 sous échelles (d'habiletés ou

obstacles) dichotomiques, regrouper sous six catégories (c.-à-d. autonomie, relations sociales positives, acceptation de soi, croissance personnelle et professionnelle, santé physique et mentale ainsi que sens à la vie). L'outil a été construit de manière à ce qu'un individu qui n'a pas de trouble mental grave soit en mesure d'obtenir un score de zéro sur les sous-échelles calculant les symptômes ou les plaintes, et ce, tout en obtenant un score élevée sur les sous-échelles qui calculent les aptitudes ou le fonctionnement. L'outil est auto-rapporté mais peut être répondu avec l'aide d'un proche ou d'un intervenant. L'outil est en annexe. Le questionnaire prend en moyenne 45 minutes à répondre. Il peut toutefois être fait par section ou domaine au rythme de chaque participant.

Parmi les 27 sous-échelles de la CASIG-rev, certains items sont suivis d'un astérisque (*) ce qui indique que la réponse à ces items doit être inversée lors du calcul des scores pour chaque échelle (oui= non, et un non=oui). Des items inversés sont présents dans la catégorie *nutrition* (items 8, 9), *famille* (item 4), *voisinage* (item 4), *estime de soi et auto stigmatisation* (items 5, 6, 7, 8) et *autocompassion* (item 3). Le score total d'une sous-échelle est la somme des réponses obtenues à tous ses items où oui signifie 2, non signifie 1 et pas de réponse signifie 0. Ainsi, le score total dépend du nombre d'items présent dans la sous-échelle, variant entre 4 et 11 énoncés par sous-échelle. Par exemple, la sous échelle nutrition dispose de 9 items où chaque item peut fournir un score variant entre 2 (attribuable à oui), 1 (attribuable à non) et 0 (attribuable à pas de réponse), produisant un score maximal de 18 si la personnes inscrit oui à chaque item présent dans la sous-échelle. Il est à noter que les échelles Likert et les questions ouvertes ne sont pas inclus dans cette présente analyse, ne servant qu'à orienter l'équipe traitante des démarches cliniques désirées, voir annexe – questionnaire.

4.3 Déroulement

Les participants souhaitant participer ont été dirigés vers la plateforme Google forms pour répondre aux questionnaires. Ils devaient d'abord lire la description de l'étude et répondre à quelques questions afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion. Ensuite, ils étaient dirigés vers le formulaire de consentement. S'ils consentaient, ils accédaient aux questionnaires. Ils pouvaient répondre à leur rythme, s'arrêter et continuer selon leurs désirs. Un tirage a été offert (d'un iPad) auprès des personnes acceptant de laisser leur email (courriel), payé par des fonds personnels de la chercheuse principale.

Lors du pré-test, les individus souhaitant participer aux mesures de rappel ont coché une case à cet effet dans le questionnaire. Ils ont répertorié dans une liste dénominalisée, protégée à l'aide d'un mot de passe. Pour la stabilité temporelle, les individus ont été recontactés par courriel pour procéder à une prise de rendez-vous pour accomplir une seconde passation à l'intérieur d'un mois d'intervalle. La sélection des participants a été faite de façon aléatoire dans la liste des participants souhaitant participer aux mesures de rappel, ci-haut mentionnée. Pour la sensibilité au changement, seulement les individus qui recevaient un suivi dans des cliniques reconnues pour offrir des services de rétablissement et étaient réputés pour être en réception de service ont été recontactés par courriel pour procéder à une prise de rendez-vous pour accomplir une troisième passation à l'intérieur de six mois. Chaque passation de l'outil s'est déroulée au sein du même établissement où le participant avait accompli la passation initiale. Les personnes ayant accepté de faire une 2^e ou 3^e passation recevaient une carte cadeau (Starbucks ou Renaud Bray).

4.4 Analyses statistiques

L'analyse de la stabilité temporelle (fidélité) a été mesurée via un test-t apparié testant la différence de moyenne entre des paires de mesures à deux temps de passations. Elle calcule la

différence entre les valeurs de deux variables (temps 1 et temps 2) pour chaque modèle (individu) et test si la moyenne diffère de zéro, elle confirme ou infirme l'hypothèse de base. Ainsi, la valeur p est calculée et comparée au niveau alpha, plus fréquemment utilisé à 0,05. Si la valeur p est inférieure au niveau alpha, la différence entre les nombres est marquée comme étant statistiquement significative. La taille de l'effet a été calculé en faisant la soustraction de la moyenne au temps 1 moins la moyenne au temps 0 divisé par l'écart-type partagé, étant considéré comme un petit effet à 0,2, un effet modéré à 0,5 et grand effet à 0,8 et plus (Cohen, 1998).

Pour l'analyse de la sensibilité au changement; l'utilisation de plusieurs méthodes conjointes est recommandée (Angst, 2011; Copay et al., 2007; Husted et al., 2000). La sensibilité interne, ou basée sur la distribution a été mesurée grâce à la procédure des tests-t appariés, ci-haut expliqués. Toutefois, elle peut être mesurée en comparant les changements de scores de l'outil à un critère externe pertinent. Il peut s'agir d'un type d'intervention, d'un changement important ou autre qui est mis en corrélation avec les résultats de l'individu et qui démontre le lien significatif. Dans cette étude, nous avons regardé s'il y avait un changement important sur des sous-échelles qui pouvaient être potentiellement modifiables dans le contexte de la réception d'un service de rétablissement. Par exemple, nous avons regardé les sous-échelles *effets personnels*, *hygiène personnelle* et *activités réactives* en relation avec un type d'intervention pouvant accroître la satisfaction perçue de l'individu sur ses sous-échelles.

La version 28 du logiciel SPSS a été utilisée pour l'analyse des données. L'outil G*Power a été utilisé pour calculer la puissance statistique nécessaire pour l'entièreté des sous-échelles.

5. Résultats

5.1 Présentation des résultats

Fidélité test-retest. Un total de 29 personnes ont participé à la mesure de rappel fidélité test-retest. Selon les résultats des test-t appariés, peu de différence statistiquement significative $p < 0,05$ ont été observées sur les sous-échelles, à l'exception de *relation amoureuse* $t(28) = 1,751$, $p = 0,045$, *autocompassion* $t(28) = 1,853$, $p = 0,037$, *transport* $t(28) = -2,0453$, $p = 0,025$, *aspects cognitifs* $t(28) = 2,317$, $p = 0,014$ et *projet de vie* $t(28) = 1,883$, $p = 0,035$. Ces résultats exposent une variance, pouvant être aléatoire, attribuable aux conditions du test ou à des changements internes chez les participants. L'absence de différences statistiquement significatives et de petite taille d'effet (0,2) pour la majorité des sous-échelles corrobore la reproductivité des scores. Les sous-échelles *effets personnels*, *amitiés*, *relations amoureuses*, *autocompassion*, *transport*, *motivation et émotions*, *aspects cognitifs* et *projet de vie* ont obtenues des effets plus élevés que petit, mais toujours inférieurs à modéré 0,5. Il est à noter que seules les sous-échelles *désir d'enfant* ($n=2$) et *relation avec enfants* ($n=4$), ont obtenus un nombre de répondants peu élevé. Seule la sous-échelle *désir d'enfant* a obtenu un effet modéré de 0,58. Le tableau 3 illustre les résultats mentionnés ci-dessus accompagnés des tailles d'effets respectives.

Sensibilité au changement. Un total de 24 personnes ont participé à la mesure de rappel sensibilité au changement, étant reconnus en réception de services pro-rétablissement. Selon les résultats des test-t appariés à la suite de la réception des services de rétablissement, des différences statistiquement significatives $p < 0,05$ ont été observées sur les sous-échelles; *hygiène personnelle* $t(23) = -1,715$, $p = 0,05$, *amitiés* $t(23) = 3,00$, $p = 0,003$, et *activités récréatives* $t(23) = -2,278$, $p = 0,016$, illustrées au Tableau 4. Pour vérifier la présence de changement de l'état après la réception des interventions reçues par l'entremise des services offerts aux participants, nous avons

Tableau 3

Test-t de la stabilité temporelle (n=29)

	Test-t (<i>t</i>)	Significativité unilatérale (<i>p</i>)	Taille de l'effet
Autonomie			
1. Nutrition	-1,21	0,12	0,22
2. Hygiène Personnelle	-1,10	0,14	0,20
3. Effets personnels	-1,61	0,06	0,30
4. Gestion de l'argent	0,00	0,50	0,00
Relations sociales positives			
5. Amitiés	-1,63	0,06	0,30
6. Relation amoureuse	1,75	0,05	-0,33
7. Famille	0,23	0,41	-0,04
8. Désir d'enfant	1,00	0,21	-0,58
9. Relation avec enfant	-0,54	0,31	0,24
10. Voisinage	-0,87	0,20	0,16
11. Interactions sociales	0,41	0,34	-0,08
Acceptation de soi			
12. Estime de soi et autostigmatisation	-1,56	0,07	0,29
13. Autocompassion	1,85	0,04	-0,34
Croissance personnelle et professionnelle			
14. Professionnel	-0,04	0,48	0,01
15. Scolaire	0,16	0,44	-0,03
16. Transport	-2,05	0,03	0,38
17. Activités récréatives	0,32	0,37	-0,06
18. Citoyenneté	-0,17	0,43	0,03
Santé physique et mentale			
19. Activité physique	-1,36	0,09	0,25
20. Sommeil	1,52	0,07	-0,28
21. Santé mentale	1,05	0,15	-0,20
22. Motivation et émotion	1,65	0,06	-0,31
23. Aspects cognitifs	2,32	0,01	-0,43
Sens à la vie			
24. Raison d'être	0,87	0,20	-0,16
25. Projet de vie	1,88	0,04	-0,35

analysé plus spécifiquement un sous-échantillon ($n=9$) ayant reçu un type d'intervention externe spécifiquement relié à la sous-échelle *projet de vie*. L'équipe traitante a confirmé que ces personnes ont reçu un service de réhabilitation prorétablissement. Selon les résultats des test-t appariés de ce sous-échantillon, une amélioration significative du score à la sous-échelle *projet de vie* a bien été détectée $t(8) = -2,800, p=0,012$ et des différences significatives ont été détectées sur d'autres sous-

Tableau 4

Test-t de la sensibilité au changement (n=24)

	Test-t (<i>t</i>)	Significativité unilatérale (<i>p</i>)	Taille de l'effet
Autonomie			
1. Nutrition	-1,04	0,16	0,21
2. Hygiène Personnelle	-1,72	0,05	0,35
3. Effets personnels	-0,84	0,21	0,17
4. Gestion de l'argent	0,18	0,43	-0,04
Relations sociales positives			
5. Amitiés	3,00	0,00	-0,61
6. Relation amoureuse	-0,11	0,46	0,02
7. Famille	-1,05	0,15	0,21
8. Désir d'enfant	-	-	-
9. Relation avec enfant	-	-	-
10. Voisinage	-1,00	0,16	0,20
11. Interactions sociales	-1,64	0,06	0,33
Acceptation de soi			
12. Estime de soi et autostigmatisation	-0,69	0,25	0,14
13. Autocompassion	-0,79	0,22	0,16
Croissance personnelle et professionnelle			
14. Professionnel	-0,42	0,34	0,09
15. Scolaire	-0,50	0,31	0,10
16. Transport	-1,66	0,06	0,35
17. Activités récréatives	-2,28	0,02	0,47
18. Citoyenneté	0,56	0,29	-0,12
Santé physique et mentale			
19. Activité physique	0,00	0,50	0,00
20. Sommeil	1,57	0,07	-0,32
21. Santé mentale	0,06	0,48	-0,01
22. Motivation et émotion	1,22	0,12	-0,25
23. Aspects cognitifs	0,88	0,19	-0,18
Sens à la vie			
24. Raison d'être	-1,57	0,07	0,32
25. Projet de vie	-1,18	0,17	0,24

échelles; *hygiène personnelle* $t(8) = -1,971, p=0,042$, *effets personnels* $t(8) = -1,955, p=0,043$, *amitiés* $t(8) = -1,890, p=0,048$, *activités récréatives* $t(8) = -4,082, p=0,002$, *motivation et émotion* $t(8) = 2,984, p=0,009$ et *raison d'être* $t(8) = -1,961, p=0,043$, voir Tableau 5.

Tableau 5

Test-t de la sensibilité au changement des participants ayant reçu un service de réhabilitation prérétablissement (n=9)

	Test-t (<i>t</i>)	Significativité unilatérale (<i>p</i>)	Taille de l'effet
Autonomie			
1. Nutrition	-0,67	0,26	0,22
2. Hygiène Personnelle	-1,97	0,04	0,66
3. Effets personnels	-1,96	0,04	0,65
4. Gestion de l'argent	0,72	0,25	-0,24
Relations sociales positives			
5. Amitiés	1,89	0,05	-0,63
6. Relation amoureuse	-0,78	0,23	0,28
7. Famille	-1,25	0,12	0,42
8. Désir d'enfant	-	-	-
9. Relation avec enfant	-	-	-
10. Voisinage	-0,92	0,19	0,31
11. Interactions sociales	-1,25	0,12	0,42
Acceptation de soi			
12. Estime de soi et autostigmatisé	-0,13	0,45	0,04
13. Autocompassion	-0,71	0,25	0,24
Croissance personnelle et professionnelle			
14. Professionnel	-0,26	0,40	0,09
15. Scolaire	0,00	0,50	0,00
16. Transport	-1,53	0,09	0,54
17. Activités récréatives	-4,08	0,00	1,36
18. Citoyenneté	-1,00	0,18	0,35
Santé physique et mentale			
19. Activité physique	0,00	0,50	0,00
20. Sommeil	1,37	0,10	-0,46
21. Santé mentale	-0,24	0,41	-0,08
22. Motivation et émotion	2,98	0,01	-0,99
23. Aspects cognitifs	0,14	0,45	-0,05
Sens à la vie			
24. Raison d'être	-1,96	0,04	0,65
25. Projet de vie	-2,80	0,01	0,93

6. Discussion générale

Cette étude visait à valider une partie des propriétés psychométriques de la CASIG-rev, en procédant à l'analyse de la stabilité temporelle à un mois d'intervalle et de la sensibilité au changement à six mois d'intervalle, suivant la réception de service.

Tout d'abord, la stabilité temporelle a été mesurée grâce aux *test-T* appariés, en regard de la valeur *t*, la significativité *p unilatérale* et la taille d'effet. La significativité *p unilatérale* est celle qui a été utilisée puisque la construction des sous-échelles ne permettait pas les corrélations négatives. Pour appuyer la fiabilité de l'outil, la reproductivité des scores doit être observée par l'absence de différence statistiquement significative sur la valeur *p unilatérale* ($p > 0,05$) en plus d'une petite taille de l'effet. Cette dernière a été calculée individuellement pour l'entièreté des sous-échelles étant considérée comme un petit effet à 0,2, un effet modéré à 0,5 et grand effet à 0,8 et plus (Cohen, 1998). Tel qu'attendu, les résultats démontrent que la majorité des échelles ont exposé une valeur *p unilatérale* plus grande que le seuil de 0,05 et présentent une taille d'effet nulle ou petite, suggérant la stabilité du questionnaire dans le temps.

Toutefois, il semblerait qu'en un mois, certains des 29 participants aient vécu un changement de comportements ou aient vu une amélioration ce qui est illustré par des valeurs *p unilatérales* plus petites que le seuil de 0,05 et des tailles d'effets légèrement plus élevés, mais n'étant ainsi pas considéré comme un effet modéré selon les références de Cohen (1998). Ces résultats sont observés sur les sous-échelles *relation amoureuse*, *autocompassion*, *transport*, *aspects cognitifs* et *projet de vie*. Il est possible que le fait de poser certaines questions ait permis aux personnes concernées de s'activer et à obtenir de l'aide. Cela peut avoir contribué à la modification de leurs comportements ou perceptions dans le domaine mesuré à la suite de la du pré-test, impactant par le fait même la seconde passation à un mois d'intervalle. De plus, certaines échelles contiennent des questions rapprochées dans le temps (p.ex. deux dernières semaines, dernière semaine, trois derniers jours ou au quotidien) nécessitant une attention particulière lors de la passation. Il est possible que certains individus aient réfléchi à d'autres questions dans un laps de temps plus rapproché, étant susceptible d'impacter la constance des réponses attendues à un

mois d'intervalle. Le délai de passation d'un mois entre le pré-test et la seconde passation avait été déterminé en fonction du nombre d'items présent dans l'outil et de la population visée. Nous ne souhaitons pas surcharger nos participants. Toutefois, il semble que ce délai soit trop éloigné dans le temps affectant à la hausse les probabilités d'un changement, ce qui représente par le fait même l'une de nos limites. Il aurait certainement été préférable d'utiliser un test-retest de 2 semaines.

Deux de nos sous-échelles ont été répondues par un nombre restreint d'individus. La sous-échelle *désir d'enfant* a obtenu deux répondants ($n=2$) et *relation avec enfants* a obtenu quatre répondants ($n=4$). Le nombre étant peu élevé, il risque d'affecter grandement la puissance statistique associée à la sous-échelle. Ainsi, une variation minime des réponses affecte fortement la représentabilité du score lorsque l'échantillon est peu élevé (Button et al., 2013). Bien que les valeurs *p unilatérales* de ces deux sous-échelles ne soient pas sous le seuil établi de 0,05, la sous-échelle *Désir d'enfant* a exposé un effet modéré de -0,58, malgré sa valeur $p=0,21$. Ainsi, cette exception est possiblement expliquée par le nombre restreint d'individus y ayant répondu ($n=2$).

Sur la même note, le taux de participation obtenu à la mesure de la stabilité temporelle est de 29 individus. Ce nombre peut paraître peu élevé lorsqu'on le compare avec le taux de participation obtenu au prétest ($n=272$). Toutefois, nous souhaitons rappeler que la participation aux mesures de rappel n'était pas nécessaire pour participer au pré-test, reposant ainsi sur l'intérêt personnel de chaque individu. Ainsi, il est possible que les individus ayant décidé de prendre part aux mesures de rappel aient des caractéristiques différentes, comparativement à ceux qui ont décidé de ne pas y participer. Lorsque nos équipes ont recontacté les participants, certains ont remarqué que les participants qui ne recevaient pas de suivi régulier semblaient moins intéressés à participer de nouveau comparativement à ceux qui recevaient un suivi régulier. Ainsi, il est probable que le fait de recevoir un suivi régulier a introduit une certaine variance dans le comportement ou la

perception du domaine mesuré, risquant d'impacter les résultats obtenus. De plus, certains individus ont rapporté une baisse d'intérêt pour leur seconde passation, référant à la longueur du questionnaire. Il est possible que les individus ayant répondu à la seconde mesure de rappel aient un taux général de motivation plus élevé pouvant s'étendre à d'autres aspects que la passation du questionnaire (p.ex., motivation en regard de leur suivi ou de leur rétablissement subjectif). En ce sens, il est possible que ces éléments aient influencé les caractéristiques de l'échantillon de la première mesure de rappel impactant par le fait même les résultats obtenus.

En regard de nos résultats, nous avons décidé de calculer la puissance statistique nécessaire pour chaque sous-échelle, soit la probabilité de détecter un effet statistiquement significatif, s'il y en a un. Un seuil alpha de 0,80 (Button et al., 2013) est désirable, permettant d'affirmer qu'il n'y a que 20% d'obtenir un faux effet. En souhaitant appuyer la reproductivité des scores, une valeur p unilatérale plus grande que le seuil de 0,05, ainsi une taille de l'effet d'un niveau petit (0,2) est désirable (Cohen, 1998). Les calculs, accomplis à l'aide de l'outil *G*Power*, permettent d'affirmer qu'un échantillon plus grand ($n=220$) aurait possiblement permis l'atteinte du seuil de la puissance statistique pour l'entièreté des sous-échelles, exposant une limite relative au nombre de l'échantillon.

Toute interprétation de la fiabilité d'un outil doit être fait en regard de la significativité, des caractéristiques de l'échantillon, de la puissance statistique, mais aussi du construit mesuré. Plusieurs de nos sous-échelles sont dites situationnelles puisqu'elles calculent un construit qui varie avec le temps. À titre d'exemple, la sous-échelle *relation amoureuse* peut varier en fonction de la stabilité de la relation, du temps passé avec son partenaire, des rencontres, des relations sexuelles, de la présence de conflit, etc. Ainsi, il faut s'attendre à un niveau de variance plus élevée pour une sous-échelle qui calcule un construit dit situationnel comparativement à une sous-échelle qui

calcule un construit plus stable dans le temps. Par exemple, la sous-échelle santé mentale calcule la présence de traits ou symptômes présent chez l'individu, étant moins sujette aux changements rapides auprès de la clientèle présentant des troubles mentaux graves. Un effet similaire a été exposé lors de la validation de l'outil State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger & Vagg, 1984). Les auteurs ont démontré que les sous-échelles qui calculaient l'anxiété situationnelle, dans diverses situations, avaient une variance nettement plus élevée comparativement sous-échelles qui calculaient les traits d'anxiété, étant plus stables dans le temps. Nous soulignons ainsi la variance attribuable au construit évalué, étant plus élevé pour les construits dits situationnels.

Par la suite, la sensibilité au changement a été mesurée grâce à des test-t appariés, en regard de la valeur t , la significativité p unilatérale et la taille de l'effet. Pour appuyer que l'outil soit sensible au changement, il doit détecter des différences de scores en attestant la présence de différence statistiquement significative sur la valeur p unilatérale ($p < 0,05$) en plus d'une taille d'effet modéré à grande. Des valeurs p unilatérales sous le seuil de 0,05 accompagnés de taille d'effet petit à modéré ont été observées sur les sous-échelles *amitiés*, *hygiène personnelle* et *activités récréatives*. Ainsi, des effets statistiquement significatifs ont été observés, mais il semblerait que l'importance pratique ou clinique, soit la différence étudiée, varie de faible à modérer. Toutefois, un sous-groupe de neuf individus ont spécifiquement reçu une offre de service de réhabilitation prorétablissement orienté en fonction des souhaits spécifiques des participants vis-à-vis de la sous-échelle *projet de vie*. Des valeurs p unilatérales sous le seuil de 0,05 accompagnés de taille d'effet modéré à grande ont été observés sur les sous-échelles *hygiène personnelle*, *effets personnels*, *amitiés*, *activités récréatives*, *motivation et émotion*, *raison d'être* ainsi que *projet de vie*. À la lumière de ces résultats, nous croyons que la CASIG-rev permet de détecter les changements statistiquement significatifs.

Il semble que les individus ayant reçu des services spécifiquement orientés envers un domaine d'interventions désiré (sous-échelle) aient contribué à l'observation d'un changement de comportements ou d'une amélioration. Un échantillon plus diversifié, soit par son nombre ou par ses caractéristiques référant à l'attrition ci-haut adressée, aurait possiblement permis une analyse plus exhaustive des sous-échelles. En effet, une plus grande variété de domaines d'interventions désirés au sein des participants aurait possiblement augmenté les chances d'observer des changements de comportements ou des améliorations au sein de différentes sous-échelles. Cependant, les mesures de rappel se sont avérées difficiles à six mois d'écart, plusieurs étant difficiles à rejoindre malgré les informations (email, téléphone, etc.) recueillies à cet effet, soulevant une des limites de cette présente analyse.

Toutefois, lorsque l'on souhaite affirmer qu'un outil permet de détecter des changements significatifs sur le plan clinique, les normes populationnelles sont de mises. Elles permettent d'interpréter les scores statistiques en fonction des normes de la population étudiée et de leur importance clinique, notamment en termes de différences de score cliniquement pertinent entre deux temps de mesures (Osoba et al., 1998). Une différence de score qui est dit «statistiquement significative» peut ne pas être «cliniquement significative». Ainsi, la différence minimale cliniquement significative est définie par la plus petite différence de score qui serait perçue comme ayant un sens clinique pour l'individu (Jaeschke et al., 1989). Toutefois, il est difficile d'établir la différence minimale cliniquement significative au niveau des scores statistiques de l'outil CASIG-rev considérant l'absence de normes à cet effet, ce que nous espérons développer dans un avenir rapproché.

Nous souhaitons rappeler que l'outil CASIG-rev a été construit de manière à ce qu'un individu n'ayant pas de trouble mental grave soit en mesure d'obtenir un score parfait, soit zéro,

sur les sous-échelles calculant les symptômes ou les plaintes, et un score maximum sur les sous-échelles qui calculent les aptitudes ou le fonctionnement. Toutefois, l'outil a été créé en souhaitant soutenir le mouvement du rétablissement personnel, où la perception subjective de l'individu est ce qui permet de refléter les changements cliniques perçus. Le sentiment subjectif d'être rétabli diffère des variables objectives associées au rétablissement symptomatologique (Lysaker et al., 2012). Le jugement de l'individu représente ainsi l'indicateur central des changements cliniques. Sous cet ordre d'idées, il est nécessaire de tenir compte des questions ouvertes offrant du matériel qualitatif lors de la passation de l'outil. La comparaison des aspects qualitatifs et des scores des échelles permettrait de mieux représenter les «scores statistiquement significatifs» en fonction de «la différence cliniquement significative» perçue. Ainsi, l'absence de normes populationnelles représente une limite actuelle pouvant être améliorée par l'ajout d'un critère externe à l'outil.

7. Conclusion

Pour soutenir le rétablissement personnel, l'on doit offrir des services adaptés qui correspondent aux souhaits de la clientèle. Une mesure adéquate doit ainsi favoriser l'approche subjective du rétablissement, l'atteinte du bien-être, tout en optimisant la représentabilité et la richesse des informations recueillies. La version révisée de la CASIG a été formulée en s'appuyant sur ces postulats. Cet essai s'est intéressé à deux propriétés psychométriques de la CASIG-rev, soit la stabilité temporelle également appelée fidélité test-retest, et la sensibilité au changement permettant de vérifier la pertinence clinique. Le tout s'inscrivait dans un contexte de validation plus large de l'outil.

Tout d'abord, nous avons présenté les résultats de l'analyse de stabilité temporelle illustrant peu de différences statistiquement significatives entre les deux temps de passation ainsi que des tailles d'effet majoritairement petites. Nous avons abordé les effets relatifs à l'échantillon tels que

le nombre, le taux d'attrition, la puissance statistique ainsi que l'influence du construit mesuré, où la variance attendue est plus élevée pour les échelles qui mesurent un construit situationnel, comparativement à celles qui mesurent un construit stable dans le temps (Spielberger et al., 1984). Ensuite, nous avons présenté les résultats de la sensibilité au changement, permettant d'affirmer la détection de changement statistiquement significatif, à six mois d'intervalle. Nous avons abordé les limites relatives à l'échantillon, ses caractéristiques, l'absence de normes populationnelles et les possibles bénéfices de la juxtaposition d'un critère externe pour affirmer qu'une différence statistiquement significative est aussi significative sur le plan clinique. Bien que ces résultats soient isolés à des échelles précises, ils confirment nos hypothèses où la CASIG-rev est en mesure de détecter les améliorations subjectives sur le plan clinique tout en facilitant l'orientation des interventions ou l'offre d'un service basé sur des données probantes.

Pour conclure, cet essai a contribué au processus de validation de la version révisée de la CASIG. Sa validation complète est en rédaction. La CASIG-rev pourra être déployée et offerte à plus grande échelle : favorisant le développement de normes populationnelles et offrant un outil complet qui positionne l'individu au centre de son propre rétablissement, répond aux quatre critères du rétablissement personnel et favorise les composantes subjectives mises en lumière dans le mouvement *consumer survivors*.

Références

- Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie*. Montréal, QC : Guérin universitaire.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr, Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *The American journal of psychiatry*, 162(3), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(11-12), 972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Angst, F. (2011). The new COSMIN guidelines confront traditional concepts of responsiveness. *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 152. doi: 10.1186/1471-2288-11-152.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia bulletin*, 12(4), 542–559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>
- Baron, K., Kielhofner, G., Iyenger, A., Goldhammer, V., & Wolenski, J. (2002). The Occupational Self Assessment (OSA) (Version 2.1). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Chicago, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois.
- Billiet, C., Antoine, P., Lesage, R., & Sangare, M.-L. (2009). Insight et interventions psychoéducatives dans la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(10), 745-752. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.04.007>
- Bisson, J., Pelletier, J.-F., Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., & Corrigan. (2007). *Traduction française du Recovery Assessment Scale*. Centre de recherche Fernand-Séguin.
- Bonnet, C., Arveiller, J., & Laugier, F. (2010). Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques, législations récentes. *EMC Psychiatrie*, 37-295.
- Bourdeau, G. (2012). *Fonctionnement social et rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Québec, QC.
- Bourdeau, G., Lecomte, T., Lecardeur, L., & Lysaker, P. (2014). Premier épisode psychotique et rétablissement. *Pratiques en santé mentale*, 60, 41-46. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0041>

- Bourgeois, M. L. (2002). L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*, 160(8), 596-601. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(02\)00240-8](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00240-8)
- Button, K. S., Ioannidis, J. P., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S., & Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature reviews. Neuroscience*, 14(5), 365–376. <https://doi.org/10.1038/nrn3475>
- Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(4), 267–280. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996>
- Caouette, M., Tremblay, G., & Belleville, M. (2010). *L'outil d'identification des besoins de réadaptation : une autre façon d'évaluer*. Communication présentée Association québécoise pour la réadaptation psychosociale Montréal.
- Chang, W. C., Tang, J. Y., Hui, C. L., Lam, M. M., Chan, S. K., Wong, G. H., Chiu, C. P., & Chen, E. Y. (2012). Prediction of remission and recovery in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 46(2), 100–108. <https://doi.org/10.1177/0004867411428015>
- Cohrs S. (2008). Sleep disturbances in patients with schizophrenia : impact and effect of antipsychotics. *CNS drugs*, 22(11), 939–962. <https://doi.org/10.2165/00023210-200822110-00004>
- Copay, A. G., Subach, B. R., Glassman, S. D., Polly, D. W., Jr, & Schuler, T. C. (2007). Understanding the minimum clinically important difference: a review of concepts and methods. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 7(5), 541–546. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2007.01.008>
- Corbière, M., & Fraccaroli, F. (2020). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure: exemples dans le domaine de la santé mentale. Dans M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e éd., pp. 703–752). Presses de l'Université du Québec.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia* (Vol. 7). NYU Press.
- Davidson, L. (2023, 07 juin). Recovery – Concepts and application. www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/recovery_concepts.pdf.

- David, A., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *161*, 599–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.5.599>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(5), 480–487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Faber, G., Smid, H. G., Van Gool, A. R., Wunderink, L., Wiersma, D., & van den Bosch, R. J. (2011). Neurocognition and recovery in first episode psychosis. *Psychiatric research*, *188*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.010>
- Farkas M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *6*(2), 68–74.
- Fermanian, J. (2005). Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *48*(6), 281–287. <http://doi.org/10.1016/j.annrmp.2005.04.004>
- Freiner, J. S. & Freese, F. J. (2009). Recovery in Schizophrenia. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, *1*(9), 1,583 – 1,593.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological medicine*, *45*(7), 1343–1361. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. *Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health*, *10*, 15487760500339360.
- Guyatt, G., Walter, S., & Norman, G. (1987). Measuring change over time: Assessing the usefulness of evaluative instruments. *Journal of Chronic Diseases*, *40*(2), 171–178 [http://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90069-5](http://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90069-5)
- Husted, J. A., Cook, R. J., Farewell, V. T., & Gladman, D. D. (2000). Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *Journal of clinical epidemiology*, *53*(5), 459–468. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(99\)00206-1](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00206-1)
- Jaeschke, R., Singer, J., & Guyatt, G. H. (1989). Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Controlled clinical trials*, *10*(4), 407–415. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(89\)90005-6](https://doi.org/10.1016/0197-2456(89)90005-6)
- Katschnig H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (407), 33–37. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00006.x>

- Kennedy, J. A. (1992). *Fundamentals of Psychiatric Treatment Planning*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Kirshner, B. & Guyatt, G. (1985). A methodological framework for assessing health indices. *Journal of Chronic Diseases*, 38(1), 27-36. [http://doi.org/10.1016/0021-9681\(85\)90005-0](http://doi.org/10.1016/0021-9681(85)90005-0)
- Laveault, D. & Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation (2e éd.)*. Bruxelles: De Boeck.
- Leclair, T. (2015). *Stabilité temporelle du Thermomètre de détresse et de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton-révisée chez des parents de survivants d'une tumeur pédiatrique (Essai Doctoral)*. Université de Montréal, Québec, QC.
- Lecomte, T., Ehmann, T., & Corbiere, C. (2005). The First Episode Social Functioning Scale (FESFS). *University of British Columbia*, 23.
- Leclerc, C., & Lecomte, T. (2012). TCC pour premiers épisodes de psychose: Pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 22(3), 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2012.07.006>
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(12), 866–875. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818ee231>
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Caron, J., Perreault, M., & Lecomte, J. (2004). Further validation of the Client Assessment of Strengths Interests and Goals. *Schizophrenia research*, 66(1), 59–70. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00496-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00496-6)
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Perreault, M., & Caron, J. (2005). Consumers' Goals in Psychiatric Rehabilitation and Their Concordance With Existing Services. *Psychiatric Services*, 56(2), 209–211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.209>
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256–272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- López, M. (2007). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'information psychiatrique*, 83, 793-799. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0257>
- Lysaker, P., Erickson, M., Buck, K. & Dimaggio, G. (2012). Les rapports entre métacognition, cognition et fonctionnement dans la schizophrénie : données issues de l'étude de récits personnels. *L'information psychiatrique*, 88, 267-277. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0915>

- Martin, B., & Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 21–40. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.10.002>
- McCrae, R. R., Kurtz, J. E., Yamagata, S. & Terracciano, A. (2011). Internal consistency, retest reliability, and their implications for personality scale validity. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 28–50. <https://doi.org/10.1177/1088868310366253>
- Menezes, N. M., Malla, A. M., Norman, R. M., Archie, S., Roy, P., & Zipursky, R. B. (2009). A multi-site Canadian perspective: examining the functional outcome from first-episode psychosis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(2), 138–146. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01346.x>
- Marshall, S. L., Crowe, T. P., Oades, L. G., Deane, F. F., & Kavanagh, D. J. (2007). A review of consumer involvement in evaluations of case management: Consistency with a recovery paradigm. *Psychiatric Services*, 58(3), 396–401. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.3.396>
- Osoba, D., Rodrigues, G., Myles, J., Zee, B., & Pater, J. (1998). Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 16(1), 139–144. <https://doi.org/10.1200/JCO.1998.16.1.139>
- Paquette, S. & Briand, C. (2011). Les outils de mesure que nous utilisons en réadaptation psychosociale favorisent-ils les principes du rétablissement. *Le partenaire*, 20(3), 8-20, Québec, ISSN 1188-1607.
- Paquette, S. (2011). Outils de mesure en réadaptation psychosociale favorisant les principes du rétablissement (Projet d'essai). Université de Montréal, Québec, QC.
- Pelletier, J. F., Davidson, L., Giguère, C. E., Franck, N., Bordet, J., & Rowe, M. (2020). Convergent and concurrent validity between clinical recovery and personal-civic recovery in mental health. *Journal of Personalized Medicine*, 10(4), 1–12. <https://doi.org/10.3390/jpm10040163>
- Prouteau, A. & Yvon, F. (2012). Facteurs subjectifs et remédiation cognitive dans la schizophrénie. *La remédiation cognitive*. Paris, France: Elsevier Masson, 51-69.
- Quiquempois, D. & Frachon-Bizot, J. (2015). Fidélité test-retest et sensibilité au changement d'un nouvel outil de mesure du langage dans le discours naturel des personnes aphasiques. *Sciences cognitives*. dumas-01212916f.
- Ralph, R. O., Kidder, M. A. & Phillips, D. (2000). Can we Measure Recovery? A Compendium of Recovery and Recovery-Related Instrument.
- Roe, D., & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *Medical humanities*, 31(2), 89–94. <https://doi.org/10.1136/jmh.2005.000214>

- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of Psychological Well-Being Revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 4, 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life, *Current Directions in Psychological Science*, 4, 4, 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Advancing recovery science: reliability and validity properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(4), 442–453. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300089>
- Shepperd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008). Making Recovery a Reality. *Centre for mental health removing barriers achieving change*. London, Sainsbury.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1984). Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of personality assessment*, 48(1), 95–97. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4801_16
- Smith, G. R., Jr., Rost, K. M., Fischer, E. P., Burnam, M. A., & Burns, B. J. (1997). Assessing the effectiveness of mental health care in routine clinical practice: Characteristics, development, and uses of patient outcomes modules. *Evaluation & the Health Professions*, 20(1), 65–80. <https://doi.org/10.1177/016327879702000105>
- Streiner, D. L. & Normand, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. Oxford University Press.
- Thorndike, R.M., & Thorndike-Christ, T. (2010). *Measurement and evaluation in psychology and education* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language]. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 30(4), 662–680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- Wallace, C. J., Lecomte, T., Wilde, J. & Liberman, R. P. (2001). CASIG: A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. *Schizophrenia Research*, 50(1-2), 105-119. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00068-2](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00068-2)
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B. & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric services*, 58(4), 469-474. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.4.469>

- Watson, D. (2004). Stability versus change, dependability versus error: Issues in the assessment of personality over time. *Journal of Research in Personality*, 38(4), 319–350. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.03.001>
- Weaver, R. A., Christensen, P. W., Sells, J., Gottfredson, D. K., Noorda, J., Schenkenberg, T., & Wennhold, A. (1994). Computerized treatment planning. *Hospital & community psychiatry*, 45(8), 825–827. <https://doi.org/10.1176/ps.45.8.825>
- Weiss, K. M. & Chapman, H. A. (1993). A computer-assisted inpatient psychiatric assessment and treatment planning system. *Psychiatric Services*, 44(11), 1097-1100.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma research and action*, 1(1), 3–10. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(12), 1437–1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>
- Young, S. L., Ensing, D. S. & Bullock, W. A. (1999). *The Mental Health Recovery Measure*. Toledo, University of Toledo.
- Zinbarg, R. E., Revelle, W., Yovel, I., & Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω_H : their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, 70(1), 123–133. doi: 10.1007/s11336-003-0974-7

Annexe – Questionnaire

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

CASIG-rev® (Lecomte, Raffard, Heyden & Corbière, 2020)

Version mise à jour du *Client Assessment of Strengths Interests and Goals* (Wallace et al.)

Cet outil vise à déterminer les buts, objectifs et besoins des personnes recevant des services et qui ont un trouble mental ou trouble psychique. L'outil mesure aussi les obstacles ainsi que les défis pour atteindre les buts ciblés. Ainsi, l'équipe d'intervention pourra ajuster l'offre de services pour mieux répondre aux buts, et aider la personne à rencontrer ses objectifs. Selon les milieux de pratique, l'outil peut être offert au complet, ou seulement certaines des six composantes. Nous recommandons toutefois qu'il soit utilisé en entier car il facilitera l'accompagnement lors du rétablissement. L'outil a été développé pour être utilisé à travers la francophonie et peut inclure des termes qui sont moins utilisés dans certains milieux.

Les échelles proposées s'inscrivent dans le contexte de services offerts selon le modèle du rétablissement et incluent les six composantes du bien-être de Ryff¹. L'outil est divisé selon ces 6 composantes, soit :

- 1) l'autonomie;
- 2) les relations sociales positives;
- 3) l'acceptation de soi;
- 4) la croissance personnelle/professionnelle (les finances, le travail, les études, les activités et la citoyenneté);
- 5) la santé physique et mentale (la maîtrise de soi/de son environnement); et
- 6) le sens à sa vie.

N.B. Certains items sont suivis d'un astérisque (*) - il indique que la réponse à ces items doit être inversée lors du calcul des scores pour chaque échelle (oui= non, et un non=oui).

¹ Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Table des matières

1 - AUTONOMIE.....	3
BUTS - LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE.....	3
NUTRITION.....	3
HYGIÈNE PERSONNELLE.....	4
EFFETS PERSONNELS.....	5
GESTION DE L'ARGENT.....	5
2 - RELATIONS SOCIALES POSITIVES.....	7
BUTS - RELATIONS INTERPERSONNELLES.....	7
AMITIÉS.....	7
RELATION AMOUREUSES.....	8
FAMILLE.....	8
VOISINAGE.....	9
INTERACTIONS SOCIALES.....	9
3 - ACCEPTATION DE SOI.....	11
BUTS – PERCEPTION DE SOI.....	11
ESTIME DE SOI ET AUTOSTIGMATISATION.....	11
AUTOCOMPASSION.....	12
4- CROISSANCE PERSONNELLE/ PROFESSIONNELLE.....	13
BUTS - SITUATION FINANCIÈRE.....	13
BUTS - SITUATION PROFESSIONNELLE (TRAVAIL)/SCOLAIRE (ÉTUDES).....	13
PROFESSIONNEL (EMPLOI).....	14
SCOLAIRE (ÉTUDES).....	15
TRANSPORT.....	16
ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES.....	16
CITOYENNETÉ.....	17
5 - SANTÉ PHYSIQUE et MENTALE.....	18
BUTS - SANTÉ.....	18
ACTIVITÉS PHYSIQUES.....	18
SOMMEIL.....	19
BUTS – SANTÉ MENTALE.....	19
SANTÉ MENTALE.....	20
MOTIVATION ET ÉMOTION.....	21
ASPECTS COGNITIFS.....	22
6 - SENS À LA VIE.....	23
RAISON D'ÊTRE.....	23
PROJET DE VIE.....	24

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

1 - AUTONOMIE

BUTS - LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Aimeriez-vous modifier votre lieu de résidence d'ici un an? (oui ou non) ___ Si oui:

Où souhaiteriez-vous demeurer et dans quel environnement aimeriez-vous vivre dans la prochaine année ?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place ?

Voici quelques questions liées aux habiletés nécessaires pour vivre de manière autonome

NUTRITION

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :	Oui	Non	Pas de réponse
1. Planifié des repas équilibrés ?			
2. Préparé des repas simples comme des sandwiches ou des plats congelés ?			
3. Utilisé un micro-ondes pour la préparation de vos repas ?			
4. Préparé des repas nécessitant l'usage d'une cuisinière (plaque de cuisson, four) ?			
5. Nettoyé et rangé la vaisselle et ustensiles au moins une fois tous les trois jours ?			
6. Fait vous-même vos courses (épicerie/supermarché) ?			
7. Fait assez de provisions pour ne pas manquer de nourriture ?			
8. Grignoté souvent entre les repas des aliments non-nutritifs (chips, chocolat) ? *			
9. Mangé souvent dans des restos-rapide (McDo, pizza, etc.) ? *			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas?
(Oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

HYGIÈNE PERSONNELLE

<i>Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Pris une douche ou bain au moins 3 fois au cours de la dernière semaine ?			
2. Brossé vos dents au moins une fois par jour au cours de la dernière semaine ?			
3. Mis des vêtements propres au moins 3 fois au cours de la dernière semaine ?			
4. Pris le temps de vous raser (ou entretenir votre barbe) au moins une fois au cours des 2 derniers jours (cochez « oui » si de sexe féminin) ?			
5. Brossé ou peigné vos cheveux tous les jours au cours de la dernière semaine (cochez « oui » si chauve) ?			
6. Mis du déodorant tous les jours au cours de la dernière semaine ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre hygiène personnelle?
(Oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre hygiène personnelle?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

EFFETS PERSONNELS

<i>Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Lavé vos vêtements au moins une fois au cours des 2 dernières semaines ?			
2. Fait le ménage de votre logement au cours de la dernière semaine ?			
3. Fait votre lit au moins une fois au cours des 3 derniers jours ?			
4. Rangé vos vêtements au moins une fois au cours des 3 derniers jours ?			
5. Jeté les objets inutiles et vidé la poubelle au moins une fois au cours de la dernière semaine ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels? (Oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

GESTION DE L'ARGENT

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Reçu une somme importante sans personne interposée pour la gérer pour vous (paie, prestation d'aide sociale) ?			
2. Payé vous-même votre loyer et votre nourriture ?			
3. Gardé votre argent dans un endroit sûr ?			
4. Économisé votre argent pour ne manquer de rien pendant tout le mois ?			
5. Fait un budget et évité de faire des dépenses non-essentiels afin de ne pas manquer d'argent ?			
6. Possédé une carte bancaire (ou de retrait/interac) ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer la gestion de votre argent?

(Oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la gestion de votre argent?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

2 - RELATIONS SOCIALES POSITIVES

BUTS - RELATIONS INTERPERSONNELLES

Aimeriez-vous améliorer vos relations interpersonnelles (en général), avec vos amis, votre famille ou vos relations amoureuses (de couple) au cours de l'année? (oui ou non) _____

Si oui : Comment pourriez-vous améliorer cette (ou ces) relation(s)?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Voici quelques questions liées aux habiletés sociales et comportements associés aux relations interpersonnelles

AMITIÉS

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Entretenu des amitiés ? Si oui, avec qui et combien? _____			
2. Passé du temps à parler avec vos ami(e)s ?			
3. Fait des activités avec vos ami(e)s ?			
4a. Eu des contacts quotidiens avec vos ami(e)s (en personne, par textos, médias sociaux, téléphone ou email) ?			
4b. (Si 4a est <<non>>, répondez à la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts hebdomadaires avec vos ami(e)s (en personne, par textos, médias sociaux, téléphone ou email) ?			
4c. (Si 4b est <<non>>, répondez à la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts mensuels avec vos ami(e)s (en personne, par textos, médias sociaux, téléphone ou email) ?			
5. Réussi à vous faire un (ou plus) nouvel(le) ami(e) ?			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos relations amicales ou de vous faire de nouveaux amis? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos amitiés ou vous en faire de nouvelles?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

RELATION AMOUREUSES

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Entretenu une relation amoureuse ?			
2. Passé du temps avec votre partenaire ou une personne qui vous intéresse (au niveau romantique ou intime) ?			
3. Fait des rencontres amoureuses (avec ou sans succès) ?			
4. Eu des relations sexuelles ?			
5. Partagé vos sentiments, vos pensées intimes à une personne qui vous plaît (avec qui vous êtes en relation ou non) ?			
6. Été capable d'être proche et d'écouter votre partenaire (ou une personne qui vous intéresse) vous parler de choses personnelles ou intimes ?			
7. Été capable de résoudre un conflit interpersonnel avec une personne importante pour vous ?			

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre situation amoureuse (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre situation amoureuse ?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

FAMILLE

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Passé du temps agréable avec un ou plusieurs membre(s) de votre famille ? Si oui, avec qui ? _____			
2. Parlé de choses importantes pour vous à un membre de votre famille ?			
3. Écouté et été présent pour un membre de votre famille ?			
4. Eu un conflit familial ? *			
5. Offert de l'aide ou fait une tâche pour un ou des membres de votre famille ? Si oui, quoi? _____			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos relations familiales? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos relations familiales ?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

VOISINAGE

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Discuté avec un de vos voisins ?			
2. Rendu service à un voisin ?			
3. Demandé un service ou une information à un voisin ?			
4. Eu un conflit avec un voisin ? *			
5. Interagi aimablement avec des commerçants du quartier ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos relations avec vos voisins ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos relations avec vos voisins ?

1----- -2----- -3----- 4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

INTERACTIONS SOCIALES

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu de la facilité à interagir avec les autres ?			
2. Facilement compris les intentions des autres, ainsi que les raisons de leur humeur ?			
3. Avez-vous eu de la facilité à reconnaître les émotions des autres ?			
4. Avez-vous manqué de tact (p. ex., blessé quelqu'un sans le vouloir ou fait une blague déplacée) ?			
5. Eu de la difficulté à vous ajuster à la personne à laquelle vous parliez (p. ex., ne pas être trop personnel avec un inconnu, ou utiliser un langage simple avec un enfant) ?			

Date: __/__/__

Nom ou n° du client _____

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos interactions sociales? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos interactions sociales?

1-----	-2-----	-3-----	4
Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

3 - ACCEPTATION DE SOI

BUTS – PERCEPTION DE SOI

Aimeriez-vous améliorer votre perception de vous-même d'ici un an? (oui ou non) ____ Si oui:
Qu'est-ce que vous aimeriez changer ?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Voici quelques questions liées à votre perception de vous-même :

ESTIME DE SOI ET AUTOSTIGMATISATION

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu l'impression de faire les choses aussi bien que les autres ?			
2. Pensé que les gens ont du plaisir en votre compagnie ?			
3. Eu la sensation d'être bien dans votre peau ?			
4. Pensé qu'on pouvait vous trouver beau (belle), drôle ou intéressant(e) ?			
5. Senti de la honte parce que vous avez un trouble mental/psychique ? *			
6. Eu l'impression qu'on vous jugerait si on connaissait votre trouble mental/psychique ? *			
7. Pensé que vous étiez limité(e) dans la vie à cause de votre trouble mental/psychique ? *			
8. Eu l'impression que vous pourriez agir de manière bizarre ou que votre trouble mental/psychique était visible * ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre perception de vous-même ?
(oui ou non) ____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre perception de vous-même?

Date: __/__/__

Nom ou n° du client _____

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

AUTOCOMPASSION

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Été tolérant(e) envers vos défauts et limites ?			
2. Été bienveillant(e) envers vous-même en période de souffrance ?			
3. Été critique envers vous-même, suite à une maladresse, un accident ou une mauvaise décision ? *			
4. Pris soin de vous, ou tenté de vous faire plaisir, quand ça allait moins bien ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'avoir plus d'autocompassion ? (oui ou non) ____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour développer votre autocompassion?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: __/__/__

Nom ou n° du client _____

4- CROISSANCE PERSONNELLE/ PROFESSIONNELLE

BUTS - SITUATION FINANCIÈRE

Désirez-vous améliorer votre situation financière dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau de votre situation financière ?

BUTS - SITUATION PROFESSIONNELLE (TRAVAIL)/SCOLAIRE (ÉTUDES)

Désirez-vous (re)travailler dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau du travail ?

Désirez-vous étudier ou suivre un programme de formation dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau de la formation ou des études ?

Désirez-vous exercer une activité en tant que volontaire ou bénévole dans l'année qui vient ? (oui ou non) _____

Si oui : quels sont vos souhaits spécifiques au niveau du volontariat/bénévolat ?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Exemple d'atouts: **cochez ceux qui s'appliquent à vous**

- Une ou plusieurs expérience(s) professionnelle(s) au cours des 5 dernières années (volontariat et stages exclus)
- Une ou plusieurs expérience(s) de stage ou volontariat au cours des 5 dernières années
- Complété un programme de formation au cours des 5 dernières années
- Des compétences professionnelles
- Un ou plusieurs diplômes
- Du soutien de la part de professionnels ou services de santé et/ou de l'insertion professionnelle ou soutien aux études

Quels obstacles pensez-vous rencontrer pour atteindre ce but?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Exemple d'obstacles: **cochez ceux qui s'appliquent à vous :**

- Une absence prolongée du marché du travail
- L'absence de permis de conduire et/ou de moyens de transport
- Un manque de confiance en soi
- Un manque d'expérience de travail
- Une indécision quant au domaine d'activité professionnelle ou d'étude
- Des difficultés cognitives (p. ex., mémoire, attention)
- Une mauvaise condition physique
- Une santé mentale instable ou fragile
- La peur de faire une rechute
- Consommation importante d'alcool et/ou de drogues
- Des problèmes de santé physique (ex: maux de dos, fatigue)
- Une difficulté à maintenir le rythme au travail et à respecter les horaires
- La peur d'être jugé par des collègues de travail
- La pression perçue dans l'emploi/aux études

Parmi les obstacles identifiés, quels sont ceux que vous souhaiteriez prioritairement surmonter ou améliorer ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Voici quelques questions liées à l'emploi, aux études, aux activités récréatives et à l'implication citoyenne :

PROFESSIONNEL (EMPLOI)

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu un emploi rémunéré dans la communauté (temps plein) ?			
2. (Si 1 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Eu un emploi rémunéré dans la communauté (temps partiel) ?			
3. Participé à une activité ou à un atelier de travail ?			
4. Eu recours à un service pour trouver un emploi ou une formation ?			
5. Suivi ou réussi un programme de formation professionnelle (p.ex., formation en coiffure, en entretien ménager, en informatique) ? Si oui, quel programme?			
6. Passé une entrevue (un entretien) pour un emploi, une activité reliée à un emploi, un programme de formation ou un programme d'intégration à l'emploi ?			
7. Fait du volontariat/bénévolat (temps partiel ou temps plein) ?			
8a. Êtes-vous à l'aise à l'idée de travailler à mi-temps (2,5 jours/semaine ou plus) ?			
8b. (Si 8a est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Êtes-vous à l'aise à l'idée de travailler 1 jour/semaine (ou 7h/semaine) ?			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

9. Si vous avez eu une activité de travail, avez-vous été capable de : 9-a) respecter l'horaire? 9-b) faire les tâches demandées? 9-c) fournir un travail de qualité?			
10. Est-ce que vous vous êtes senti reconnu dans votre travail ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de trouver un emploi et/ou de vous maintenir en emploi (temps partiel ou plein temps)? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour trouver ou maintenir un emploi?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

SCOLAIRE (ÉTUDES)

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Été inscrit dans un programme d'études (temps plein) ?			
2. (Si 1 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Été inscrit dans un programme d'études (temps partiel) ?			
3. Participé à une formation donnant accès à un métier (diplômante/qualifiante/technique) ou un stage ?			
4. Eu recours à un service de soutien aux études ?			
5. Êtes-vous à l'aise à l'idée d'étudier ou d'aller en cours au moins 3 jours par semaine ?			
6. (Si 5 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Êtes-vous à l'aise à l'idée d'étudier ou d'aller en cours au moins un jour/semaine ?			
7. Si vous suivez des études, avez-vous été capable : 7-a) de vous présenter en classe à chaque cours ? 7-b) de remettre vos travaux à temps ? 7-c) d'avoir de bonnes notes ? 7-d) de participer en classe ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de compléter un diplôme ou de vous améliorer dans vos études ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien dans vos études ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

TRANSPORT

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. En votre possession un permis de conduire ?			
2. Conduit une voiture (la vôtre ou celle de quelqu'un d'autre) ?			
3. Utilisé le transport en commun sans aide (autobus, train ou métro) ?			
4. Utilisé un vélo ou autre moyen de transport autonome ?			

Objectif :

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Praticqué un passe-temps ? Si oui, lequel (ou lesquels) ?			
2. Praticqué une activité physique ou sportive ?			
3. Joué à un jeu de société, vidéo, électronique ou autres ?			
4. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou avez-vous assisté à un évènement sportif ou une activité culturelle par vous-même ?			
5. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou avez-vous assisté à un évènement sportif ou une activité culturelle avec des amis ?			
6. Lu un livre, une revue ou un journal ?			
7. Envoyé une lettre ou un e-mail à un parent ou un ami ?			
8. Écouté de la musique, regardé la télévision ou navigué sur l'internet ?			
9. Praticqué une activité artistique (écriture, musique, peinture, etc.) ?			
10. Praticqué la méditation ou la pleine conscience ?			
11. Autre (quoi) ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de développer des activités récréatives ? (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour développer des activités récréatives ?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

CITOYENNETÉ

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Senti que vous étiez inclus dans votre communauté ?			
2. Eu l'impression d'être en sécurité chez vous ?			
3. Eu des responsabilités envers des personnes (autres que vous) ?			
4. Participé à une activité civile ou communautaire (marche, protestation, rencontre politique, vote, assemblée) ?			
5. Pris connaissance de l'actualité (nouvelles) de votre région ?			
6. Utilisé des services communautaires ou municipaux (p. ex., bibliothèque, jardin public) ? Si oui, lesquels ? _____			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre implication citoyenne ou communautaire ? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre implication citoyenne ou communautaire ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

5 - SANTÉ PHYSIQUE et MENTALE

BUTS - SANTÉ

A- Aimerez-vous améliorer votre santé physique au cours de l'année? (oui ou non) _____

Si oui: Quels sont vos buts concernant votre santé physique (p.ex., chercher à résoudre un problème de santé, mieux dormir, cesser de consommer des drogues ou de l'alcool, cesser de fumer, faire plus d'exercice) pour l'année?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Exemples d'obstacles: **cochez ceux qui s'appliquent à vous :**

- Trop pris de poids
- Trop fatigué
- Effets des traitements (des médicaments)
- Manque d'expérience dans l'activité physique
- Manque de contacts sociaux
- Trop anxieux en présence des autres
- Trop de douleurs physiques, pas de souffle
- Pas d'argent
- Pas de vêtements appropriés

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place ?

Voici quelques questions liées à votre santé physique :

ACTIVITÉS PHYSIQUES

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Fait une activité physique intense (ex. vélo, jogging, jouer au football, entraînement au gym) au moins une fois par semaine ?			
2. Fait une activité physique d'intensité moyenne (ex. marcher, yoga, danse) au moins une fois par semaine ?			
3. Fait une activité physique pendant au moins 30 minutes de suite ?			

Date: ___/___/___ Nom ou n° du client _____

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer votre condition physique ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre condition physique ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

SOMMEIL

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique un mauvais sommeil)

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu des difficultés d'endormissement (plus de 30 minutes) ?			
2. Eu des réveils en milieu de nuit (durée de plus de 15 minutes) ?			
3. Eu des réveils précoces (trop tôt le matin) ?			
4. Eu la sensation de ne pas dormir de la nuit ?			
5. Eu des difficultés de sommeil fréquentes ?			
6. Dormi le jour et été éveillé la nuit ?			
7. Eu l'impression de trop dormir d'heures par nuit/jour ?			
8. Été souvent somnolent pendant la journée ?			
9. Eu des difficultés à fonctionner pendant la journée à cause d'un sommeil de mauvaise qualité ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer la qualité de votre sommeil ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la qualité de votre sommeil ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations :

BUTS – SANTÉ MENTALE

B- Aimerez-vous améliorer votre santé mentale au cours de l'année? (oui ou non) _____

Si oui: Quels sont vos buts concernant votre santé mentale (p.ex., gérer vos symptômes, comprendre ou changer vos médicaments) pour l'année?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer pour atteindre ce(s) but(s) ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place ?

Voici quelques questions liées à votre santé mentale :

SANTÉ MENTALE

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique la présence de plusieurs symptômes ou difficultés)

<i>Au cours des 3 derniers mois:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Vous est-il arrivé de vous sentir <u>très effrayé, inquiet, nerveux ou anxieux</u> ? Si oui : 1.a) Était-ce lié à une situation sociale (p. ex., interaction avec autrui) ? 1.b) Était-ce lié à une peur spécifique (p. ex., chiens, araignées, hauteurs) ? 1.c) Était-ce lié à un souvenir ou un 'flash back' d'un événement traumatisant ? 1.d) Était-ce lié à la crainte d'avoir oublié quelque chose ou d'être contaminé(e), et cela vous a obligé à adopter un comportement pour vous calmer ? 1.e) Était-ce lié à votre image corporelle (p. ex., crainte de prendre du poids) ? 1.f) Est-ce que cela vous arrive souvent (tous les jours) ?			
2. Vous est-il arrivé de vous sentir <u>très triste, déprimé ou dépressif</u> ? 2.a) Était-ce lié à une perte (p. ex., rupture, deuil) ? 2.b) Est-ce que cela vous arrive souvent (tous les jours) ? 2.c) Vous est-il arrivé de vous sentir si découragé que vous pensiez à vous faire du mal ? 2.d) Vous est-il arrivé que les choses aillent si mal que vous pensiez à mettre fin à vos jours ?			
3. Vous est-il arrivé de vous sentir <u>exceptionnellement bien</u> , d'avoir besoin de moins de sommeil ou d'avoir beaucoup plus d'idées et d'énergie que d'habitude ? 3.a) Est-ce que cela vous arrive souvent (tous les jours) ?			
4. Vous est-il arrivé d'avoir <u>des idées dérangeantes, intrusives ou obsédantes</u> , qui ont un sens pour vous mais que les autres de votre entourage ne semblent pas comprendre (p. ex., avoir été choisi pour une mission, être en danger) ?			

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

5. Vous est-il arrivé d'entendre une ou des voix que les autres n'entendent pas (ou encore de voir des choses que personne ne mentionne) ?			
6. Vous est-il arrivé d'être tellement envahi par une émotion, le stress, ou une pensée que vous ne saviez plus quoi faire pour aller mieux ?			
7. Vous est-il arrivé de ressentir un besoin incontrôlable de consommer (alcool ou drogues) ?			
8. Avez-vous eu l'impression que vous n'étiez pas toujours capable de reconnaître quand vous alliez moins bien mentalement ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'apprendre à mieux gérer votre santé mentale ? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour apprendre à mieux gérer votre santé mentale ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

MOTIVATION ET ÉMOTION

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique peu de motivation ou d'émotions)

<i>Au cours des 3 derniers mois:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Préférez-vous souvent être seul(e) dans votre coin ?			
2. Vous est-il arrivé de ne pas ressentir l'envie de pleurer ni de rire lorsqu'une histoire ou un film était triste ou drôle ?			
3. Vous a-t-on a souvent fait remarquer que vous parliez peu ?			
4. Y a-t-il beaucoup de choses que vous n'avez pas réussi à faire par manque de motivation ou d'envie ?			
5. Avez-vous eu du mal à éprouver du plaisir même au cours des activités que vous aviez choisies ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'avoir plus de plaisir, d'émotions et de motivation? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour avoir plus de plaisir, d'émotions et de motivation ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

ASPECTS COGNITIFS

(N.B. pour cette échelle, un score élevé indique plus de difficultés cognitives)

<i>Au cours des 3 derniers mois :</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir d'informations que l'on vous donnait et que vous deviez utiliser tout de suite (p. ex., un numéro de téléphone) ?			
2. Avez-vous eu des oublis comme par exemple un rendez-vous avec un ami, ou chez un médecin ?			
3. Avez-vous eu des problèmes à maintenir votre attention sur une même chose pendant plus de 20 minutes ?			
4. Avez-vous eu de la difficulté à planifier un itinéraire pour vous rendre à un endroit, ou prévoir un budget pour le mois, ou encore préparer des repas ?			
5. Avez-vous éprouvé de la difficulté à vous faire comprendre dans des conversations ?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer vos capacités cognitives? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos capacités cognitives ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

6 - SENS À LA VIE

Avez-vous l'impression que vous n'avez pas trouvé votre projet de vie ou raison d'être ? (oui ou non)

Si oui, aimeriez-vous développer ce projet de vie au cours de l'année? (oui ou non)

Pouvez-vous décrire (une idée générale) de ce que pourrait comprendre ce projet?

Quelles sont vos forces ou qualités qui pourraient vous aider à atteindre ce(s) but(s) ?

Quels obstacles ou défis pensez-vous rencontrer dans la mise sur pied de ce projet ?

Quelle serait la première étape/la stratégie à mettre en place?

Voici quelques questions liées à votre raison d'être et projet de vie :

RAISON D'ÊTRE

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	Oui	Non	Pas de réponse
1. Eu une idée claire de votre raison d'être dans la vie ?			
2. Réfléchi à votre futur et ce que vous aimeriez accomplir ?			
3. Discuté avec vos proches, amis ou professionnels de vos intérêts et aspirations ?			
4. Pris des décisions en lien avec vos buts les plus importants ?			
5. Eu le désir de laisser quelque chose de positif derrière vous, de contribuer à la société ou d'aider les autres?			
6. Eu l'impression que vous étiez sur le bon chemin, vers ce qui est important pour vous?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel de mieux développer votre projet de vie? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour mieux développer votre projet de vie ?

Date: ___/___/___

Nom ou n° du client _____

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

PROJET DE VIE

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:	Oui	Non	Pas de réponse
1. Défini des objectifs spécifiques (des étapes) en lien avec votre projet de vie (ou vos buts les plus importants)?			
2. Planifié les différentes étapes/objectifs essentiels afin d'atteindre votre but?			
3. Quantifié vos objectifs de manière mesurable (p. ex., en temps, en fréquence)?			
4. Atteint certains de vos objectifs?			
5. (Si 4 est « non », répondez à la question, sinon cochez « oui ») Atteint en partie certains de vos objectifs?			
6. Choisi des objectifs réalistes à court-terme?			
7. Mis dans votre calendrier à quel moment vous souhaitiez faire quels gestes/actions afin de rencontrer vos objectifs en lien avec votre projet de vie?			

Objectif:

Voulez-vous vous fixer comme objectif personnel d'améliorer l'atteinte de vos objectifs en lien avec votre projet de vie? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer l'atteinte de vos objectifs en lien avec votre projet de vie ?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

--- FIN ---