

Université de Montréal

Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive  
pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects cliniques et  
organisationnels.

Par  
Catherine Briand

Département de psychiatrie  
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.  
en Sciences Biomédicales

avril, 2005

© Catherine Briand, 2005



W

4

U58

2006

V. 014

t. 1

## AVIS

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

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

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

## NOTICE

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

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

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

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:  
Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive  
pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects cliniques et  
organisationnels.

présentée par  
Catherine Briand

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Roger Godbout, président-rapporteur  
Alain Lesage, directeur de recherche  
Pierre Lalonde, codirecteur de recherche  
Nicole Leduc, membre du jury  
Marianne Farkas, examinateur externe  
Nicole Ricard, représentant du doyen de la FES



## Résumé en français

La schizophrénie est un trouble psychiatrique qui affecte 1% de la population mondiale. La maladie est caractérisée par des symptômes positifs (délires, hallucinations, incohérence) ainsi que par des déficits cognitifs (troubles d'attention, de concentration, de mémoire), une perte d'intérêt et de motivation et un manque d'habiletés sociales et relationnelles. Ces difficultés affectent le fonctionnement dans la vie de tous les jours des personnes qui en sont atteintes et limitent la poursuite des rôles sociaux valorisants. Pour y remédier, plusieurs programmes de réadaptation, dont le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT)(Brenner et al., 1992; Pomini et al., 1998), sont offerts. Ils permettent aux personnes d'améliorer non seulement leur fonctionnement psychosocial, mais également leur capacité à s'adapter au stress de l'environnement.

Les professionnels du Québec connaissent ces programmes qui inspirent bien souvent leurs interventions. Cependant, peu d'entre eux les utilisent de façon intégrale: les coûts de formation sont élevés, l'investissement de temps est trop lourd et les programmes ne sont pas assez souples pour répondre aux contraintes du milieu.

Ces programmes de réadaptation ont fait l'objet de plusieurs études d'efficacité. Cependant, peu d'études considèrent cette efficacité en milieu naturel ou tiennent compte des différents facteurs contextuels qui guident la mise en œuvre et l'implantation de tels programmes. Par une expérimentation et une analyse de cas multiples, cette étude propose de suivre la mise en œuvre et l'implantation d'un programme de réadaptation, le programme IPT, dans neuf milieux cliniques représentatifs de la diversité des milieux concernés.

Dans un premier temps, le projet tente de confirmer l'efficacité du programme dans différents contextes cliniques et le niveau de satisfaction envers le programme IPT. Un devis quasi-expérimental à mesures répétées permet d'évaluer la symptomatologie, le fonctionnement cognitif et social et la qualité

de vie des participants au programme. La satisfaction est évaluée, quant à elle, par des questionnaires maison et des entrevues auprès des intervenants et des participants. Ils permettent d'identifier les éléments appréciés, ceux à documenter davantage et, ceux à ajouter pour une version du programme plus adaptée au contexte québécois.

Dans un deuxième temps, la mise en œuvre du programme IPT dans chacun des milieux ainsi que les différents facteurs qui l'ont influencée sont documentés. Les données sont recueillies par relevés systématiques de la mise en œuvre et par des entrevues auprès des intervenants. Une étude de cas multiples permet de comparer les différents contextes. L'analyse est guidée par le modèle de changement organisationnel de Hinnings et Greenwood (1988) et la théorie du comportement interpersonnel de Triandis (1980).

Les résultats obtenus permettent de confirmer l'efficacité du programme IPT en milieux naturels et auprès d'une clientèle à différents stades de la maladie. De plus, ils permettent de mettre sur pied une version renouvelée du programme IPT qui met l'emphase sur l'adaptabilité du programme et sur de meilleures modalités thérapeutiques qui répondent davantage au défi de maintien et de généralisation des apprentissages. Les résultats permettent également d'identifier les variables qui facilitent (ou non) l'implantation du programme IPT. Ils soulèvent l'importance d'une autonomie professionnelle favorable à l'innovation et d'une structure organisationnelle qui valorise et supporte les programmes de réadaptation. De plus, ils soulignent l'implication essentielle des instances régionales et d'une équipe de référence et de soutien à l'implantation et la diffusion de programmes.

Le projet s'inscrit dans le champ de la recherche évaluative qui vise à produire des résultats rapidement transférables et utilisables par les acteurs concernés. Il permet d'évaluer une intervention prometteuse et d'en favoriser la transférabilité et la diffusion.

**Mots clés:** Système de santé, Psychiatrie, Troubles mentaux graves, Thérapie cognitivo-comportementale, Fonctionnement psychosocial, Évaluation de programme, Efficacité, Changement organisationnel, Innovation, Pratiques basées sur les données factuelles

## Résumé en anglais

One percent of the world population is affected by schizophrenia, a psychiatric disorder. The disease is characterised by positive symptoms (delusions, hallucinations), as well as cognitive deficits, a loss of interest and motivation and a lack of social and relational skills. These difficulties affect the daily living functioning of patients and limit the pursuit of social roles that brings satisfaction. To remedy the situation, many rehabilitation programs are offered, including the *Integrated Psychological Treatment* (IPT) (Brenner and al., 1992; Pomini and al., 1998). They allow people to increase not only their psychosocial functioning, but also their ability to cope with environmental stress.

The professionals of Quebec know these programs that often influence their practices. However, few of them use these programs in full, because the costs of training is high, the commitment in terms of time is heavy and the programs are not flexible enough to be applied within the constraints of a clinical setting. These rehabilitation programs were evaluated by many efficacy studies. However, few among them considered this efficacy in natural settings or take into account contextual factors that influence the setting up and the implementation of such programs. Based on quasi-experimental design and multiple-case study analysis, this study suggests to follow the setting up and the implementation of one rehabilitation program, the IPT program, in nine clinical settings representative of the diversity of the clinics concerned.

In the first time, the project attempts to confirm the efficacy of the IPT program in different clinical contexts, as well as the level of satisfaction about it. Quasi-experimental design with repeated measures permits to assess the participants' symptomatology, cognition, social functioning and quality of life. Regarding evaluation of satisfaction, home tools and interviews with clinicians and participants were used. They permit to identify appreciated elements, those that

should be further documented and those to add in order to obtain a program version more adapted to the context of Quebec.

In the second time, the setting up of IPT program in each clinical setting and the factors that influence it are documented. The data are collected by systematic reports of the setting up and on interviews with clinical practitioners. A multiple-case study allows comparing the different contexts. An organisational model of change (Hinnings and Greenwood, 1988) and a theoretical framework on interpersonal behaviour (Triandis, 1980) guide the analysis.

The results permit to confirm the efficacy of the IPT program in natural settings and on a clientele at different stages of the disease. In addition, it allows developing an improved version of the IPT program that puts emphasis on the adaptability of the program and on therapeutic modalities that better meet the challenge of maintaining and generalising the acquisitions. The results also permit to identify the variables that make easier (or not) the implementation of the IPT program. They promote the importance of a professional autonomy favourable to innovation and to an organisational structure that stimulates and supports rehabilitation programs. In addition, the results emphasise the essential implication of regional authorities and the importance of a reference/support team to programs' implementation and diffusion.

The project lies within the field of the evaluative research aims to produce results that can be transferred and used by stakeholders. It permits to evaluate a promising practice and to stimulate its transferability and its diffusion.

**Key words:** Health's System, Psychiatry, Severe mental illness, Cognitive-behavioural therapy, Psychosocial functioning, Program's Evaluation, Efficacy, Organisational Change, Innovation, Evidence-based practices

## Table des matières

Résumé en français.....	i
Résumé en anglais .....	iv
Liste des tableaux .....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des sigles et des abréviations.....	xii
Dédicace .....	xiv
Remerciements .....	xv
Chapitre I: Introduction .....	1
Chapitre II: Revue de la littérature .....	7
2.1 Le contexte de soins psychiatriques au Québec .....	7
Les services en santé mentale au Québec .....	7
La Politique de Santé Mentale au Québec et les priorités du MSSS .....	8
2.2 L'innovation dans le contexte de soins actuels .....	10
Le défi des structures hospitalières.....	10
L'étude du changement dans les organisations .....	12
La motivation et la capacité d'agir des acteurs .....	14
L'innovation en psychiatrie.....	15
Facteurs qui influencent l'innovation.....	15
2.3 La réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie.....	16
La schizophrénie et les approches d'intervention privilégiées.....	18
<i>Déficits cognitifs et remédiation cognitive</i> .....	19
<i>Biais cognitifs et psychothérapie cognitive</i> .....	20
<i>Entraînement aux habiletés sociales et de résolution de problèmes         interpersonnels</i> .....	21
2.4 La pertinence et l'efficacité du programme IPT .....	23

La description du programme IPT .....	23
L'efficacité du programme IPT .....	25
L'expérience de l'équipe du Dr Luc Nicole à l'Hôtel-Dieu de Lévis ....	28
2.5 L'évaluation du programme et l'analyse d'implantation .....	29
L'analyse des effets .....	30
L'analyse d'implantation .....	31
L'étude de cas.....	32
Chapitre III: But et objectifs de l'étude.....	33
3.1 Le but de l'étude.....	33
3.2 Les objectifs spécifiques.....	33
Chapitre IV: Méthodologie.....	34
4.1 Les stratégies de recherche et le devis.....	34
Le devis de recherche retenu pour l'analyse des effets .....	35
Le devis de recherche retenu pour l'analyse d'implantation de type 1..	35
4.2 Le choix de l'échantillon.....	36
Le choix des milieux cliniques .....	36
Le choix des participants .....	37
4.3 La collecte et l'analyse des données .....	38
La collecte et l'analyse des données pour l'analyse des effets .....	38
<i>Objectif 1: Confirmer l'effet pragmatique du programme.....</i>	38
<i>Objectif 2: Évaluer le niveau de satisfaction du programme .....</i>	42
La collecte et l'analyse des données pour l'analyse d'implantation.....	43
<i>Objectif 3: Documenter les différences de mise en œuvre du</i>	
<i>programme.....</i>	43
<i>Objectif 4: Comprendre l'influence des composantes contextuelles</i>	
<i>sur la mise en œuvre du programme.....</i>	44
4.4 La validité de la stratégie de recherche.....	48
La validité de l'analyse des effets .....	48

La validité de l'analyse d'implantation de type 1 .....	50
4.5 Le respect des règles d'éthique .....	53
Les avantages et les risques de la recherche .....	53
Le consentement libre et éclairé des sujets .....	53
Le respect de la confidentialité et de l'anonymat .....	54
 Chapitre V: Résultats de l'étude.....	55
5.1 L'efficacité pragmatique du programme IPT .....	56
5.2 L'adaptation québécoise du programme IPT .....	90
5.3 Le contexte de mise en œuvre du programme IPT .....	126
 Chapitre VI: Discussion.....	163
 Chapitre VII: Conclusion.....	171
 Liste de références .....	174
 Annexes .....	i-1
IV-1 Formulaire de consentement aux participants .....	i-2
IV-2 Formulaire de consentement aux intervenants .....	i-32
IV-3 Questionnaires cliniques utilisés pour l'analyse des effets.....	i-54
Fiche individualisée .....	i-55
Questionnaire des Plaintes de Francfort .....	i-59
Client's Assessment of Strengths, Interests, and Goals (CASIG).....	i-66
CASIG-S .....	i-70
CASIG-I-Symptoms .....	i-112
Multnomah Community Ability Scale (MCAS).....	i-114
Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID) .....	i-123
Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)	
.....	i-130



IV-4 Canevas d'entrevue de satisfaction auprès des participants .....	i-133
IV-5 Questionnaire maison complété par les participants .....	i-135
IV-6 Journal de bord complété par les intervenants .....	i-138
IV-7 Canevas d'entrevue auprès des intervenants .....	i-144
IV-8 Lexique pour l'analyse des journaux de bord .....	i-149
IV-9 Exemple de compilation des données objectives de mise en œuvre ....	i-161
IV-10 Grille de comparaison des données de mise en œuvre .....	i-169
IV-11 Lexique et grilles pour l'analyse des entrevues auprès des intervenants .....	i-172
IV-12 Lexique et grilles pour l'analyse du journal de chercheur .....	i-186
IV-13 Informations ajoutées pour documenter le contexte organisationnel des milieux .....	i-191
IV-14 Lexiques et grilles de comparaison pour l'analyse des facteurs d'influence .....	i-193
V-1 Autorisation de rédiger la thèse par articles et signature des coauteurs .....	
.....	i-211

## Liste des tableaux

### *Chapitre IV: Méthodologie*

Tableau IV-I: Description des instruments de mesure .....	40
---	----

### *Chapitre V: Résultats*

#### *Premier article*

Table 1: Assessment measures .....	81
Table 2: Anova statistics for overall symptoms and subjective experiences measures .....	82
Table 3: Anova statistics for cognitive functioning measures.....	83
Table 4: Anova statistics for social functioning and quality of life measures..	84

#### *Deuxième article*

Tableau 1: Description de la version francophone du programme IPT.....	117
Tableau 2: Satisfaction des participants au programme IPT .....	118
Tableau 3: Satisfaction des intervenants au programme IPT .....	119
Tableau 4: Ajouts pour la généralisation des apprentissages .....	120

#### *Troisième article*

Tableau 1: Caractéristiques des milieux à l'étude.....	156
Tableau 2: Cas types illustrant le processus décisionnel de mise en œuvre du programme IPT .....	158
Tableau 3: Cas types illustrant différents contextes de mise en œuvre du programme IPT .....	159
Tableau 4: Cas types illustrant différentes possibilités de maintenir (ou non) le programme IPT .....	160

## Liste des figures

### *Chapitre II: Revue de la littérature*

Figure II-1: Le programme IPT ..... 27

Figure II-2: Les trois types d'analyse d'implantation..... 31

### *Chapitre IV: Méthodologie*

Figure IV-1: Synthèse des variables et des sources d'information ..... 52

### *Chapitre V: Résultats*

#### *Premier article*

Figure 1: Quebec version of the IPT Program..... 80

#### *Deuxième article*

Figure 1: Version québécoise du programme IPT ..... 121

#### *Troisième article*

Schéma 1: La motivation et l'intention d'agir des intervenants à l'implantation  
du programme IPT ..... 157

### *Chapitre VI: Discussion*

Figure VI-1: Illustration de la question de recherche ..... 163

## Liste des sigles et des abréviations

ANOVA: *Analysis of variance*

Atlas-TI: *The knowledge workbench* (logiciel d'analyse qualitative)

BPRS: *Brief Psychiatric Rating Scale*

CANTAB: *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery*

CASIG-I: *Client's Assessment of Strengths, Interests, and Goals–Informant version*

CASIG-S: *Client's Assessment of Strengths, Interests, and Goals–Self-report*

CBT: *Cognitive Behavioral Therapy*

CE: Clinique externe

CHSLD: Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée

CHUM: Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

CJ: Centre de jour

CJA: Clinique Jeunes Adultes

CLSC: Centre Local de Services Communautaires

CQRS: Conseil Québécois de Recherche Sociale

CS: Clinique spécialisée

Dr ou Drs: Docteur ou Docteurs

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

etc.: *et cætera* (et les autres choses), abréviation latine

EXCEL: *Microsoft Office Excel*, logiciel de feuille de calcul

F: valeur du test de F (fait référence à une distribution statistique)

FCQ: *Frankfurt Complaint Questionnaire*

FRSQ: Fonds de recherche en Santé du Québec

HG: Hôpital général

HP: Hôpital psychiatrique

HU: Hôpital Universitaire

ICC: *Intra-class coefficient*

i.e.: *id est* (c'est à dire), abréviation latine  
IPT: *Integrated Psychological Treatment*  
IVAST: *In-Vivo Amplified Skills Training*  
J: Jeunes  
JAP: Jeunes Adultes Psychotiques  
MCAS: *Multnomah Community Ability Scale*  
MOT: *Motor Screening*  
MSSS: Ministère de la Santé et des Services Sociaux  
N ou n: taille de l'échantillon  
NOSIE: *Nurses' Observation Scale For Inpatient Evaluation*  
NS: *Not Significant*  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
p: *p-value* (niveau de signification d'un test statistique)  
PAL: *Paired Associates Learning Task*  
PSI: Programme Spécifique d'Interventions  
QPF: Questionnaire des Plaintes de *Frankfurt*  
RTI: *Reaction Time*  
SAS: *SAS Statistical Software*  
SCID: *Structured Clinical Interview for DSM*  
SD: *Standard Deviation*  
SLD: Soins de longue durée  
SOC: *Stockings of Cambridge*  
SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*  
t: valeur du test de t (fait référence à une distribution statistique)  
T: Temps de mesure (T0, T1, T2, T3)  
TCC: Thérapie cognitivo-comportementale  
V: Vieux

## Dédicace

Aux trois hommes de ma vie...

À mon père Michel qui, dès mes premières conférences sur la schizophrénie, a eu un vif intérêt pour mes projets de recherche et pour la démarche qui les accompagne.

À mon conjoint Frédéric, qui m'a soutenue au quotidien dans ce processus doctoral et avec qui j'ai partagé tant de discussions sur le sujet.

À mon fils Justin, qui m'a accompagnée pendant la rédaction de cette thèse en grandissant en moi et qui m'a assurée par la suite de garder les deux pieds sur terre.

Et, à la femme qui m'a donné la vie...

À ma mère Annette, qui croit à l'importance de la recherche et à l'avancement des connaissances et qui a contribué à faire de moi une femme dynamique à la recherche constante du bonheur.

## Remerciements

J'aimerais d'abord remercier mes directeurs de thèse, Dr Alain Lesage et Dr Pierre Lalonde, pour leur confiance et leur soutien tout au long de ce projet de thèse. Dr Alain Lesage m'a donné la possibilité de coordonner un projet d'envergure et d'apprendre à tous les niveaux le travail de chercheur. Il a cru en moi, en mes possibilités et a su aiguïser mon sens de l'analyse. Dr Pierre Lalonde m'a ouvert les portes des milieux cliniques et m'a permis d'apprendre mon travail dans le respect et la reconnaissance des personnes atteintes de schizophrénie. C'est un grand clinicien qui sera toujours un modèle pour moi.

J'aimerais aussi remercier les autres chercheurs qui ont contribué au projet de recherche. Dr Emmanuel Stip m'a permis bien avant ce projet de thèse de découvrir l'univers de la schizophrénie. Il m'a initiée à la recherche et m'a permis de rencontrer Dr Pierre Lalonde et Dr Alain Lesage qui sont devenus mes directeurs de thèse. Dr Luc Nicole, qui a fait connaître le programme IPT au Québec, défend l'importance des services de réadaptation pour les jeunes patients en début de maladie. On se rejoint dans nos préoccupations pour une meilleure réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie et c'est avec plaisir que je souhaite de nouvelles collaborations. Dr Daniel Reinharz m'a guidée dans le monde de l'analyse organisationnelle. Il a su me laisser découvrir cet univers tout en étant à ma disposition pour des questions et discussions. C'est avec plaisir que j'allais le rencontrer à Québec et que je souhaite y retourner. Finalement, René Bélanger, ergothérapeute–expert sur le projet de recherche, m'a permis de rester en contact avec l'ergothérapie et les principes qui guident la pratique. Il a su donner une couleur tout à fait unique à la version québécoise du programme IPT. Lors des formations au programme IPT, c'est avec un grand respect et avec plaisir que je partage le podium avec lui.

J'aimerais aussi lever mon chapeau à l'équipe d'assistants de recherche qui a travaillé avec moi à la réussite de ce grand projet. Louise Hébert, qui m'a assistée la première, a su s'ajuster par sa polyvalence aux différentes demandes et à l'agrandissement constant de l'équipe de travail. Virginie Hamel m'a été rapidement indispensable par son efficacité et son organisation. C'est grâce à elle, si j'ai pu partir en vacances à quelques reprises en sachant très bien que le projet était entre bonnes mains. Kathe Villeneuve m'a impressionnée par son efficacité, son esprit mathématique et sa capacité d'apprentissage et ce, malgré à ce moment là, son peu d'expérience en recherche. Elle a su avec brio répondre aux demandes. Antoinette Prouteau a su relever le défi de l'évaluation cognitive des participants et organiser le tout pour permettre cette partie du projet. Malgré la distance entre la France et le Québec, elle est devenue une amie. J'ai des souvenirs mémorables en sa compagnie à passer d'un site à l'autre pris dans le trafic de la vie montréalaise. Tania Pompoulova a poursuivi merveilleusement bien le travail d'Antoinette. Son dévouement et son respect de l'autre ont été grandement appréciés dans tous les milieux cliniques. Julie Snyder, qui a pris la relève dans un projet déjà bien entamé, a amené son expertise au niveau des diagnostics. Elle a su synthétiser l'histoire de maladie de chacun des participants et relever le défi de synthétiser toutes ces données. Merci également à Marie-Eve Cossette, Tonia Dominic, Alexandre Dumais, Anne-Marie Fortin, Diane Frezza, Lorraine Laliberté, Pierre Sénécal, Frédéric Sirois Helen Vasiliadis qui ont participé aussi à ce projet.

J'aimerais aussi remercier les intervenants des milieux cliniques: Ginette Aubin, Denise Auger, France Bérubé, Bernadita Cacérés, Lucie Desautels, Julie Desrochers, Hélène Drainville, Louise Garneau, Ghislaine Gauthier, Lucie Hébert, Danièle Langlois, Annie Lefebvre, Nathalie Lessard, Marie-Christine Massé, Caroline Morin, Mike Muchnik, Claude Potvin, Francine Prigent, Sophie Pucher, Jacques Ringuet, Stéphane Rivard, Monique Sauvé, Ronna



Schwartz, Lucie Sgroi et Nadia Zikovsky. Sans eux le projet n'aurait pu se faire. Merci sincèrement de votre participation.

Merci aussi à mes collègues de travail, à mes amis et à ma famille qui m'ont accompagnée dans cette démarche doctorale pas toujours facile. Je pense entre autres à René Bélanger, Caroline Boucher, Marc Corbière, Mélanie Dubé, Mimi Dumont, Lucie Hébert, Julie Lapalme, Ricardo Lucena, Jean-François Montreuil, Claire Page, Jacques Rhéaume, Stéphane Rivard, Brigitte Vachon, à ma sœur Sophie Briand, à mon conjoint Frédéric Sirois et à mes parents Annette Latour et Michel Briand.

Un merci tout spécial aux personnes atteintes de schizophrénie qui ont participé au projet de recherche. C'est grâce à votre collaboration que d'autres personnes peuvent bénéficier aujourd'hui de ce programme amélioré de réadaptation. Je vous assure de continuer à produire des connaissances qui permettront l'amélioration des services qui vous sont offerts. Je vous souhaite pour l'avenir une meilleure qualité de vie.

## Chapitre I. Introduction

Le contexte économique, social, politique et technologique (Rondeau, 1999) actuel pousse les organisations à adopter de nouvelles stratégies de gestion. En effet, la mondialisation économique, la concurrence de plus en plus présente, la déréglementation des marchés amènent différentes tendances en matière de gestion. Les modèles de qualité totale, d'amélioration continue, de comparaison des pratiques sont de plus en plus présents dans les entreprises d'aujourd'hui. Les organisations hospitalières ne font pas exceptions. Même si elles présentent une structure organisationnelle différente de l'entreprise privée, que Mintzberg (1982) a décrite en terme de bureaucratie professionnelle, les tendances à la rationalisation des coûts, à la compétition, mais aussi à la coopération sont présentes et poussent à des pratiques d'évaluation des interventions, de mise en place de standards, d'organisation apprenante, etc. S'y inscrit aussi tout le courant actuel de l'«*Evidence-based medicine*» (médecine basée sur les données factuelles). Les intervenants du réseau de la santé doivent être en mesure de justifier leurs choix d'interventions par l'évidence scientifique, c'est-à-dire par des données d'observation et d'évaluation systématiques, mais aussi en consultant la littérature scientifique (Bero et Rennie, 1995; Drake et al., 2001; *Evidence-based Medicine Working Group*, 1992; Lesage et al., 2001). Ils peuvent ainsi adapter leur pratique aux nouvelles connaissances, aux nouvelles tendances en matière d'interventions cliniques et répondre plus adéquatement aux besoins des clients. Le transfert des connaissances du milieu scientifique aux milieux de pratique est cependant le principal défi.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'évolution des pratiques jumelée aux nouvelles préoccupations d'efficience et de rationalisation poussent de plus en plus les intervenants à implanter des pratiques documentées efficaces. La poursuite des mouvements de désinstitutionalisation des 40 dernières années et l'arrivée des nouvelles connaissances (autant sur le fonctionnement du cerveau

que sur les interventions biopsychosociales efficaces) amènent les intervenants à repenser leur façon de concevoir la maladie mentale et d'offrir des services plus près du milieu de vie des personnes. Particulièrement pour les gens atteints de troubles mentaux graves, qui restent longtemps dans le système de soins étant donné une maladie qui affecte leur fonctionnement de la vie de tous les jours et compromet leur réinsertion sociale, il importe de leur offrir des services plus adaptés à leurs besoins et basés sur des données factuelles. Les coûts personnels, sociaux et économiques encourus sont trop importants pour continuer à leur offrir des services dont l'efficacité n'a pas été mise en évidence.

La schizophrénie est l'une de ces maladies mentales graves. Elle affecte 1% de la population mondiale (Lalonde et al., 1999). Les personnes qui en sont atteintes présentent des symptômes productifs dits positifs (délire, hallucination, incohérence), mais aussi des déficits cognitifs (troubles d'attention, de concentration, de mémoire), une perte d'intérêt et de motivation, des difficultés à gérer les émotions et des dysfonctionnements dans les habiletés sociales. Plusieurs interventions adaptées aux besoins de cette clientèle et documentées efficaces sont disponibles («*evidence-based practices*», Mueser et al., 2003). C'est le cas des interventions de réadaptation axées sur l'adaptation à la maladie et l'apprentissage d'habiletés nécessaires à la vie en société. Ces interventions permettent l'apprentissage de stratégies de gestion des symptômes (pour la prévention des rechutes) et l'acquisition d'habiletés nécessaires à la réappropriation des rôles sociaux. On y retrouve entre autres:

- l'entraînement aux habiletés sociales et de résolution de problèmes (Bellack et al., 2004, Liberman, 1993, 2002)
- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC ou CBT) (Beck et Rector, 2000; Chadwick et Birchwood, 1994; Fowler et al., 1995; Tarrrier et al., 1998, 1999),

- la thérapie personnalisée de réadaptation et d'amélioration de la perception sociale (*Personal and Cognitive Enhancement Therapy*)(Hogarty et al., 1997ab; 1999ab, 2004), etc.

L'ensemble de ces interventions de réadaptation ont fait l'objet d'études randomisées pour évaluer leurs impacts sur le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie, mais très peu d'études se sont intéressées à l'implantation de telles pratiques dans différents contextes cliniques et aux facteurs organisationnels qui influencent leur implantation et leur fonctionnement dans un milieu naturel (*Real World Research*, Robson, 1993). Selon un rapport américain du *Surgeon General*, peu de pratiques mises en évidence scientifiquement font parties des services offerts à la population (*U.S. Department of Health and Human Services*, 1999). En fait, une minorité de personnes atteintes de troubles mentaux graves (moins de 10%) ont accès aux interventions psychosociales reconnues efficaces (Drake et al., 2001).

Dans le système de soins psychiatriques au Québec, l'expérience et les discussions entourant ce projet indiquent que la situation est sans doute similaire. Les professionnels du Québec connaissent les meilleures pratiques de la réadaptation qui inspirent bien souvent leurs interventions. Cependant, peu d'entre eux les utilisent de façon intégrale. Les raisons évoquées sont plurielles: des coûts de formation trop élevés (et non absorbés par l'organisation), l'inflexibilité dans l'application, l'insensibilité aux contraintes des milieux, l'investissement de temps trop lourd pour le contexte de soins actuels au Québec, etc. Ce sont pour ces raisons, et parce que le réseau de la santé est baigné dans une mer de coupures et de rationalisation des effectifs, qu'il importe actuellement de s'intéresser à l'évaluation des nouvelles interventions, mais aussi à leur possibilité d'implantation au Québec selon différents contextes. Parce que les organisations sont différentes sur plusieurs aspects, il semble injustifié de leur imposer de répliquer intégralement des programmes conçus dans d'autres milieux organisationnels (Bachrach, 1998). Cependant, il

semble pertinent de se questionner sur les façons qu'un milieu s'approprié un programme selon ses contraintes, son contexte. Qu'est-ce qui fait qu'un milieu va parfaitement intégrer à sa pratique une intervention, que l'implantation va être un succès, et qu'un autre ne réussira pas ou rencontrera plusieurs obstacles? Les études d'efficacité doivent s'accompagner de plus en plus d'études d'efficience lorsque les préoccupations évoluent à l'égard d'aspects tels l'application de ses interventions et leur généralisation (Lesage et al., 1999; Reinhartz, 1998). L'analyse des services de santé mentale doit se faire sur différents plans pour permettre une compréhension très contextualisée des résultats, mais aussi pour favoriser leur transfert dans d'autres milieux (Tansella et Thornicroft, 1998).

Le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner (Brenner et al., 1992; Pomini et al., 1998), qui répond à plusieurs objectifs de gestion de la maladie et d'apprentissage d'habiletés nécessaires à la vie en société, est une intervention de réadaptation unique composée de plusieurs modules à complexité croissante. Il a été essayé au Québec en ambulatoire par une équipe dirigée par le Dr Luc Nicole à l'Hôtel-Dieu de Lévis (Nicole et al., 1999) et a rapidement suscité l'intérêt des autres milieux de la psychiatrie au Québec. L'IPT est intéressant car il se préoccupe des difficultés quotidiennes de la personne atteinte de schizophrénie et s'appuie sur une progression hiérarchique des apprentissages indispensable à la réappropriation des rôles sociaux. L'IPT tient compte à la fois des déficits cognitifs, de la perception sociale, des habiletés nécessaires à la communication ainsi que de la gestion des émotions et des problématiques quotidiennes. Il représente l'étape qui précède un retour aux études ou au travail, l'accès à un logement autonome ou à la vie citoyenne. L'efficacité de l'IPT a été démontrée dans plusieurs études randomisées et revue dans une méta-analyse (Brenner et al., 1992; Müller et al., 2003). Cependant, il n'a jamais fait l'objet d'une étude d'implantation plus large. C'est cette pratique de la réadaptation, implantée dans plusieurs milieux de psychiatrie québécois,

que cette thèse propose d'évaluer. Il va s'agir d'une étude d'implantation multisite jumelant à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives.

L'IPT représente une des interventions jugées efficaces et recommandées pour les personnes atteintes de schizophrénie (Mueser et al., 2003) et non le programme complet de soins à offrir à cette clientèle (qui regroupe la médication, le suivi intensif dans le milieu, la psychoéducation à la famille, etc.). Il s'insère donc dans une démarche plus large de soins aux psychotiques. Pour permettre cette distinction, trois niveaux d'analyse doivent être identifiés (Contandriopoulos et al., 2000; Tansella et Thornicroft, 1998):

- le niveau systémique (système de soins),
- le niveau programmatique (programme–clientèle),
- le niveau de l'intervention.

Le programme IPT, malgré son appellation, correspond au dernier niveau d'analyse.

Ce projet s'inscrit dans les orientations du Plan d'action du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 1998) de rendre accessible les interventions de réadaptation à l'ensemble des personnes atteintes de maladie mentale grave. Il s'agit ici d'introduire au Québec une innovation tout à fait compatible avec les dernières connaissances sur la schizophrénie et que la littérature indique comme efficace. L'IPT, multimodal, s'adresse aux aspects cognitifs, affectifs et à la généralisation dans la vie quotidienne. Il représente un outil important pour soutenir les autres interventions de réadaptation et favoriser la réinsertion sociale. L'implantation au Québec ne se fera pas seulement en démontrant son efficacité, mais aussi en considérant le contexte d'implantation. Ainsi, si l'IPT est démontré efficace, les conditions d'implantation par les équipes interdisciplinaires de soins au Québec pourront être connues et l'innovation rapidement adoptée ailleurs au Québec. Les leçons tirées de l'implantation de l'IPT au Québec pourraient également servir pour

d'autres innovations comparables dans le champ de la santé mentale et de la santé.

## Chapitre II. Revue de la littérature

Ce chapitre présente une revue des différents thèmes abordés dans la thèse et utiles à la compréhension du projet. Il est divisé en plusieurs parties. Il permet d'abord de mieux comprendre le contexte de soins psychiatriques au Québec et les défis d'innovation du milieu hospitalier. Par la suite, les programmes de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie sont décrits et, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) est présenté en détails. Finalement, l'évaluation de programme et l'analyse d'implantation sont documentées pour mieux comprendre la méthodologie qui sera utilisée.

### 2.1 Le contexte de soins psychiatriques au Québec

#### Les services en santé mentale au Québec

Une variété de services en santé mentale sont offerts dans toutes les régions du Québec. De façon générale, les services pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, comme la schizophrénie, regroupent des services en milieux hospitaliers (généraux, spécialisés et/ou psychiatriques) mais également des services offerts dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les cabinets privés de professionnels de la santé (médecins de famille, psychologues, etc.) et dans plusieurs organismes communautaires (centres de loisirs, de travail adapté, etc.) (Kovess et al., 2001, fiche technique 7). Plus spécifiquement, le traitement en milieux hospitaliers comprend un suivi médical et pharmacologique adapté et un soutien psychosocial varié et dispensé par une équipe multidisciplinaire (psychiatre, infirmière, ergothérapeute, travailleur social, psychologue et/ou psycho-éducateur selon l'établissement). Le traitement est offert à la fois à l'intérieur des murs de l'hôpital pour les patients hospitalisés et dans des services externes ou ambulatoires pour les patients vivant à domicile (cliniques de secteurs, hôpitaux/centres de jour, etc.). Le plan de traitement s'assure à la



fois de répondre aux objectifs de gestion de la crise mais également de réadaptation et de réinsertion sociale.

Les services de santé mentale de pays à ressources élevées, comme le Québec, peuvent également être décrits selon les services proposés par Thornicroft et Tansella (2003) dans un rapport synthèse sur les soins de santé mentale de proximité (Réseau des bases factuelles en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe). Les services d'un système de soins et de services équilibrés en santé mentale sont:

- des cliniques ambulatoires ou spécialisées pour des troubles spécifiques tels que la schizophrénie,
- des équipes spécialisées de santé mentale de proximité incluant des équipes d'intervention précoce et de suivi intensif,
- des soins aux patients hospitalisés en phase aiguë avec possibilités de plusieurs alternatives (centres de crise, hôpitaux de jour, etc.),
- un large éventail de ressources résidentielles et d'hébergement de longue durée,
- un large éventail de modalités de travail adapté et de réadaptation professionnelle.

Un des défis majeurs du système de soins en psychiatrie est d'arrimer l'ensemble de ces services pour ainsi assurer à toutes les personnes aux prises avec une maladie mentale une réponse adaptée à leurs besoins (MSSS, 1989). Selon les différentes phases de la maladie, la personne a des besoins variés et il est primordial qu'elle puisse avoir accès à un service rapide et cohérent et ce, peu importe où elle se trouve au Québec.

#### La Politique de santé mentale au Québec et les priorités du MSSS

Depuis les années 60, un mouvement important de désinstitutionalisation et de décentralisation des services de santé est en place au Québec. En santé mentale,

il a entraîné progressivement un changement des mentalités et des pratiques. La Politique de santé mentale au Québec, publiée en 1989, rend compte de cette évolution et d'une volonté de mettre en place une organisation des services de santé mentale visant l'intégration sociale des personnes et la recherche de solutions plus près des milieux de vie (MSSS, 1989). Ses objectifs principaux sont de favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population et de permettre à toutes les personnes ayant un problème de santé mentale d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation. Depuis la Politique de santé mentale, plusieurs réflexions et critiques ont été faites pour dénoncer la lenteur du système à s'ajuster aux nouvelles recommandations (MSSS, 1992; Morin, 1992) et plusieurs actions ont été entreprises pour accélérer l'amélioration des services en santé mentale.

Les Orientations et le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, respectivement publiés en 1997 et 1998, font partie de ces actions qui placent en priorité les services aux personnes atteintes de troubles mentaux graves et offerts directement dans le milieu de vie de la personne (MSSS, 1997, 1998). Ils privilégient les interventions dans la communauté en favorisant la qualité, la continuité et la coordination des services. De plus, ils encouragent des mesures locales d'organisation et d'intégration des services (réseaux intégrés de services) permettant de répondre plus adéquatement, dans chaque région du Québec, aux besoins spécifiques des personnes.

Tout récemment, un document de consultation, le Plan d'action 2005-2008 en santé mentale, a été rendu public (MSSS, 2004). Les auteurs du document tentent eux aussi d'améliorer l'organisation du réseau de services en santé mentale en proposant plus spécifiquement un renforcement des services de base. En priorisant les services de 1<sup>ière</sup> ligne rapidement accessibles à toute la population du Québec, les services de 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> ligne devraient être désengorgés et permettre un meilleur soutien aux personnes qui en ont besoin.

Ainsi, depuis 40 ans, le Québec tente de se doter d'un réseau de services en santé mentale proches des besoins des personnes. Encore aujourd'hui, les défis sont importants (Wallot, 1999). Les ressources médicales et professionnelles sont limitées et inégalement réparties sur le territoire du Québec. Les services de suivi dans la communauté répondant à des objectifs de réadaptation et de réinsertion sociale sont toujours aussi mal définis et sans ligne directrice claire. L'accès aux nouvelles connaissances et pratiques sont inégales et les acteurs professionnels et institutionnels sont nombreux et souvent se concertent peu. De plus, les enjeux changent et obligent le réseau à constamment s'ajuster. La circulation de l'information à un niveau mondial donne accès aux nouvelles connaissances et pratiques et amène une remise en question constante des standards. Les données sur la neurobiologie du cerveau amène par exemple de nouvelles façons de concevoir la maladie mentale et de la traiter. Le contexte économique de rationalisation force également les organisations à faire plus avec moins et à justifier l'efficacité et la rentabilité de leurs actions. Tout le courant de la médecine axée sur les données factuelles (*Evidence-based Medicine Working Group*, 1992) fait pression sur les professionnels pour qu'ils offrent des services innovateurs et documentés efficaces. Mais comment dans ce contexte, améliorer les services existants et permettre l'innovation?

## **2.2 L'innovation dans le contexte de soins actuel**

### Le défi des structures hospitalières: la bureaucratie professionnelle

Les hôpitaux sont des organisations de santé ayant une structure organisationnelle que Minzberg (1982) appelle la bureaucratie professionnelle. Ce type d'organisation s'appuie pour fonctionner sur les compétences et le savoir des professionnels qui produisent des services à la fois standardisés et dépendants de leur jugement. Les professionnels disposent d'une autonomie importante qui leur assure une pleine latitude dans leurs décisions et leurs actions. Étant donné leurs compétences, ils détiennent de la légitimité et du pouvoir. Dans cette structure organisationnelle, le pouvoir se situe d'ailleurs au

bas de la structure, partagé par les professionnels. Il y a peu de niveaux hiérarchiques différents (comme dans l'entreprise privée, par exemple).

Les professionnels veulent maintenir ce plein pouvoir individuel mais également faire partie des décisions au niveau collectif. Cependant, ils ne veulent pas que les tâches administratives viennent trop empiéter sur leur travail principal. Pour ce faire, ils doivent donc laisser une partie de leur pouvoir aux administrateurs professionnels qui se situent entre eux et les parties prenantes externes (par exemple, le gouvernement). Les administrateurs professionnels ont un certain pouvoir dans l'organisation mais beaucoup moins important qu'un administrateur d'un autre type d'organisation (commerciale ou autres). Ils doivent constamment voir aux intérêts des professionnels et les consulter régulièrement dans les prises de décision. Leur pouvoir en est directement lié.

La gestion de la qualité des services offerts se fait via la standardisation des qualifications et des savoirs. En effet, les professionnels détiennent souvent une formation de base importante (autant théorique que pratique) et qui se poursuit tout au long de leur carrière sous forme de formation continue et de perfectionnement. De plus, ils font partie d'associations professionnelles qui assurent au public le respect par ses membres des règles régissant la pratique (tenue de dossier, code de déontologie, etc.). C'est d'ailleurs pour cette raison que le professionnel s'identifie davantage à son appartenance au groupe professionnel qu'à l'organisation elle-même, créant ainsi plusieurs problèmes propres à ce type d'organisation.

L'un d'eux est d'ailleurs le problème de contrôle de qualité. Étant donné la subjectivité associée au jugement clinique et l'autonomie des professionnels quant à leur formation continue, des problèmes de contrôle de qualité peuvent surgir. L'identité professionnelle très forte empêche la dénonciation entre pairs et limite la solidarité au service de l'organisation.

Des problèmes de coordination sont également inhérents à ce type de structure organisationnelle. Étant donné une multitude d'acteurs, il est inévitable de

constater la présence de zones grises et plusieurs difficultés de répartition des rôles et des responsabilités. La mise en place d'un réseau de services continus et coordonnés est alors très difficile.

Enfin, le problème d'innovation est fréquent dans les bureaucraties professionnelles. Les différents groupes professionnels d'une même organisation ont des difficultés à coopérer pour les intérêts de l'organisation. Leur identité et autonomie professionnelles sont plus essentielles pour eux que l'interdépendance requise entre les différents groupes pour amener des innovations et du changement dans l'organisation. De plus, étant donné que le pouvoir de changement est partagé par les différents groupes professionnels, il se trouve diffus et peu favorable à l'émergence de leadership et à l'innovation (Hinings et al., 1991). Pour faire passer le changement, il faut de larges consensus. Les changements sont donc très long et l'avancement des pratiques souvent restreint à l'intérieur des groupes professionnels.

#### L'étude du changement dans les organisations

Pour mieux comprendre les logiques et les enjeux qui façonnent un système de soins et de services sociaux, Contandriopoulos (1996, 2003) utilise la notion de «système organisé d'action». Ce champ d'action est délimité par un contexte (ou une période donnée), des structures physiques, organisationnelles et symboliques et un espace social où interagissent des acteurs. La capacité d'un tel système à atteindre ses objectifs dépend alors du degré de cohérence de ses différentes parties (Contandriopoulos, 2003). Hinings et Greenwood (1988) vont dans le même sens lorsqu'ils définissent le changement dans une organisation comme le passage d'une cohérence à une autre. Il y a cohérence lorsque la structure organisationnelle renforce et reflète les schèmes interprétatifs de l'organisation. Lorsqu'il y a un déséquilibre, une tension (ou une contradiction) apparaît entre la structure organisationnelle et les schèmes interprétatifs. Le changement peut alors se faire en permettant au système de passer à un nouvel équilibre ou à une nouvelle cohérence.

De façon plus détaillée, Hinings et Greenwood (1988) définissent en deux composantes l'organisation (ou le système d'action organisé d'un groupe d'acteurs).

1. La configuration organisationnelle rend compte des structures et processus formels et informels qui régissent l'organisation. Elle regroupe les rôles et responsabilités des différents acteurs dans l'organisation, les mécanismes de décision, les mécanismes impliqués dans l'embauche et le contrôle de la qualité (gestion des ressources humaines) et dans l'acquisition des ressources.
2. Les schèmes interprétatifs rendent compte des domaines d'expertise de l'organisation où elle se reconnaît une légitimité (domaines occupés), des valeurs et idées qui sous-tendent la perception de comment elle devrait être structurée (principes de l'organisation) et des critères d'évaluation.

Pour être favorable au changement, une organisation doit ajuster ses schèmes interprétatifs et sa configuration organisationnelle à l'innovation. Selon les modifications qui surviennent et l'évolution de la cohérence interne, plusieurs trajectoires de changement sont possibles (Hinings et Greenwood, 1988): l'inertie, l'interruption, la réussite et l'échec.

- L'inertie représente l'absence de modification de la cohérence interne. Le changement est alors possible à l'intérieur de la cohérence existante.
- L'interruption désigne plutôt le retour à la cohérence interne antérieure. Le changement est alors inachevé ou interrompu par accident, par intérêt politique ou par l'essai de nouvelles idées ou structures.
- La réussite évoque une modification de la cohérence interne. Le changement est possible par une réorganisation.
- L'échec représente une modification échouée et une non-cohérence interne. Le changement est impossible et l'équilibre pas encore atteint.

Pour expliquer le passage d'une cohérence à l'autre dans un système d'action organisé, plusieurs facteurs doivent être considérés. Hinings et Greenwood (1988) tiennent compte des contraintes et facteurs sociaux, des valeurs préconisées et qui guident l'engagement, de la motivation et des intérêts des acteurs et de leur pouvoir et capacité d'agir.

#### La motivation et la capacité d'agir des acteurs

Dans sa théorie du comportement interpersonnel, Triandis (1980) caractérise la motivation et l'intention d'agir des acteurs. Pour lui, un acteur est guidé dans ses choix par ses convictions personnelles, les conséquences qu'il perçoit, ses habitudes, son affect et les facteurs sociaux qu'il a internalisés. Contandriopoulos (1996, 2003), quant à lui, décrit davantage la capacité d'agir des acteurs. Selon sa conception, un acteur dispose de plusieurs ressources matérielles et sociales (capitaux économique, culturel, biologique, social) et d'une structure mentale et cognitive (valeurs, convictions, projets, stratégies) qui lui permettent d'interagir dans un espace social structuré. Par l'utilisation simultanée de stratégies de coopération et d'affrontement, il tente de contrôler davantage son environnement et d'y renforcer sa position (Bourdieu, 1992; Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Sa conception de l'acteur est intéressante pour comprendre les logiques internes et externes qui caractérisent l'hôpital d'aujourd'hui. En effet, les principaux acteurs collectifs de l'hôpital (médecins, professionnels, administrateurs, usagers, etc.) disposent d'une logique d'acteurs différente faisant émerger des enjeux de pouvoir divergents. Leurs valeurs ne sont pas les mêmes, leur compréhension des phénomènes et leur façon d'intervenir sont différentes et leurs champs de compétences et leurs stratégies d'action diffèrent. Il n'est donc pas surprenant de constater une confrontation importante des différents acteurs entre eux et l'actualisation des changements souvent difficile. La décision de mettre en place une nouvelle technologie (ou une pratique innovatrice) implique donc de tenir compte de l'ensemble de ces forces.

### L'innovation en psychiatrie

Dans le domaine de la psychiatrie, peu d'études se sont intéressées à l'implantation de pratiques novatrices. Les interventions sont considérées complexes et l'évaluation des interventions en santé mentale est embryonnaire (Thornicroft et Rose, 2005). Malgré des changements importants dans les mentalités et pratiques et la valorisation des données scientifiques dans le milieu médical, peu d'évaluations systématiques sont faites des interventions. En fait, les études évaluatives publiées en psychiatrie portent principalement sur l'impact clinique des interventions et la validation des outils de mesure. Très peu d'études s'intéressent au processus d'innovation et de changement des pratiques en santé mentale et, si elles le font, elles ciblent principalement les changements aux niveaux systémique et organisationnel (Farand et al., 1999; Fleury et al, 2003; Reinhartz et al., 2000; Withe, 1993). Le niveau de l'intervention est très peu documenté. Il faut se référer aux études sur l'adoption d'innovations dans d'autres domaines de pratique.

### Facteurs qui influencent l'innovation

Les études sur l'innovation (revues dans Framback et Schillewaert, 2002) sont d'accord pour considérer à la fois les variables individuelles, organisationnelles et contextuelles dans la compréhension du processus d'adoption et les différents niveaux d'analyse. Selon cette revue de la littérature, l'adoption individuelle d'une innovation est influencée par l'attitude de la personne face à l'innovation et sa disposition à innover, elles-mêmes fonction des caractéristiques de l'individu (son âge, son expérience, ses valeurs, etc.) et des conditions facilitantes du milieu (par exemple l'accès à de la formation et à du soutien). Au niveau de l'organisation, les caractéristiques du milieu, la perception de l'innovation en termes de compatibilité et de bénéfices, les activités entourant l'adoption ainsi que l'environnement externe peuvent influencer le processus d'adoption (Framback et Schillewaert, 2002). Denis et al. (2002) ont identifié



quatre propositions qui permettent de mieux comprendre le jeu des acteurs dans l'adoption d'innovations.

1- Plus les patterns de coûts-bénéfices associés à l'innovation s'organisent en fonction de la distribution des intérêts, valeurs et pouvoirs des acteurs du système, plus il est facile de créer une coalition pour adopter l'innovation et, plus le processus d'adoption se fait rapidement.

2- La capacité à mobiliser les acteurs dépend à la fois des intérêts et des valeurs qui peuvent légitimer les positions des acteurs.

3- La négociation dans le sens d'une innovation dans un contexte particulier survient lorsque plusieurs façons d'appliquer l'innovation sont possibles.

4- La présence d'une coalition pro-adoption forte combinée avec un besoin important d'apprendre peut amener à compresser les apprentissages au détriment des patients.

Ces propositions permettent de situer le processus d'adoption dans une perspective non linéaire et beaucoup plus dynamique du changement. Selon Denis et al. (2002), la diffusion et l'adoption d'innovations sont des processus sociaux et politiques où interagissent (et même négocient) plusieurs acteurs à différents niveaux du système et avec leurs caractéristiques propres. L'analyse d'implantation d'une innovation doit donc se faire en considérant ses différents niveaux d'analyse (individuel et organisationnel) et leur interaction à travers le jeu des acteurs et la distribution du pouvoir.

### **2.3 La réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie**

L'évolution des pratiques en santé mentale a sans aucun doute favorisé encore plus l'émergence des principes de la réadaptation. En permettant à la personne de retourner dans son milieu de vie le plus rapidement possible, les interventions sont devenues de plus en plus dirigées vers les compétences et les habiletés de la vie en société. Les interventions sont non seulement axées sur le

traitement de la maladie mais également sur l'ajustement et le rapport de la personne avec son environnement.

La réadaptation est cette approche éco-systémique centrée sur l'adaptation de la personne à son milieu de vie et sur les conséquences de la maladie sur la personne (décrites en termes d'incapacités et de handicaps). Elle vise à placer l'individu en situation d'actualisation (pleine participation sociale) plutôt qu'en situation de handicap en favorisant l'amélioration de ses capacités, le soutien de l'environnement et la réalisation de ses habitudes de vie (Fougeyrollas et al., 1995).

L'approche de réadaptation psychiatrique, définie par Anthony et al. (2001), est l'un des modèles de réadaptation les plus connus et utilisés dans le domaine de la psychiatrie. Il se définit comme une approche spécifique avec sa propre démarche, ses valeurs et ses principes d'intervention. Il a pour but de soutenir la personne avec des incapacités psychiatriques à réintégrer la société, de façon à ce qu'elle puisse choisir, obtenir et maintenir un (ou des) rôle(s) significatif(s) dans l'environnement de son choix. L'approche de réadaptation psychiatrique favorise l'engagement actif de la personne dans son processus de réadaptation et l'intervention directement en lien avec les objectifs de la vie en société (autonomie à domicile, retour à l'école ou au travail, etc.). Plusieurs techniques et interventions de réadaptation peuvent s'inscrire à l'intérieur du processus de réadaptation psychiatrique. Elles permettent (Anthony et al., 2001; Bachrach, 1996; Liberman et al., 1993):

1. l'amélioration du fonctionnement de la personne par l'apprentissage d'habiletés,
2. la création et le maintien d'un système de soutien à long terme permettant de préserver le fonctionnement de la personne dans la communauté et de minimiser sa détérioration.

Pour la personne atteinte de schizophrénie, plusieurs stratégies d'intervention sont actuellement disponibles pour agir à tous les niveaux de la maladie et répondre à ces deux objectifs.

### La schizophrénie et les approches d'intervention privilégiées

La schizophrénie est une maladie mentale grave qui affecte 1% de la population (Lalonde et al., 1999). La principale caractéristique de cette maladie est d'entraîner des répercussions importantes sur la vie de tous les jours. En effet, étant donné la présence de symptômes dérangeants (troubles de la pensée, déficits cognitifs, hallucinations, perte de la motivation et du plaisir, etc.), les personnes qui en sont atteintes sont souvent isolées socialement. Elles ont des difficultés à entrer en contact avec les autres et à s'intégrer aux activités de la vie quotidienne telles les loisirs, les études et le travail.

Plusieurs interventions biopsychosociales sont disponibles permettant aux professionnels de la santé de répondre aux besoins de la personne atteinte de cette grave maladie du cerveau (Lalonde et al., 1999; Lecomte et Leclerc, 2004; Mueser et al., 2003). Une médication antipsychotique adéquate jumelée avec des interventions psychosociales sont nécessaires. Mueser et al. (2003) identifient six domaines de pratiques fondées sur l'évidence scientifique:

- la médication antipsychotique,
- le suivi intensif dans le milieu,
- la psychoéducation à la famille,
- le soutien à l'employabilité,
- les interventions qui intègrent la comorbidité,
- les interventions de réadaptation axées sur l'adaptation à la maladie et l'apprentissage d'habiletés nécessaires à la vie en société.

Ces interventions combinées démontrent une efficacité intéressante en diminuant la symptomatologie et l'impact de la maladie sur la personne et sa

famille. Les rechutes sont le plus possible évitées, et les conséquences sur la vie de tous les jours sont restreintes.

Plus spécifiquement, les interventions de réadaptation axées sur l'adaptation à la maladie et l'apprentissage d'habiletés nécessaires à la vie en société (Bellack, 2004; Morin et al., 1999) tentent d'intervenir sur:

- les déficits et biais cognitifs,
- le manque d'habiletés sociales et,
- les difficultés de gestion des problématiques quotidiennes des personnes atteintes de schizophrénie.

#### *Déficits cognitifs et remédiation cognitive*

La dysfonction cognitive dans la schizophrénie est un déficit central et durable (Elvevag et Goldberg, 2000). Elle se manifeste principalement dans les domaines suivants: attention, mémoire, fonctions exécutives. Ces dernières concernent les habiletés à planifier, à regrouper les idées, à appliquer un plan et à résoudre un problème. La sévérité de ces déficits est variable d'un sujet à l'autre. Plusieurs modèles cognitifs (Brenner et al., 1992; Bellack et al., 1999; Green et Nuechterlein, 1999; Spaulding et al., 1999) ont été proposés pour comprendre leur mode d'action et leur implication sur le fonctionnement quotidien. Ces études montrent qu'ils sont associés à un mauvais pronostic à long terme. Dans une méta-analyse, Green et al. (2000) concluent que la mémoire verbale secondaire, la mémoire immédiate, les fonctions exécutives et la vigilance sont associées au succès des interventions de réadaptation psychosociale, aux performances dans les tâches d'habiletés sociales et à l'adaptation de la personne dans la communauté. C'est à partir de ces modèles et des études empiriques qui les ont validés que des projets de remédiation cognitive ont été progressivement mis en place. La remédiation cognitive permet de restaurer les fonctions cognitives de base altérées, donc de travailler,

par des exercices concrets, l'attention, la concentration, la mémoire ainsi que la flexibilité conceptuelle (Delahunty et al., 1993).

Une équipe anglaise (Wykes et al., 1999, 2003) a récemment conduit un essai randomisé avec un programme de remédiation cognitive intensive impliquant des sessions individuelles d'une heure pendant trois mois. Sur les mesures de différents domaines cognitifs, incluant la mémoire de travail, les planifications et la mémoire procédurale, un résultat significatif s'est exprimé en faveur de la remédiation cognitive lorsqu'elle était comparée à un programme d'ergothérapie classique. Les auteurs concluaient que la remédiation cognitive pouvait effectivement réduire le déficit cognitif et que cette réduction était également bénéfique sur l'issue fonctionnelle, particulièrement sur l'estime de soi. Par contre, les deux programmes concluaient à des résultats similaires en ce qui a trait à la symptomatologie et au fonctionnement social.

L'intérêt de ces différentes approches se confirme de jour en jour. Les déficits cognitifs doivent être pris en compte dans le traitement et dans l'évaluation du fonctionnement des patients. Cependant, le mécanisme d'action à travers lequel les fonctions cognitives agissent est encore à documenter. En 1999, Green et Nuechterlein proposaient le concept de «*Social Cognition*» comme médiateur. Ce concept inclut la perception des émotions, le schéma social, l'introspection envers la maladie, les stratégies de *coping* et permet de faire le lien avec le fonctionnement quotidien (et les autres approches psychosociales privilégiées). Plus récemment, un autre mécanisme d'action, le concept de «*Learning Potential*», a été proposé par Green et al. (2000). En décrivant la capacité d'apprentissage de la personne, il est possible de mieux intervenir et d'ajuster les interventions aux difficultés et au rythme des patients favorisant ainsi, un meilleur processus de réhabilitation.

#### *Biais cognitifs et psychothérapie cognitive*

La personne atteinte de schizophrénie présente également des distorsions cognitives lorsqu'elle tente d'interpréter les situations de sa vie quotidienne.

Ces biais cognitifs font en sorte qu'elle fait des erreurs d'interprétation (de jugement) en regard d'elle-même et de son environnement. Pour ce qui est des interventions permettant d'intervenir au niveau des biais cognitifs de la personne, ce sont les approches de psychothérapie cognitive (TCC ou CBT) (Beck et Rector, 2000; Chadwick et Birchwood, 1994; Chambon et Marie-Cardine, 1996; Fowler et al., 1995; Tarrier et al., 1998, 1999; Tarrier et Wykes, 2004) qui semblent les plus intéressantes. La psychothérapie cognitive, développée principalement par Beck pour les troubles de l'humeur, tente de faire avec le patient le lien entre les pensées, les émotions et le comportement. Il s'agit d'identifier avec la personne les interprétations inadéquates qu'elle fait des situations en centrant l'attention sur l'analyse cognitive qu'elle fait de l'événement et en lui faisant réaliser l'impact sur ses émotions et comportements. La personne atteinte de maladie mentale pourra ainsi apprécier progressivement les situations de façon adéquate, changer la perception de son environnement et les réactions affectives qui y sont associées. Avec les personnes atteintes de schizophrénie, la psychothérapie cognitive cible particulièrement les délires, les hallucinations et les symptômes négatifs. Ceux-ci sont conceptualisés de la même façon que les distorsions cognitives habituelles, par exemple (Yakobina et al., 1997):

- l'exagération: exagérer l'importance de certaines choses,
- la personnalisation: se voir comme la cause d'événements négatifs extérieurs, etc.

Une méta-analyse (Rector et Beck, 2001) a permis d'identifier que la psychothérapie cognitive réduit de façon durable les délires, les hallucinations et la symptomatologie négative du patient atteint de schizophrénie.

#### *Entraînement aux habiletés sociales et de résolution de problèmes interpersonnels*

Les habiletés sociales et de résolution de problèmes interpersonnels sont essentielles pour l'individu afin d'entrer en relation avec les autres, de s'affirmer

et de résoudre certains conflits. Ces habiletés sont déficitaires chez la personne atteinte de schizophrénie et ont un impact sur l'ensemble des activités de sa vie quotidienne. Elles limitent sa participation sociale et communautaire et la pousse à s'isoler.

Les interventions qui permettent de stimuler ces habiletés sont variées. Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales et de résolution de problèmes interpersonnels sont les plus connus (Lieberman et al., 1993; Bellack et al., 2004). Ils permettent, d'abord, d'apprendre les habiletés de base à la communication (verbales et non-verbales) et de les pratiquer en situations variées par des jeux de rôles. Ainsi, la personne augmente sa confiance en elle lors d'une situation sociale, s'affirme davantage et plus adéquatement. Ces groupes permettent aussi d'intervenir sur les habiletés de résolution de conflits. Des situations sociales difficiles sont choisies avec les patients et analysées selon les étapes de résolution de problèmes. Les personnes aux prises avec une maladie mentale grave éprouvent souvent des difficultés à gérer les situations de la vie de tous les jours. Elles présentent une vulnérabilité neuropsychologique qui rend difficile la gestion des stress quotidiens. En leur donnant les moyens d'utiliser de meilleures stratégies adaptatives (de *coping*), elles augmentent le contrôle qu'elles ont sur leur vie. De plus, elles soutiennent les autres actions thérapeutiques, les autres interventions de réadaptation, et incitent les personnes atteintes de troubles mentaux graves à utiliser les ressources de leur milieu pour une meilleure insertion et intégration sociales.

L'efficacité de ces interventions a été prouvée (Lieberman et al., 1993; Bellack et al., 2004). Toutefois, la grande difficulté se situe dans la généralisation des apprentissages en contexte réel de vie. C'est pour cette raison que des interventions dans le milieu de vie de l'individu sont de plus en plus favorisées. Les patients peuvent alors appliquer les habiletés apprises et les utiliser dans de véritables situations sociales. Les équipes de suivi intensif dans le milieu (Test, 1998) et le nouveau programme «*In-Vivo Amplified Skills Training*» (IVAST)

de Liberman et al. (2002) rencontrent ces objectifs. En étant directement dans le milieu de la personne, ils peuvent intervenir *in-vivo* lors de situations difficiles.

## 2.4 La pertinence et l'efficacité du programme IPT

### La description du programme IPT

Le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) (Brenner et al., 1992; Pomini et al., 1998), conçu en Suisse, est une intervention de réadaptation spécifiquement conçue pour une clientèle atteinte de psychose. Le programme est intéressant car il permet d'intégrer aux approches d'habiletés sociales, les nouvelles connaissances sur les déficits et biais cognitifs des personnes atteintes de schizophrénie. L'IPT est composé de 5 modules à complexité progressive où chaque module permet d'acquérir les habiletés nécessaires à la poursuite du suivant. L'ensemble des modules IPT se donne en groupe de 8 à 12 participants<sup>1</sup>, accompagnés d'un à deux professionnels de la santé formés à l'approche. L'IPT s'étend sur une période de 8 à 10 mois avec une fréquence des rencontres de 2 fois par semaine.

1. Le module de **différenciation cognitive** est destiné à exercer les fonctions cognitives de base: l'attention, la concentration, la perception, la mémoire, ainsi que la formation et le maniement des concepts, par des exercices abstraits prenant la forme de jeux pédagogiques. Ainsi, les ressources cognitives disponibles sont sollicitées et améliorées, permettant l'apprentissage de stratégies pour compenser les déficits cognitifs résiduels.
2. Le module de **perception sociale** consiste à faire en groupe l'analyse d'images sur diapositives représentant des situations sociales différentes en complexité et en charge émotionnelle. Il permet aux participants, dans un premier temps, de décrire les détails de l'image, et ensuite, de les interpréter.

---

<sup>1</sup> Le terme participant rend compte des personnes atteintes de schizophrénie qui participent à des programmes de réadaptation. Tout au long de la thèse, il désignera les patients du programme IPT.



Ainsi, on cherche à éviter les interprétations inadéquates, à centrer l'attention sur les éléments objectifs et à travailler les schémas cognitifs erronés souvent rencontrés chez les personnes atteintes de schizophrénie.

3. Le module de **communication verbale** s'attarde aux habiletés de base de la communication. Il permet aux participants, par différents jeux pédagogiques, l'apprentissage des habiletés d'écoute, de compréhension et d'expression. Ainsi, à travers ce module, le participant est amené à travailler différents troubles de la communication: la pauvreté du langage, la perte du contenu, le langage circonstancié, la persévération, etc.
4. Le module d'**habiletés sociales** est une suite logique au module précédent. Les participants sont amenés, selon leurs possibilités et leurs besoins, à procéder à des jeux de rôles et à de l'entraînement au niveau de l'affirmation de soi par l'utilisation de techniques cognitivo-comportementales sous la conduite des thérapeutes (instructions, modelage, répétitions, renforcements, etc.). Le but final est le développement d'un répertoire adéquat de compétences sociales dans une variété de situations sociales données.
5. Le module de **résolution de problèmes** consiste à choisir avec le groupe des situations problématiques difficiles et à les analyser selon les étapes de résolution de problèmes:
  - identification et analyse du problème,
  - élaboration cognitive du problème,
  - recherche de solutions,
  - discussion sur les solutions,
  - choix de l'une des solutions,
  - mise en pratique,
  - évaluation de l'efficacité.

Ce module permet la mise en application des habiletés acquises dans les modules précédents et propose des exercices en situation réelle de vie pour le transfert des apprentissages.

#### L'efficacité du programme IPT

L'efficacité de ce programme à 5 modules a été vérifiée par plusieurs études expérimentales auprès de patients souffrant de schizophrénie chronique (Brenner et al., 1992). Celles-ci concluent à des améliorations significatives sur les mesures cognitives et psychopathologiques, ainsi que sur le taux de rechute, et à des résultats moins consistants sur les mesures du fonctionnement social. Les auteurs envisagent alors une réorganisation du programme où les modules sont utilisés selon les difficultés des sujets:

- modules d'entraînement cognitif pour les sujets au fonctionnement plus détérioré,
- modules d'entraînement aux compétences sociales pour les sujets moins dysfonctionnels.

Or, en modifiant l'ordre et l'utilisation de certains modules et en évaluant les sujets en cours de traitement, de nouvelles études arrivent à des résultats similaires sans affecter toujours significativement les comportements sociaux (Pomini et al., 1998).

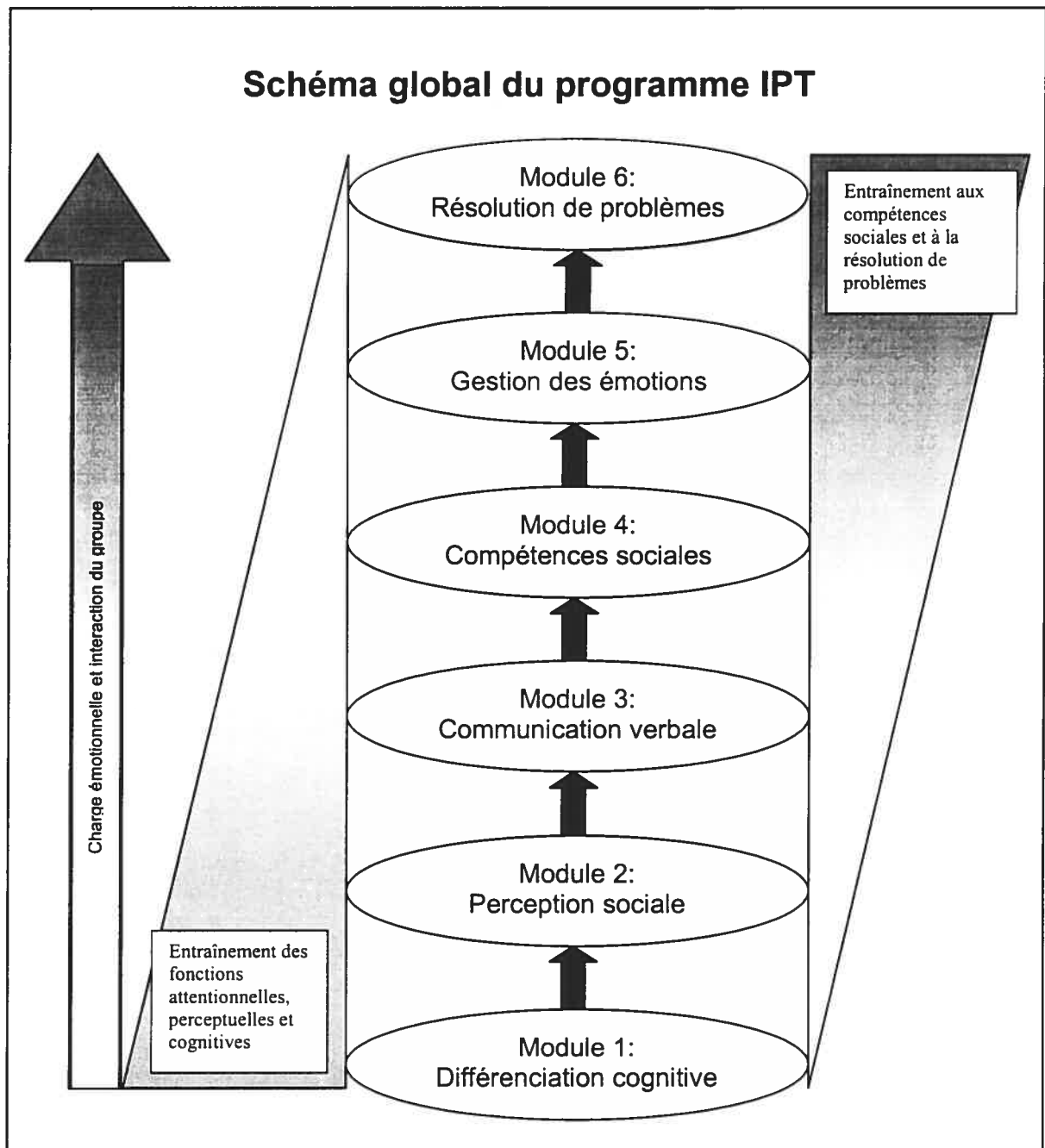
Plus récemment, Hodel (Hodel et al., 1998, 2004) a développé un nouveau module au programme IPT. Il s'agit du module de gestion des émotions, basé sur des résultats empiriques démontrant l'impact significatif d'états émotionnels sur les progrès cognitifs. Ce sixième module de **gestion des émotions** se situe dans le programme entre le module d'habiletés sociales et de résolution de problèmes. Il permet, par l'analyse perceptive et cognitive détaillée d'une émotion évoquée dans une diapositive, de progresser vers son propre vécu émotionnel, de remettre en question ses stratégies de gestion des émotions, de rechercher des stratégies alternatives et, de les mettre en pratique dans des jeux

de rôle. L'IPT ainsi modifié n'a fait à présent l'objet d'aucune étude expérimentale, et pourtant, en considérant la composante affective, l'impact du programme sur les comportements sociaux pourrait être maximisé. Une seule étude (Hodel et al., 1998, 2004), qui porte uniquement sur le module de gestion des émotions, présente des résultats intéressants en ce qui a trait au fonctionnement cognitif et social.

Ce nouveau programme à 6 modules (voir figure II-1) permet d'intervenir sur l'ensemble des difficultés quotidiennes de la personne atteinte de schizophrénie et se préoccupe d'interventions en rapport direct avec la vie de tous les jours des participants. L'intérêt pour la généralisation des apprentissages reste également présent tout au long du processus. De plus, étant donné la présence de plusieurs modules utilisables de façon flexible en fonction des besoins de l'individu, l'IPT s'adapte à la clientèle et au contexte d'interventions des milieux cliniques. Il est ainsi possible de choisir d'appliquer les 6 modules selon un rythme adapté à chaque groupe de patients.

En 2003, Müller et al. ont publié une méta-analyse des études d'efficacité du programme IPT. Ils concluaient à un effet spécifique du programme IPT sur différentes composantes de la schizophrénie (psychopathologie, déficits cognitifs et comportements sociaux) et ce, à différents stades de la maladie et dans différents contextes cliniques et organisationnels.

Figure II-1. Le programme IPT (Tiré de Pomini et al., 1998)



### L'expérience de l'équipe du Dr Luc Nicole à l'Hôtel-Dieu de Lévis

En 1996, le Département de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Lévis entreprenait une démarche pour bonifier les soins donnés aux patients souffrant de schizophrénie dès le début de leur maladie. De cette démarche, est né le programme spécifique d'intervention *Premier-Épisode* (PSI) qui intègre les modules IPT à sa démarche de soins (Nicole et al., 1999).

En mars 1996, le Dr Luc Nicole avait effectué un stage de sensibilisation et de formation aux modules IPT à Berne (Suisse) dans l'équipe du Dr Hodel. Il avait le désir de mettre sur pied une clinique de premiers épisodes intégrant aux approches pharmacologiques, des approches de réadaptation tenant compte à la fois des déficits cognitifs et sociaux des psychotiques. En décembre 1996, il permettait donc à l'ensemble des professionnels impliqués dans l'application de l'IPT à l'Hôtel-Dieu de Lévis, de bénéficier d'un stage de formation dispensé par le Dr Hodel et le Dr Pomini.

Le début de l'application des modules IPT à l'Hôtel-Dieu de Lévis remonte donc à mars 1997. Depuis, plusieurs groupes de patients ont participé au programme. Chaque groupe a duré environ huit à dix mois, à un rythme de deux rencontres par semaine, d'une durée d'une heure et demie chacune et en présence de deux intervenants. L'expérience semble avoir été très favorable tant au niveau de la satisfaction des patients que de la motivation rapportée par les intervenants. De plus, l'expérience de l'Hôtel-Dieu de Lévis a démontré, comme les auteurs de l'IPT l'ont bien précisé, que l'application de ce programme peut être souple. Un rythme différent d'application de chaque module, selon les caractéristiques identifiées pour chaque groupe de patients, s'est avéré cliniquement pertinent.

L'expérience de l'Hôtel-Dieu de Lévis (Nicole et al., 1999) et les études d'efficacité (Brenner et al., 1992; Hodel et al., 1998, 2004; Müller et al., 2003; Pomini et al., 1998) démontrent l'intérêt du programme IPT pour la clientèle

psychotique et son implantation plus large au Québec. Le programme semble répondre à plusieurs besoins de réadaptation et d'amélioration du fonctionnement pour un retour à la vie en société. Il fait partie de la gamme de services de pointe à offrir aux personnes atteintes de schizophrénie et représente l'étape qui précède un retour aux études ou au travail, l'accès à un logement autonome ou à la vie citoyenne. Plusieurs intervenants de la réadaptation se sont d'ailleurs intéressés au programme suite à cette première application réussie au Québec. Ils souhaitent se former à l'approche et l'appliquer dans leur milieu. L'implantation plus étendue et l'évaluation du programme IPT se sont donc avérées pertinentes.

## **2.5 L'évaluation de programme et l'analyse d'implantation**

Le domaine de l'évaluation est vaste et regroupe plusieurs types de stratégies de recherche. Contandriopoulos et al. (2000) ont tenté d'en faire la synthèse et de proposer un cadre conceptuel pour améliorer les échanges entre chercheurs et en faciliter l'utilisation adéquate. Ils séparent d'abord le domaine de l'évaluation en deux grandes catégories: l'évaluation normative et la recherche évaluative. L'évaluation normative tente de porter un jugement sur une intervention en la comparant à des critères ou des normes externes (définies le plus souvent par les détenteurs d'enjeux «*stakeholders*») sans faire appel aux méthodes scientifiques de recherche. La recherche évaluative, quant à elle, fait appel à une méthodologie scientifique de recherche. Elle consiste à analyser les liens existants entre les différentes composantes d'une intervention. Ainsi, à l'intérieur de la recherche évaluative, il est possible d'y étudier:

- la pertinence de l'intervention (analyse stratégique),
- sa logique et/ou cohérence (analyse logique),
- sa productivité (analyse de la productivité),
- ses effets (analyse des effets),
- son rendement (analyse du rendement),

- son implantation (analyse d'implantation).

Étant donné que cette étude s'intéresse spécifiquement à l'analyse des effets et à l'analyse de l'implantation d'une intervention, ces deux types de recherche évaluative seront documentés.

#### L'analyse des effets

L'analyse des effets concerne particulièrement l'influence d'une intervention sur l'état de santé (Contandriopoulos et al., 2000). Le concept d'efficacité peut être très variable d'un contexte à l'autre et mener ainsi à plusieurs stratégies de recherche.

- L'efficacité théorique d'une intervention consiste à contrôler complètement l'environnement. Les recherches en laboratoire font partie de ce type d'analyse des effets.
- L'efficacité clinique ou d'essai est recommandée lorsqu'on s'intéresse aux variations inter-sujets comme dans le cas des essais randomisés.
- L'efficacité d'utilisation ou pragmatique consiste à évaluer l'efficacité d'une intervention en milieu naturel, sans randomisation des sujets et des milieux à l'étude.
- L'efficacité populationnelle peut être évaluée pour documenter l'accessibilité d'une intervention et son degré de couverture.

Pour effectuer une analyse des effets, plusieurs devis et stratégies de recherche peuvent être utilisés (Contandriopoulos et al., 1990). L'expérimentation provoquée consiste à avoir un très grand contrôle sur la variable indépendante i.e. sur le quoi, quand, qui et comment. La recherche expérimentale randomisée en fait partie. Lorsque la randomisation est impossible, on parle alors de recherche quasi-expérimentale. L'expérimentation invoquée, quant à elle, consiste à ne pas pouvoir contrôler la variable indépendante. Des événements historiques ou accidentels guident ce genre de devis. Enfin, lorsque l'objet

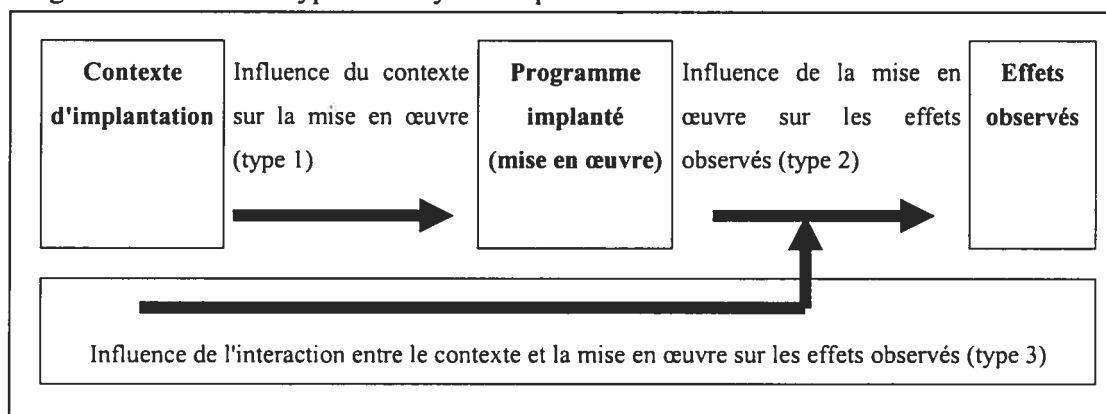
d'étude est très complexe (plusieurs variables indépendantes et dépendantes) et que l'intérêt est d'en comprendre ses parties et relations, la recherche synthétique est recommandée. Les études de cas en sont de bons exemples.

### L'analyse de l'implantation

L'analyse de l'implantation permet de comprendre davantage l'intervention et ses composantes. En effet, l'analyse des effets s'appuie sur le fait que l'intervention est homogène et non variable selon le contexte tandis que l'analyse de l'implantation tend plutôt à en comprendre les différences et l'impact sur les effets. Trois types d'analyse d'implantation sont possibles (Champagne & Denis, 1992)(voir figure II-2):

- l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre de l'intervention (type 1),
- l'influence des variations dans l'implantation sur son efficacité (type 2),
- l'influence de l'interaction du contexte et de l'intervention sur les effets observés (type 3).

Figure II-2. Les trois types d'analyse d'implantation



Les stratégies de recherche principales utilisées pour l'analyse de l'implantation sont l'étude de cas, l'étude comparative et l'expérimentation (Denis et Champagne, 1990). L'étude de cas est choisie lorsque le chercheur travaille sur



une ou un petit nombre d'unités d'analyse tandis que l'étude comparative est indiquée lorsqu'un grand nombre d'unités d'analyse sont étudiées.

### L'étude de cas

Plus spécifiquement, l'étude de cas est utilisée comme stratégie de recherche lorsqu'un chercheur s'intéresse à comprendre un phénomène complexe sur lequel il a peu ou pas de contrôle (Yin, 1994). Il veut en comprendre les caractéristiques et leurs interrelations et rendre compte de la réalité observée d'une façon nuancée et complète. Selon Yin (1994), l'étude de cas s'intéresse aux «décisions»: pourquoi est-ce arrivé?, comment expliquer cet événement?, etc. et ce, pour des phénomènes ancrés dans la réalité qui ont des frontières peu définies et peu tangibles. Il peut s'agir d'un individu, d'une organisation, d'un processus, d'un programme, etc. (Yin, 1994). Le chercheur a alors à interagir avec plusieurs variables à la fois et plusieurs sources possibles d'information.

Deux types d'étude de cas existent selon le nombre de cas analysés: l'étude de cas unique ou multiples. L'étude de cas unique permet d'analyser en détails une situation donnée tandis que l'étude de cas multiples répond davantage à des objectifs de comparaison et de réplication. La richesse de l'analyse repose alors sur les différents cas analysés et leurs contextes spécifiques plutôt que sur la profondeur de l'analyse comme dans l'étude de cas unique.

## **Chapitre III. But et objectifs de l'étude**

Ce chapitre présente le but et les objectifs spécifiques de l'étude.

### **3.1 Le but de l'étude**

Dans le cadre d'une collaboration multisite de cliniques externes multidisciplinaires spécialisées dans le traitement de la schizophrénie, mais aussi de milieux de psychiatrie générale, cette étude porte sur l'évaluation de la mise en place d'un programme de réadaptation de groupe pour les personnes atteintes de schizophrénie, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT).

Il s'agit d'une étude d'implantation qui s'intéresse à l'impact clinique de l'intervention, à sa mise en œuvre dans plusieurs milieux cliniques et aux variables contextuelles qui influencent les différences d'application.

### **3.2 Les objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques sont:

- de confirmer dans un contexte naturel l'efficacité (pragmatique) du programme IPT en ce qui a trait à la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie;
- d'évaluer la satisfaction des participants et intervenants à l'égard du programme IPT et de proposer une version renouvelée adaptée au Québec;
- de documenter la mise en œuvre du programme IPT et les différences entre les milieux;
- de documenter les différentes composantes contextuelles de mise en œuvre du programme IPT et leur influence sur l'application du programme IPT (analyse d'implantation de type 1).

## Chapitre IV. Méthodologie

Ce chapitre présente les méthodes utilisées pour répondre aux objectifs de l'étude. Il est divisé en plusieurs parties permettant de situer les stratégies de recherche utilisées, les procédures d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données ainsi que de documenter la validité de la démarche proposée et les aspects éthiques et de confidentialité.

### 4.1 Les stratégies de recherche et le devis

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la recherche évaluative i.e. qu'elle cherche par une méthodologie scientifique à analyser les liens existants entre les différentes composantes d'une intervention (Contandriopoulos et al., 2000). L'intervention est un programme de groupe pour les personnes atteintes de schizophrénie, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) (Pomini et al., 1998). Plus spécifiquement, le projet utilise une stratégie de recherche hybride (Robson, 1993) qui incorpore une expérimentation et une étude de cas multiples.

Pour répondre aux questions de recherche, deux types d'analyse sont effectués: l'analyse des effets et l'analyse d'implantation de type 1.

- L'analyse des effets permet de répondre aux deux premiers objectifs de l'étude soit de confirmer l'efficacité pragmatique et d'évaluer la satisfaction envers le programme.
- L'analyse d'implantation de type 1 permet de répondre aux deux autres objectifs de l'étude soit de documenter les différences de mise en œuvre du programme et de comprendre l'influence des composantes contextuelles sur cette mise en œuvre.

#### Le devis de recherche retenu pour l'analyse des effets

L'évaluation des effets du programme IPT se fait principalement à l'aide d'un devis quasi-expérimental à mesures répétées (de type avant-après sans groupe témoin) où chaque patient est son propre contrôle (Contandriopoulos et al., 1990; Shadish et al., 2002). L'évolution des variables dépendantes avant, pendant et après l'IPT permet de documenter objectivement, par des instruments de mesure standardisés, la symptomatologie, le fonctionnement cognitif et social et la qualité de vie de la personne atteinte de schizophrénie. La satisfaction est la seule variable qui n'est pas mesurée par un instrument de mesure standardisé et suivant un devis avant-après. L'évaluation de la satisfaction se fait en cours et fin de programme IPT auprès des participants et des intervenants. Ces données subjectives récoltées par entrevues ou questionnaires maison sont de nature majoritairement qualitative.

#### Le devis de recherche retenu pour l'analyse d'implantation de type 1

L'évaluation de l'implantation du programme IPT se fait selon une stratégie de recherche synthétique où on tente de construire une explication des phénomènes complexes en examinant les différentes relations entre les variables dépendantes et indépendantes (Contandriopoulos et al., 1990). Plus spécifiquement, la stratégie de recherche synthétique utilisée est l'étude de cas multiples (Yin, 1994). Elle permet de tenir compte de la complexité de chacun des cas, de leurs caractéristiques propres et de leur contexte, mais également d'en faire la comparaison.

L'analyse d'implantation de type 1 proposée permet donc de décrire l'influence du milieu d'implantation (des déterminants contextuels) sur le degré de mise en œuvre du programme IPT (Champagne et Denis, 1992). Les données proviennent de relevés systématiques de la mise en œuvre, d'entrevues de groupe et de notes d'observation de l'équipe de recherche. Ils sont de nature majoritairement qualitative.

## 4.2 Le choix de l'échantillon

### Le choix des milieux cliniques

Le projet s'est déroulé dans différents milieux cliniques québécois intéressés au programme IPT. Ils ont été choisis de façon à refléter la diversité des milieux concernés et selon les ressources disponibles. Ces sites sont diversifiés en terme géographique et de lien universitaire et les groupes de patients sont à des étapes d'évolution différentes de la schizophrénie: cliniques spécialisées pour de jeunes adultes au début de leur maladie, d'autres suivis depuis près de 5 ans, mais aussi des patients plus handicapés en centre de jour ou hospitalisés dans des unités de réinsertion pour des patients ayant connu de longs séjours.

Les milieux intéressés ont été contactés à plusieurs reprises via les ergothérapeutes et psychiatres des milieux. Des rencontres ont eu lieu et un partenariat s'est installé progressivement entre les chercheurs et les cliniciens. Plus d'une vingtaine d'intervenants des équipes multidisciplinaires ambulatoires, en majorité des ergothérapeutes, des médecins-psychiatres, mais aussi des infirmiers et des travailleurs sociaux œuvrant déjà en réadaptation des personnes atteintes de troubles mentaux graves, ont été impliqués dans l'étude.

Voici la liste des milieux cliniques impliqués:

Deux cliniques spécialisées pour des jeunes psychotiques:

- Le programme spécialisé pour Jeunes Adultes Psychotiques (JAP) du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
- La clinique spécialisée pour jeunes adultes psychotiques, la Clinique Jeunes Adultes (CJA) de l'hôpital Louis-H. Lafontaine

Quatre cliniques externes de psychiatrie générale:

- La clinique externe de psychiatrie de l'hôpital général du LakeShore à Pointe-Claire (groupe de jeunes psychotiques)
- La clinique externe de psychiatrie du centre hospitalier de Granby

- La clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Charles LeMoine
- La clinique externe de psychiatrie du CHUM

Trois autres services spécialisés pour des troubles mentaux graves:

- L'hôpital/centre de jour de Cité de la Santé de Laval
- La Clinique des psychotiques de Laval, l'une des cliniques externes du pavillon Albert Prévost de l'hôpital Sacré-Cœur
- Le département de psychiatrie tertiaire (soins de longue durée) de l'hôpital Louis-H. Lafontaine

La formation des intervenants a été assurée par les deux ergothérapeutes de l'équipe du Dr Luc Nicole de l'Hôtel-Dieu de Lévis: René Bélanger et Fany Deschamps. Ceux-ci ont été en mesure, à l'automne 2000, d'offrir une formation de trois jours à l'ensemble des intervenants du projet. Un montant de 400\$/intervenant a été demandé au milieu clinique pour remplir en partie les coûts de formation.

#### Le choix des participants

Les groupes de 10-12 personnes atteintes de schizophrénie ont été constitués par les équipes d'intervention de chaque site selon les critères habituellement utilisés pour sélectionner les participants dans ce type de programme. L'équipe de recherche s'en est remis au jugement et à l'expérience des professionnels afin de reproduire le plus possible le processus clinique habituel de sélection des patients et s'assurer d'un échantillon représentatif de la clientèle atteinte de schizophrénie suivie dans des programmes équivalents de réadaptation.

De façon générale, pour faire partie du projet de recherche, chaque patient devait:

- être suivi par un psychiatre du département de psychiatrie du milieu de pratique,

- être atteint de schizophrénie selon les critères du DSM-IV et,
- être jugé stable et capable d'entreprendre un processus de réadaptation de groupe dont il pourrait bénéficier.

Il est à noter que la prise de drogue, qui est souvent un problème associé, ne constituait pas un critère d'exclusion dans la mesure où la toxicomanie n'était pas le diagnostic principal.

Chaque groupe a été animé par deux professionnels de la clinique ou de l'unité, suite à la formation qui leur a été offerte. Étant donné que chaque groupe a débuté avec 10-12 participants, un total de plus de 90 patients était envisagé. Compte tenu de la perte expérimentale de 25% observée dans l'expérience de Lévis, on prévoyait terminer le programme avec une soixantaine de patients.

Avant de débiter le projet, chaque sujet (participant et intervenant) a eu à signer un formulaire de consentement éclairé (voir annexes IV-1 et IV-2 et la section 4.5).

### **4.3 La collecte et l'analyse des données**

#### La collecte et l'analyse des données pour l'analyse des effets

##### *Objectif 1: Confirmer l'effet pragmatique du programme IPT*

L'analyse des effets a d'abord consisté en une évaluation objective et systématique en 4 temps des participants au programme IPT:

- T0: avant le début du programme,
- T1: après les trois premiers modules IPT,
- T2: à la fin du programme,
- T3: trois à quatre mois après la fin du programme.

Une batterie de tests (voir tableau IV-I) permettant de documenter la symptomatologie, le fonctionnement cognitif et social ainsi que la qualité de vie a été instaurée et administrée par les intervenants des milieux cliniques

concernés (sauf pour le SCID et le CANTAB qui ont été administrés par l'équipe de recherche).

Le choix des instruments de mesure a été commandé par une volonté que les intervenants des milieux cliniques s'approprient des instruments, les fassent passer aisément dans un temps raisonnable correspondant aux contraintes actuelles des milieux cliniques et les utilisent ultérieurement dans leur pratique. Le temps de passation des tests a donc été particulièrement considéré. Les instruments de mesure choisis portent sur la perception des patients quant à leur état de santé et sur celle des intervenants. Les intervenants ont reçu une formation d'une journée pour assurer la qualité de la collecte des données. Pour confirmer le diagnostic psychiatrique et évaluer, par des tâches objectives, le fonctionnement cognitif des patients, deux instruments de mesure ont été complétés par l'équipe de recherche. D'autres instruments pertinents et intéressants pour les patients atteints de schizophrénie sont disponibles, mais des outils de mesure applicables en clinique et respectant la rigueur de l'évaluation ont ici été privilégiés.

Pour estimer le nombre de sujets requis dans l'étude une analyse de puissance a été effectuée. Elle situe à 60 (entre 17 et 57 cas selon l'instrument) le nombre total de patients afin d'obtenir une puissance de 0.8 et un alpha de 0.05. Une telle puissance permet de mettre en évidence les changements significatifs observés (avant-après) au niveau des symptômes psychotiques positifs, du syndrome négatif de la schizophrénie, des déficits cognitifs, des indices de détresse psychologique, d'anxiété et de dépression. Elle se base sur les résultats rapportés dans l'étude de Hodel (Pomini et al., 1998) portant sur 21 patients souffrant de schizophrénie chronique. Dans cette étude, les instruments de mesure suivants ont été utilisés: le *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), le questionnaire de Francfort (QPF), un test de mémorisation de syllabes et le *Nurses' Observation Scale For Inpatient Evaluation* (NOSIE).



Tableau IV-I. Description des instruments de mesure (voir annexe IV-3)

INSTRUMENTS	CARACTÉRISTIQUES DE L'INSTRUMENT
Fiche individualisée de chaque participant à l'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations générales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Données sociodémographiques</li> <li>- Médication</li> <li>- Hospitalisation</li> <li>- Autres activités thérapeutiques</li> </ul> </li> <li>• Collecte de données au dossier médical, 15-20 min.</li> </ul>
<b>Perception du patient</b>	
Questionnaire des plaintes de Francfort (QPF) (Cuesta et al., 1996; Loas et al., 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure des expériences subjectives (18 questions)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbations cognitives</li> <li>- Perturbations perceptuelles</li> </ul> </li> <li>• Entrevue auprès du patient, 20-30 min.</li> </ul>
<i>Client's Assessment of Strengths, Interests, and Goals – Self-report</i> (CASIG-S) (Wallace et al., 2001; Lecomte et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure du fonctionnement social               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habiletés de vie autonome (67 questions)</li> <li>- Symptômes (7 questions)</li> <li>- Fonctionnement cognitif (6 questions)</li> <li>- Qualité de vie (10 questions)</li> <li>- Qualité de traitement (11 questions)</li> </ul> </li> <li>• Entrevue auprès du patient, 60-90 min.</li> </ul>
<b>Perception de l'intervenant</b>	
<i>Client's Assessment of Strengths, Interests, and Goals – Informant version, section Symptômes</i> (CASIG-I-Symptoms) (Wallace et al., 2001; Lecomte et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure des symptômes (7 questions)</li> <li>• Complété par l'intervenant, 10-15 min.</li> </ul>
<i>Multnomah Community Ability Scale</i> (MCAS) (Backer et al., 1994; Corbière et al., 2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure du fonctionnement social (17 questions)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstacles au fonctionnement</li> <li>- Adaptation à la vie quotidienne</li> <li>- Compétences sociales</li> <li>- Problèmes de comportement</li> </ul> </li> <li>• Complété par l'intervenant, 20-30 min.</li> </ul>
<b>Complété par l'équipe de recherche</b>	
Entrevue Clinique structurée pour le DSM-IV (SCID) (Spitzer et al., 1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure du diagnostic (axe I)</li> <li>• Entrevue auprès du patient et collecte de données au dossier médical, 120-180 min.</li> </ul>
<i>Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery</i> (CANTAB) (Robbins et al., 1994; Elliot & Sahakian, 1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure du fonctionnement cognitif (4 tâches):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination visuo-motrice (<i>Motor Screening, MOT</i>)</li> <li>- Temps de réaction (<i>Reaction time, RTI</i>)</li> <li>- Mémoire visuelle (<i>Paired Associates Learning Task, PAL</i>)</li> <li>- Mémoire de travail et planification (<i>Stockings of Cambridge, SOC</i>)</li> </ul> </li> <li>• Tâches sur ordinateur par le patient, 45-60 min.</li> </ul>

Après compilation des données, des analyses statistiques ont été effectuées. Des analyses descriptives ont d'abord permis de dresser un portrait des patients dans chacun des milieux et globalement. Des analyses de variance à mesures répétées ont ensuite été effectuées afin de relever la présence d'améliorations significatives et ainsi documenter l'évolution des patients en cours de programme IPT. Pour s'assurer de la pertinence d'analyser les données sans considérer le milieu d'appartenance (étant donné des milieux très différents au départ), des analyses de parallélisme (pour vérifier l'interaction) ont été effectuées. L'analyse des données sans considération du milieu (n total) a été effectuée dans la seule condition où les profils d'évolution de chacun des milieux étaient parallèles. Si cette condition n'était pas respectée, les analyses de variance étaient effectuées en regroupant les milieux selon leurs profils d'évolution. Ainsi, les biais associés aux différences d'évolution entre les milieux (non-parallélisme) qui auraient pu minimiser ou maximiser l'effet du programme IPT étaient contrôlés. L'ensemble de ces analyses ont été effectuées à l'aide de deux logiciels d'analyse statistique (SPSS et SAS).

La taille de l'effet du programme (*effect size*)(Cohen, 1988) a également été calculée pour l'ensemble des mesures de l'étude afin de la quantifier et de la comparer aux résultats obtenus dans d'autres études d'efficacité du programme IPT.

Il est à noter qu'en cours de projet, d'autres interventions (ou événements) ont pu survenir et influencer l'état de santé et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie (changement de médication, augmentation des stressors de l'environnement, autres interventions psychosociales, etc.). L'étude ne prétend pas les contrôler ou les soustraire à l'efficacité spécifique du programme IPT mais plutôt les considère comme étant représentatif d'un contexte clinique habituel. Le devis proposé tente d'identifier l'amélioration de l'état de santé par l'ajout d'un programme de réadaptation au plan de traitement habituel.

*Objectif 2: Évaluer le niveau de satisfaction au programme IPT*

Afin de documenter le niveau de satisfaction des participants et des intervenants, plusieurs méthodes ont été utilisées. D'abord, les participants de chaque site ont été rencontrés à deux reprises en entrevue de groupe, soit en milieu de programme et à la fin, lors d'une séance IPT (voir canevas d'entrevue à l'annexe IV-4). Ces rencontres ont permis de documenter à la fois ce qu'ils ont le plus et le moins aimé et quel a été l'impact du programme sur leur vie quotidienne. De plus, un questionnaire maison leur a été remis pour évaluer leur niveau de plaisir à participer au programme et pour y situer les bénéfices qu'ils en ont retiré (voir questionnaire à l'annexe IV-5).

Aussi, les cliniciens avaient à compléter un journal de bord après chaque séance IPT (voir journal de bord à l'annexe IV-6). Ce journal documentait le contenu de la séance et l'appréciation du déroulement de la rencontre. Selon l'expérience et l'observation du niveau de satisfaction des participants, il a été possible pour les intervenants de situer les éléments appréciés et à améliorer dans le programme. De plus, en fin d'implantation, les intervenants ont été rencontrés en entrevue de groupe dans chacun des milieux (voir canevas d'entrevue à l'annexe IV-7). Ils ont eu à valider l'information recueillie dans les journaux de bord ainsi qu'à commenter avec du recul leur appréciation générale du programme IPT.

L'ensemble de ces données (entrevues et journaux de bord) a été analysé et synthétisé à l'aide de méthodes d'analyses qualitatives (analyse de contenu). Pour les journaux de bord, le logiciel Atlas-TI a été spécifiquement utilisé. Chaque commentaire a d'abord été codifié selon la nature générale du commentaire: commentaire positif, négatif ou relatif à une modification dans le programme. Par la suite, chaque commentaire a été repris et recodifié selon l'exercice auquel il réfère et, selon son contenu spécifique: contenu relatif aux buts et qualités des exercices, au processus de groupe, à la qualité du programme dans son ensemble et aux types de modifications effectuées (voir

lexique à l'annexe IV-8). L'analyse des journaux de bord, complétée par le contenu des entrevues, a permis de dresser un portrait global de satisfaction du programme IPT (indépendant du milieu).

Les données du questionnaire de satisfaction utilisé auprès des participants ont quant à elles été compilées et analysées (analyses de fréquence) dans un logiciel d'analyse statistique (SPSS).

Enfin, la mise en commun de l'ensemble de ces données de satisfaction a permis d'identifier:

- les bienfaits subjectifs du programme IPT sur la clientèle atteinte de schizophrénie,
- les éléments appréciés et essentiels à maintenir dans le programme IPT,
- les éléments à documenter davantage pour une meilleure compréhension et application du programme,
- les éléments à modifier et/ou ajouter pour une version plus adaptée au contexte québécois.

#### La collecte et l'analyse des données pour l'analyse d'implantation de type 1

##### *Objectif 3: Documenter les différences de mise en œuvre du programme IPT*

L'analyse de l'implantation de type 1 a d'abord consisté en une étude approfondie de la mise en œuvre du programme IPT pour chacun des milieux. Pour ce faire, des relevés systématiques de la mise en œuvre (même journaux de bord que dans l'évaluation de la satisfaction, voir annexe IV-6) ont été complétés par les intervenants à chacune des séances IPT. Ils ont permis de documenter la date et la durée de la rencontre, la présence de chacun des patients et des intervenants, le contenu de la séance (exercices faits, non-faits ou modifiés), le matériel utilisé et la satisfaction générale.

Ces données ont été compilées dans une base de données (EXCEL) (voir exemple à l'annexe IV-9) et transférées si nécessaire dans un logiciel d'analyse

statistique (SPSS). Ainsi, il a été possible d'identifier pour chacun des milieux les taux de fréquentation au programme pour chacun des participants et au total, les désistements, le nombre de thérapeutes impliqués, le rythme de chacun des modules, le contenu enseigné ainsi que le niveau de modifications ou d'ajouts effectués. L'ensemble de ces données a permis de dresser un portrait de la mise en œuvre du programme IPT pour chacun des milieux et d'en faire la comparaison (voir grille de comparaison à l'annexe IV-10). L'analyse, qui, dans un premier temps, était indépendante du milieu (pour évaluer la satisfaction globale (objectif #2)), s'intéresserait cette fois-ci aux différences inter-milieux.

Dans le but de valider l'information auprès des intervenants, un document synthèse leur a également été remis. Des corrections et ajouts ont été effectués à leur demande et selon leurs commentaires.

*Objectif 4: Comprendre l'influence des composantes contextuelles sur la mise en œuvre du programme IPT*

L'analyse de l'implantation de type 1 a été complétée par des entrevues de groupes réalisées auprès des intervenants. Ces entrevues (une par milieu) ont permis de valider l'information recueillie dans les journaux de bord mais surtout de documenter le processus d'implantation. Les entrevues ont permis de questionner les intervenants sur les conditions favorables ou non à l'implantation du programme IPT dans leur milieu. Seule la perception des intervenants ayant appliqué le programme a été collectée. Ils ont été questionnés sur leur formation et expérience clinique, les valeurs professionnelles qu'ils préconisent, leur motivation à participer au projet, leur perception de l'implication des autres acteurs et sur les stratégies qu'ils ont utilisées pour faire face aux difficultés (voir canevas d'entrevue à l'annexe IV-7). Ils ont eu à repasser l'histoire de l'arrivée du programme IPT en s'intéressant spécifiquement à trois moments clés du processus:

1. la pré-implantation lorsque le programme a été discuté,
2. l'implantation du programme (la mise en œuvre),

3. le moment de l'entrevue lorsque le maintien du programme est envisagé.

Les entrevues de groupe ont été privilégiées aux entrevues individuelles étant donné l'objectif de documenter le contexte de façon exploratoire et selon la perspective du groupe d'intervenants IPT plutôt que selon chacun des individus.

Les entrevues ont été retranscrites et analysées selon les procédures de l'analyse qualitative (analyse de contenu) afin de documenter les variables ayant pu affecter l'implantation et le fonctionnement du programme IPT dans chacun des milieux. Deux modèles théoriques ont guidés la codification (voir lexique et grilles d'analyse à l'annexe IV-11).

D'abord, la théorie du comportement interpersonnel de Triandis (1980) a été utilisée pour évaluer les facteurs qui ont pu influencer la motivation et la capacité d'agir des intervenants. Les convictions personnelles, les conséquences perçues, l'affect, les facteurs sociaux internalisés ainsi que l'expérience et les habitudes des intervenants ont été considérés et codifiés. Les actions entreprises et envisagées tout au long de l'implantation ont aussi été rapportées. Elles ont permis de mieux comprendre les stratégies utilisées pour faire face aux difficultés.

Par la suite, le modèle de Hinnings et Greenwood (1988) a permis de documenter le contexte organisationnel du milieu en permettant d'identifier et d'analyser les structures et groupes d'acteurs impliqués et ce, à chacun des moments clés. Pour chacun de ces groupes d'acteurs (et pour les trois moments identifiés), les données ont été organisées selon le concept d'archétype. La notion d'archétype organisationnel tient compte de l'ensemble des composantes d'un système et de leur cohérence entre elles. Le système (spécifique à un groupe d'acteurs dans ce cas-ci) est alors décrit:

- par ses structures et processus formels et informels (la configuration organisationnelle),

- par les idées, valeurs et croyances qui les sous-tendent (les schèmes interprétatifs),
- par la concordance entre ces deux parties.

Il y a cohérence interne lorsque les structures et processus renforcent et reflètent les schèmes interprétatifs. Ce deuxième modèle a donc permis de caractériser les groupes d'acteurs impliqués et d'identifier leur cohérence interne et leur convergence pour permettre l'implantation du programme IPT.

Ces deux modèles théoriques ont été choisis car ils permettent à la fois de documenter les niveaux individuel et organisationnel dans l'adoption d'une innovation. Le modèle de Triandis (1980) permet d'identifier les variables propres à l'individu en ce qui a trait à ses valeurs, ses attitudes et son comportement. Le modèle de Hinnings et Greenwood (1988), quant à lui, permet une analyse dynamique du changement organisationnel en considérant non seulement les structures, les processus et les schèmes interprétatifs de l'organisation mais également leur interaction dans le temps.

Tout au long de l'étude, les membres de l'équipe de recherche (coordonnatrice et assistants de recherche) ont également tenu un journal de chercheur pour documenter leurs interventions auprès de chacun des milieux et leurs réflexions quant à l'implantation du programme. Ce journal a été analysé suivant une méthodologie d'analyse qualitative (analyse de contenu) et a permis de documenter le niveau d'implication de l'équipe de recherche pour chacun des milieux, la relation entre le chercheur et les intervenants, la perception du climat de travail et de la dynamique de groupe IPT ainsi que la motivation et la capacité d'agir des intervenants (voir lexique et grilles d'analyse à l'annexe IV-12). Il a permis de compléter la perception des intervenants en ce qui a trait à la mise en œuvre et au contexte d'implantation.

D'autres informations disponibles sur les milieux et pertinentes pour documenter le contexte d'implantation ont également été identifiées : âge

moyen des participants, niveau de fonctionnement des participants à l'entrée dans le programme, poste occupé par les intervenants et affiliation professionnelle, nombre d'années d'expérience en psychiatrie, type d'hôpital et service où l'IPT est implanté, etc. (voir annexe IV-13). Elles ont permis de compléter les données déjà recueillies.

Finalement, afin de réunir ces différents facteurs qui ont pu influencer pour chacun des milieux 1-la décision d'implanter l'IPT, 2-la mise en œuvre du programme et, 3-son maintien, des tableaux synthèses ont été mis sur pied (voir lexiques et grilles de comparaison à l'annexe IV-14). Ainsi, il a été possible de comparer les caractéristiques des intervenants particulièrement leur motivation et capacité d'agir, l'implication des autres groupes d'acteurs incluant l'équipe de recherche ainsi que les caractéristiques de la population desservie et du milieu clinique. Ces comparaisons se sont faites selon deux perspectives: transversale pour chaque moment clé et longitudinale pour une analyse temporelle du changement organisationnel.

De façon plus détaillée, l'analyse transversale a permis:

1-de comprendre la motivation et le pouvoir d'action des intervenants dans le processus décisionnel entourant l'implantation du programme IPT, l'influence des autres acteurs et d'identifier le leadership émergent et les mécanismes de prise de décision,

2-de comprendre les différents contextes de mise en œuvre, les stratégies utilisées et l'apport de l'expérience dans la gestion des difficultés afin d'identifier les capacités requises pour une mise en œuvre supérieure du programme,

3-de comprendre, en considérant les résultats obtenus, la motivation des intervenants à maintenir le programme et d'identifier les contraintes perçues.

En rassemblant l'information recueillie pour chaque moment clé et en les analysant d'une façon temporelle, l'analyse longitudinale a, quant à elle, permis



d'explorer la perspective de maintenir le programme IPT dans chacun des milieux. Selon Hinnings et Greenwood (1988), pour maintenir une innovation, un milieu doit disposer d'une cohérence interne favorable à l'innovation ou entamer un changement de cohérence par une modification de ces schèmes interprétatifs ou de ces structures et processus. En regardant l'évolution de la cohérence interne pour chacun des milieux et les modifications survenues, cette deuxième étape a permis une meilleure compréhension du changement organisationnel.

Selon le modèle de Hinnings et Greenwood, (1988), quatre archétypes illustrent les possibilités de se transformer ou d'innover:

1. la transformation réussie à l'intérieur d'une même cohérence (inertie),
2. la transformation réussie par une réorganisation et un changement de cohérence (réorientation),
3. la transformation interrompue,
4. la transformation échouée.

Chaque milieu a donc été associé à l'un de ces archétypes afin d'identifier ses possibilités de maintenir le programme.

La période de temps très courte entre la fin de la première application et l'entrevue post-processus ne permettait cependant pas de juger entièrement du maintien du programme.

#### **4.4 La validité de la stratégie de recherche**

##### La validité de l'analyse des effets

Le devis utilisé dans l'analyse des effets du programme IPT (de type avant-après sans groupe témoin) présente plusieurs biais qui menacent sa validité.

Au niveau de la validité interne, des biais d'histoire et de maturation, la régression vers la moyenne, l'accoutumance au test, la mesure des effets et l'interaction entre les caractéristiques des sujets et des événements autres que

l'intervention sont possibles. Le devis utilisé ne permet pas de contrôler parfaitement la situation expérimentale et donc d'isoler l'effet spécifique du programme IPT (ce que l'on recherche généralement par la randomisation ou la comparaison à un groupe contrôle). En effet, le projet s'inscrit dans une démarche d'analyse de cas ancrée dans la réalité (*Real World Research*, Robson, 1993) et tente de modifier le moins possible la procédure habituelle de mise en œuvre d'un nouveau programme. Le but du projet n'est pas de répliquer une étude d'efficacité randomisée mais bien, d'évaluer si le programme IPT en contexte clinique habituel (en complémentarité à d'autres interventions déjà offertes) favorise l'amélioration de l'état de santé des participants. La démarche proposée respecte le plus possible les contraintes des milieux cliniques et s'insère dans les approches participatives d'évaluation de programme et la recherche en contexte naturel (Alkin, 2004; Champagne et al., en préparation; Robson, 1993). L'utilisation d'une procédure standardisée au niveau de la mesure des effets, le cadre de l'intervention clairement défini ainsi que la comparaison des résultats aux autres études évaluatives permettent néanmoins de s'assurer d'une certaine validité interne et de la rigueur de la démarche.

Au niveau de la validité externe, plusieurs biais d'interaction sont possibles: entre les composantes de l'intervention, entre l'intervention et l'accoutumance aux tests, entre l'intervention et la situation expérimentale et entre la sélection des sujets et l'intervention. Le choix et la comparaison de divers milieux représentatifs des milieux concernés permettent de répondre aux biais mentionnés. De plus, étant donné le processus de sélection des participants, on peut penser qu'ils représentent la clientèle variée atteinte de schizophrénie qui participe habituellement à ce type d'intervention de réadaptation.

Pour la collecte et l'analyse des données qualitatives de satisfaction, plusieurs moyens seront présentés en détails dans la section suivante sur l'analyse d'implantation. Il s'agit de l'enregistrement mécanique des données, de leur retranscription intégrale, du principe de triangulation, de la confirmation auprès

des informateurs, de la codification par lexique, de la recodification intra et inter juge et de la consultation d'experts.

#### La validité de l'analyse d'implantation de type 1

Dans cette partie de l'étude, qui relève davantage de la recherche qualitative, plusieurs moyens ont été utilisés pour s'assurer de répondre aux exigences d'une étude de qualité. Ils ont permis de s'assurer de la fidélité et de la validité des données, de la validité interne de la démarche, de l'objectivité du chercheur ainsi que de la transférabilité des conclusions (Laperrière, 1997; Van der Maren, 1995, 1997).

Tout d'abord, pendant la collecte de données, le chercheur s'est assuré d'avoir accès à des données le plus près possible de la réalité. Pour ce faire, il a enregistré mécaniquement le contenu des entrevues, fait préciser le contenu des journaux de bord incomplet ou imprécis et fait retranscrire intégralement les données recueillies. De plus, en utilisant plusieurs méthodes de collecte de données (entrevues, journaux de bord, journal du chercheur), il a été possible de trianguler l'information et de s'assurer de la validité de l'information recueillie en ce qui a trait à la mise en œuvre du programme IPT et à son contexte d'implantation. La présence importante de l'équipe de recherche dans les différents milieux a permis au chercheur de s'imprégner du contexte et d'avoir accès de façon informelle à de l'information importante. Enfin, pour s'assurer de la fidélité de données, un document synthèse a été remis aux intervenants pour qu'ils confirment l'information et amènent des corrections et/ou ajouts.

L'analyse des données a également suivi une méthodologie minutieuse. La codification a d'abord été guidée par des modèles théoriques reconnus et une définition opérationnelle et très précise des codes. Plusieurs lexiques ont été créés et utilisés (voir annexes IV-8, IV-9 et IV-10). La construction des catégories a tenté cependant de rester le plus près possible du matériel initial pour permettre des conclusions concrètes et transférables aux cliniciens. Après avoir codé l'ensemble du matériel, le chercheur a également recodé les premiers

documents pour s'assurer de l'uniformité du codage et pour tenir compte de l'évolution du lexique en cours de codification. L'analyse a tenté le plus possible de pondérer l'évidence en donnant plus de poids aux sources fiables:

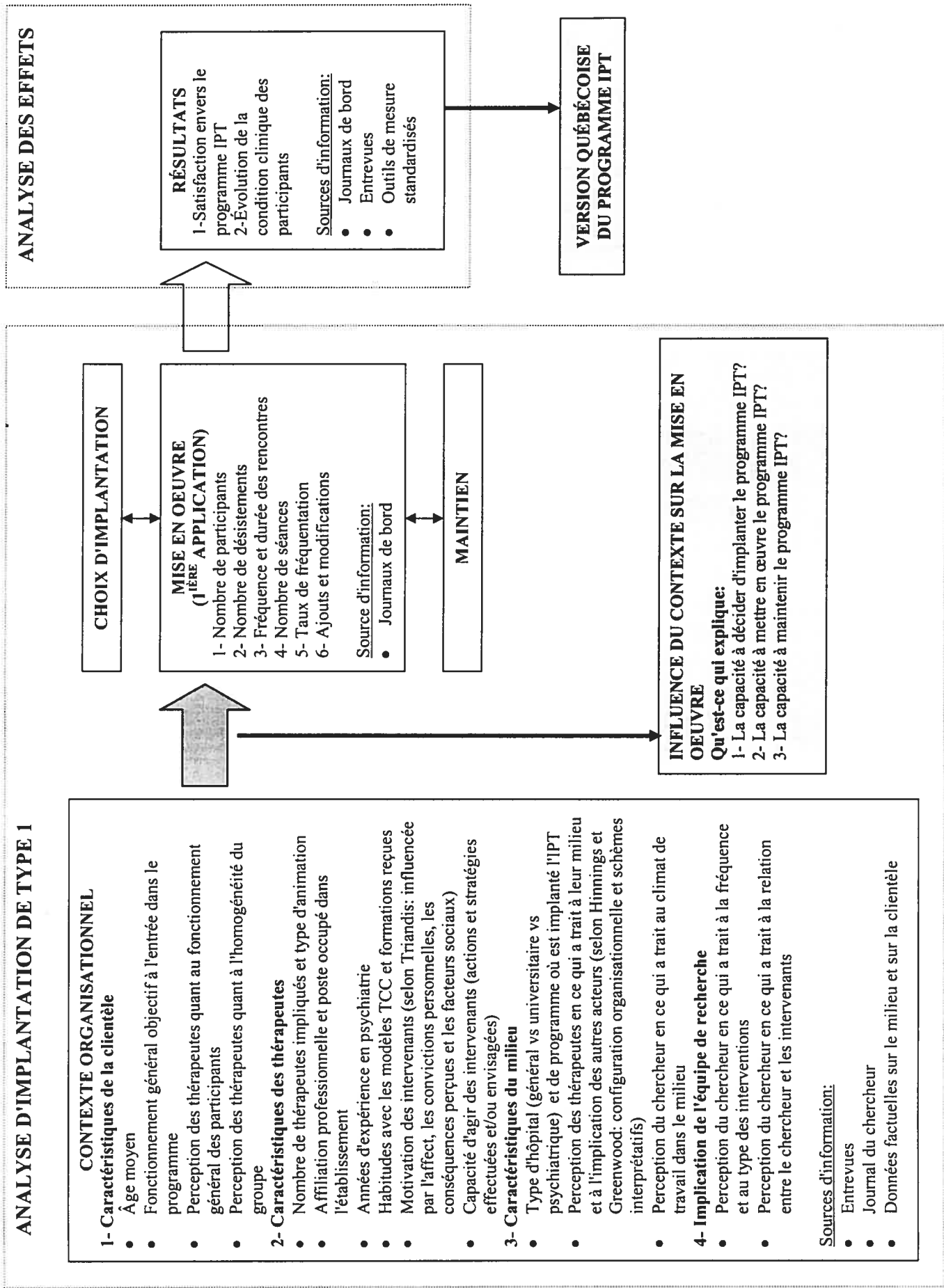
- faits observés vs perceptions,
- données fournies spontanément vs données obtenues par questions précises,
- collecte formelle vs discussion informelle rapportée dans le journal du chercheur.

De plus, des experts ont été consultés à plusieurs reprises pour s'assurer de l'objectivité des conclusions énoncées. Tout au long de la collecte et de l'analyse des données, une documentation détaillée des procédures a aussi été complétée.

Enfin, pour s'assurer de la transférabilité des résultats et de leur potentiel de généralisation à d'autres milieux, l'étude s'est assurée de disposer d'une diversité d'expériences et d'être représentative des milieux concernés par ce type de programme. En s'intéressant spécifiquement au processus d'implantation et au pouvoir d'action des acteurs impliqués, il est possible de discuter des avantages et des limites associés à l'instauration du programme IPT, d'en évaluer la faisabilité dans d'autres milieux et de l'ajuster à des contraintes différentes. Ainsi, d'autres milieux qui voudront implanter le programme IPT auront à leur disposition des expériences réelles et contextualisées qu'ils pourront généraliser en regard de leur propre situation.

La figure IV-1 permet de synthétiser, pour l'ensemble des quatre questions de recherche, les variables étudiées et leurs sources d'information.

Figure IV-1. Synthèse des variables et des sources d'information



#### **4.5 Le respect des règles d'éthique**

##### Les avantages et les risques de la recherche

Par ce projet, les participants bénéficient d'un programme innovateur de réadaptation psychosociale que l'on considère le plus à jour en ce qui a trait à la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie. De plus, tous les participants sont investigués à l'aide de nombreux questionnaires, permettant ainsi une meilleure analyse de leurs besoins. Les sujets ne reçoivent aucun dédommagement financier pour leur participation.

Les sujets ont comme risques de recevoir un traitement : 1-soit plus efficace que le programme habituel, 2-soit équivalent. Le programme IPT a fait ses preuves par de nombreuses études expérimentales. De plus, l'utilisation du programme IPT par le groupe de Luc Nicole à l'Hôtel-Dieu de Lévis (Nicole et al., 1999) confirme les nombreux bénéfices pour la personne atteinte de schizophrénie de participer à ce programme.

Quoi qu'il en soit, pour pallier les risques éventuels, dans le cas où l'IPT s'avérerait équivalent à l'intervention déjà offerte en terme d'efficacité, le milieu de pratique sera à même de juger de l'utilisation ou non du programme IPT dans les années suivantes. Les données en ce qui a trait à l'efficacité d'un tel programme pourront ainsi venir alimenter la prise de décision. Bien entendu, dans le cas où l'IPT s'avérerait plus efficace, le milieu de pratique ayant reçu la formation en ce qui a trait à son application pourra, dans les années qui suivent l'étude, l'intégrer à sa programmation.

##### Le consentement libre et éclairé des sujets

Les sujets-patients ont été à même de prendre une décision éclairée quant à leur implication au projet de recherche étant donné, d'une part, qu'aucun élément du projet ne leur a été caché, et d'autre part, qu'ils connaissent en majorité l'intervention de groupe (voir formulaires de consentement à l'annexe IV-1). En général, les patients recrutés pour l'étude ont déjà été impliqués dans des

activités de groupe et connaissent souvent très bien d'autres programmes au niveau des habiletés sociales et de résolution de problèmes. Il a donc été beaucoup plus facile pour eux de comprendre ce qu'impliquait le programme IPT. Les intervenants des milieux ont rencontré de façon systématique tous les patients intéressés au projet de recherche afin de leur parler du projet, répondre à leurs questions, etc. De plus, la coordonnatrice du projet de recherche pouvait sur demande se rendre sur place pour les rencontrer ou ils pouvaient la contacter par téléphone.

Pour les sujets-intervenants, un formulaire de consentement leur a également été remis (voir à l'annexe IV-2). Il a été signé en présence de la coordonnatrice du projet qui leur a expliqué le projet et au besoin, a répondu à leurs questions. Ils pouvaient ainsi faire un choix libre et éclairé en ce qui a trait à leur participation au projet.

#### Le respect de la confidentialité et de l'anonymat

Seuls les intervenants qui animent les groupes et qui font passer les questionnaires et le personnel de recherche ont eu accès aux données fournies par les participants. En aucun temps, lors de publications ou de présentations, il ne sera possible d'identifier une personne en particulier. Les informations vont concerner un groupe de personnes sans possibilité d'identifier une personne en particulier. Il en va de même pour les intervenants et milieux impliqués dans l'analyse d'implantation. En aucun temps, il ne sera possible pour un lecteur externe d'identifier les intervenants ou le milieu concerné par l'analyse. Un soin tout particulier a été pris par le chercheur pour empêcher qu'un lecteur fasse le lien entre les milieux et les résultats présentés dans l'analyse du contexte de mise en œuvre. Les cas présentés sont dépersonnalisés afin qu'ils deviennent des archétypes de comparaison pour d'autres milieux intéressés à l'implantation du programme IPT.

## Chapitre V. Résultats de l'étude

Ce chapitre de la thèse présente les résultats de l'étude sous forme de trois articles scientifiques. Ce choix a été autorisé par la Faculté des études supérieures et l'ensemble des coauteurs (voir annexe V-1).

Le premier article répond au premier objectif de l'étude en ce qui a trait à l'analyse de l'effet pragmatique du programme IPT. Il a été accepté pour publication au *Journal of Nervous and Mental Disease* pour une accessibilité internationale des résultats.

Le deuxième article répond au deuxième objectif de l'étude en ce qui a trait à l'évaluation du niveau de satisfaction envers le programme IPT. Il a été publié dans la revue *Santé Mentale au Québec*. Il se veut être un article clinique pour une application du programme IPT plus efficace et adaptée au contexte québécois.

Le troisième article répond aux deux derniers objectifs de l'étude en ce qui a trait à l'analyse de l'implantation de type 1. Il s'attarde à l'influence des variables contextuelles sur la mise en œuvre du programme IPT. Il a été soumis à la revue *Politiques de Santé*.



### 5.1 L'efficacité pragmatique du programme *Integrated Psychological Treatment*

Briand, C., Vasiliadis, H., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (sous presse). Including Integrated Psychological Treatment (IPT) as part of standard medical therapy for patients with schizophrenia: I. clinical outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

**Including Integrated Psychological Treatment (IPT) as part of  
standard medical therapy for patients with schizophrenia: I.  
clinical outcomes.**

**Briand, Catherine, OT, MSc, PhD Candidate <sup>1</sup>**

**Vasiliadis, Helen-Maria, MSc, PhD <sup>1</sup>**

**Lesage, Alain, MD, MPhil <sup>1</sup>**

**Lalonde, Pierre, MD <sup>2</sup>**

**Stip, Emmanuel, MD, MSc<sup>1,2</sup>**

**Nicole, Luc, MD, MSc <sup>2</sup>**

**Reinharz, Daniel, MD, PhD <sup>3</sup>**

**Prouteau, Antoinette, MSc, PhD <sup>1</sup>**

**Hamel, Virginie, MPs <sup>1</sup>**

**Villeneuve, Kathe, OT <sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> *Centre de recherche Fernand-Seguin of Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada*

<sup>2</sup> *Clinique Jeunes Adultes (CJA), a specialized clinic for young psychotics, at Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada*

<sup>3</sup> *Département de Médecine Sociale et Préventive of Université Laval, St-Foy, Canada.*

## **ABSTRACT**

**Objectives:** To assess the clinical outcomes associated with including Integrated Psychological Treatment (IPT) to standard medical therapy in nine regular clinical settings.

**Methods:** Nine clinical teams integrated the complete IPT program (six hierarchically arranged subprograms) to their respective standard medical therapy for outpatients with schizophrenia. A total of 90 patients, young adults to long-term mentally ill patients, participated in the program. Patients were evaluated using standardized instruments at four time periods: (i) prior to including the IPT program, (ii) after the first three IPT subprograms, (iii) at the end of IPT, (iv) 3-4 months post-IPT.

**Results:** The IPT program was associated with positive results. Patients improved in terms of overall symptoms, subjective experiences, cognitive and social functioning, and quality of life.

**Conclusions:** IPT is one of the most up-to-date programs to address the rehabilitation needs of persons suffering from schizophrenia. The experience of nine clinical settings suggests that IPT can successfully be included as part of standard medical therapy in the rehabilitation of patients with schizophrenia.

**Key words:** Schizophrenia, IPT, cognitive behaviour therapy, rehabilitation, clinical outcomes.

## **INTRODUCTION**

Integrated Psychological Treatment (IPT) is a cognitive-behavioral group program intended for persons suffering from schizophrenia that comprises six hierarchically arranged subprograms (Brenner et al., 1994; Pomini et al., 1998). The effectiveness of IPT has been demonstrated in 26 independent evaluations worldwide (Brenner et al., 1992; Müller et al., 2003). IPT has caught the interest of many clinical teams in Quebec (Canada). This study reports the clinical outcomes associated with including IPT to standard medical therapy in nine Quebec clinical settings. This prospective study focuses on evaluating the 6 subprograms of IPT on a cohort of outpatients suffering from schizophrenia. Outcomes of interest included overall symptoms (schizophrenia-related), subjective experiences, cognitive and social functioning, and quality of life.

## **IPT PROGRAM**

IPT (Brenner et al., 1994; Pomini et al., 1998) is designed for groups of 8-12 patients who meet twice a week for one year. The program, administered by mental health professionals, consists of about 85 sessions lasting one and a half hours. The program's goal is to enhance the quality of life of patients by improving their psychosocial functioning and the ability to cope with environmental stressors of daily life.

IPT comprises six hierarchically arranged subprograms that deal with cognitive deficits, perceptual deficits, verbal communication, social skills, emotional management and problem solving (Figure 1). Each of these six modules

includes exercises that complicate the task at hand gradually. The complexity of these exercises also increases over the course of each module. The three domains of increasing complexity include:

1. level of cognitive difficulty and complexity,
2. degree of social interaction,
3. degree of emotional implication.

In vivo sessions (in natural settings outside of clinics) were added to the Quebec version (Briand et al., 2005) of the IPT in order to help patients generalize the skills and strategies that they acquire; in vivo sessions (two by module) were carried out in tandem with the six subprograms. Accordingly, patients get to exercise their group-learned acquisitions in a real-life context as therapists progressively reduce their support and gradually foster the patients' autonomy. In the social skills subprogram, for instance, patients would have to prepare questions that they would ask when visiting community agencies on topics related to services offered.

Moreover, to help consolidate the gains made during the six IPT modules, the Quebec version recommends adding six booster sessions at the end of the program staggered at increasingly long intervals. These serve not only to review the concepts covered in the IPT sessions and to strengthen the skills and strategies learned, but also to support the patients' social insertion by facilitating the shift from an intensive rehabilitation group to social activities in the community. Figure 1 illustrates the IPT program as included in Quebec's health care centers.

**((insert Figure 1))**

## **MATERIAL AND METHODS**

### **Selection of clinical teams**

Twenty-six mental health professionals from nine different clinical teams (see list in the acknowledgement section) included the IPT program in their respective settings in 2001-2002. Of these, 23 were occupational therapists, 2 were psychiatric nurses and 1 was a social worker. These clinical sites, which differed in terms of geographical location and university affiliation, offered the IPT program to patient groups at different stages in the course of schizophrenia.

Sites and groups included:

- 2 specialized clinics for young adults at early stages of the disease (first-episode clinics),
- 4 outpatient psychiatric clinics (community mental health clinics),
- 3 clinics for the long-term mentally ill (i.e., supervised residential settings and long-stay rehabilitation wards).

All mental health professionals were trained by two occupational therapists and one psychiatrist, all three from the *Hôtel-Dieu de Lévis* Hospital in Quebec (Nicole et al., 1999), which houses the first clinic to implement IPT in Quebec, whose staff was trained directly by Drs. Hodel and Pomini of Brenner's team.

### **Selection of patients**

Clinical teams selected candidates for the IPT program among their current schizophrenia patient population. Selection criteria were the following:

1. patients had to be followed by a psychiatrist in the Department of Psychiatry of the study center,
2. clinically diagnosed with schizophrenia according to the DSM-IV criteria,
3. judged stable and capable of taking part in a group rehabilitation program (i.e. patient was compliant with medication, cooperated with mental health professional and was not deemed hostile).

The only exclusion criterion was a secondary diagnosis of moderate to severe mental retardation. Each study center recruited 8-14 patients for a total of 90.

### **Standard regimen**

Apart from participating in the IPT program, the patients continued with the standard psychiatric regimen care provided by a multidisciplinary mental health team (psychiatrists, nurses, occupational therapists, social workers and psychologists) in their respective centers. Given the intensity of the IPT program, it became the primary rehabilitation therapy for patients. Together, mental health professionals provided a wide array of pharmacological and psychosocial treatments. Team members also worked in collaboration with therapists from community agencies (housing, leisure activities, etc.).

## Design

A quasi-experimental design with repeated measures was used. All patients were assessed at four different times:

T0: prior to integrating the IPT program,

T1: after the first three IPT subprograms (about 4-12 months after T0),

T2: at the end of IPT (after completing the six subprograms; about 10-19 months after T0),

T3: 3-4 months after the end of IPT (about 14-23 months after T0).

The *Hôtel-Dieu de Lévis* Hospital experience with the IPT program showed that the application of the program could be flexible and adapted to patients' needs. A different pace of application for each module, according to group characteristics, proved clinically relevant. Consequently, we left the pace of application to the discretion of the mental health professionals of each study group. In our study, the cumulative IPT intervention time in each clinical site (two sessions a week for all nine sites) totaled an average of 127 hours per site (90 to 161 hours per site). This was more than twice the time normally allotted to the IPT program in other centers (Müller et al., 2003). The vocational training and cultural background of mental health professionals in Quebec, as well as the structure of outpatient services, allow this pace and flexibility of application.



### **Assessment tools**

A selection of standardized measures (Table 1) was used to assess psychopathology, cognition, global functioning and quality of life.

**((insert Table 1))**

### **Analysis**

The effect of follow-up (time effect) was analyzed using the repeated measures linear mixed model from the SAS statistical software version 8.0 (ANOVA T0-T1-T2-T3) (Wolfinger and Chang, 1995). The analysis design consisted of 9 groups (sites) X 4 repeated measures, which included a time and group effect, and their interaction [see profile analysis in Tabachnick & Fidell, 2001]. We introduced the group factor in order to justify analysis of the global evolution of the nine sites (grouped together) over time. Seeing how the sites were chosen for their diversity, we wanted to ensure the absence of a group-by-time interaction (parallelism test). Such an interaction would have indicated an absence of parallelism across the groups' evolutionary pathways. When an interaction was observed, each group was analyzed separately. Different profiles of evolutionary pathways were then highlighted. When an interaction was not significant, analyses were repeated without the group factor. Finally, the Bonferroni multiple comparison procedure was used to analyze the set of pairwise comparisons.

## **RESULTS**

### **Characteristics of patients**

Almost all the subjects were French-speaking (88%), Caucasian (94%) and Canadian-born (96%), and nearly three quarters (72%) were male. Mean age was 32.7 years (range=18-66; SD=11.87), mean years of schooling were 11.7 (range=7-18; SD=2.30), and mean duration of illness was 6.8 years (range=0-38; SD=8.74). Prior to starting the IPT program, 99% of the subjects were on antipsychotic medication, of which 63% on second-generation antipsychotics and 34% on typical or conventional antipsychotics.

Once all patients were recruited by the clinical teams, the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) was administered to establish their Axis I diagnosis. All but one of the 90 patients was evaluated during the IPT program: 78% were diagnosed with schizophrenia and 19% with schizoaffective disorder; one person received a diagnosis of schizophreniform disorder and two of some other psychosis.

### **IPT participation**

Of the 90 eligible participants, 55 (61%) completed the IPT program. The remaining 35 withdrew during the follow-up period:

- 29 for reasons related to illness (positive or negative symptoms, hospitalization, personality disorders, etc.),

- 4 for reasons related to occupation (return to work, participation in community activities, etc.),
- 2 simply moved away.

Only one out of these 55 patients refused to complete the measures at the last test time (T3). Consequently, for the measures (see Table 1) requiring the patient's presence (CANTAB, FCQ, CASIG-S), results were available at four test times for 54 subjects (except for two subscales of the CASIG, namely, Symptoms (n=52) and Quality of Life (n=53), where certain subjects did not complete the questionnaire, and for the MOT of the CANTAB, where technical problems during testing forced us to eliminate a site from this particular analysis (n=49)). However, data were available for the four test times (n=55) for all measures completed by therapists alone (MCAS, CASIG-I-Symptoms). Post-hoc analyses were performed to compare baseline scores (T0) of patients who completed the IPT program and those who withdrew. Differences were observed in measures obtained with the Adjustment to Living Habits and Behavior Problems subscales of the MCAS. At baseline, the dropouts scored lower in daily living skills (poor ability to manage money, dependence in daily life, non-acceptance of illness) and had more behavior problems (medication non-compliance, lack of cooperation with treatment providers, alcohol/drug abuse and poor impulse control). No significant difference was observed with respect to the other measures. It should be noted that the IPT attendance rate for

patients who withdrew was 27% compared with 83% for those who completed the program (significance threshold of .05).

Other post-hoc analyses confirmed the differences between the nine groups, as expected. Prior to starting the IPT program, the nine sites were significantly different (significance threshold of .05) in terms of:

- age,
- duration of illness,
- cognitive functioning (CANTAB),
- perceived symptomatology (FCQ and CASIG-S-Symptoms),
- social functioning (MCAS, CASIG-S-Social and Independent Living Skills).

At T0, no significant difference was observed regarding:

- years of schooling,
- symptomatology scored by mental health professionals (CASIG-I-Symptoms),
- perceived cognition (CASIG-S-Cognition), ,
- quality of life (CASIG-S-Quality of Life).

### **Patient outcomes**

Tables 2 through 4 summarize the results of the analyses, showing the F values for the group-by-time interaction and for the time effect. When the interaction was non-significant, the F values represent the time effect without the group

factor. However, when the interaction was significant, the *F* values are displayed in italics to remind us that the interaction compelled us to examine the different pathways that ensued. Results for each profile are presented following the same procedure.

*Overall symptoms:* Both versions of the CASIG (self-report and informant) were used to evaluate overall symptoms. In one, the patient performed the evaluation, in the other, the therapist did. The questions were identical in both versions and yielded a single score. Whether they were scored by patients or health professionals, a significant time effect was observed for overall symptoms (Table 2). Patients observed that their symptoms improved at the start of the program and then stabilized (T0 vs. T1; T0 vs. T2; T0 vs. T3), whereas therapists noted an improvement at the post-IPT follow-up (T2 vs. T3). No group-by-time interaction was observed. All nine groups presented the same evolution over time regarding symptomatology.

*Subjective experiences:* Subjective experiences were evaluated by means of the Frankfurt Complaint Questionnaire (FCQ) – short version. This version of the FCQ is unifactorial. A significant difference was observed between T0 and T1, T0 and T2, and T0 and T3, which indicated that the improvement in complaints occurred mainly at the beginning of the program (Table 2). After this initial improvement, patient-reported complaints stabilized. No group-by-time interaction was observed. All nine groups presented the same evolution over time regarding complaints.

**((insert Table 2))**

*Cognitive functioning:* Cognitive functioning was evaluated through several assessment measures. First, the CASIG-S-Cognition served to evaluate cognitive difficulties as perceived by the patient. A significant time effect was observed (Table 3). More specifically, a significant difference emerged between T0 and T2. In other words, patients perceived an improvement in their cognitive functions after completing the IPT program. No group-by-time interaction was observed. All nine groups presented the same evolution over time regarding perceived cognitive difficulties.

Next, cognitive functioning was evaluated objectively with four tasks from the CANTAB computerized cognitive battery of visual-motor tasks:

- Motor Screening (MOT),
- Reaction Timing (RTI),
- Paired Associates Learning Task (PAL),
- Stockings of Cambridge (SOC).

These tasks, normally sought in measuring cognitive deficits in schizophrenia, assess visual and working memory, motor and treatment speeds and executive functions. The interface consisted of a tactile screen and the computer software automatically saved the data. For the MOT and the RTI, the analyzed variable was speed of execution in milliseconds. For the PAL and the SOC, it was the number of patterns or sequences correctly identified. A significant time effect was observed for the MOT, the PAL and the SOC (Table 3). Visual-motor

coordination (MOT) improved consistently over time. It improved significantly at each step of the intervention (T0 vs. T1, T0 vs. T2, T0 vs. T3, T1 vs. T2, T1 vs. T3). No group-by-time interaction was observed. All nine groups presented the same evolution over time. Visual memory (PAL), too, improved progressively as the program was administered (T0 vs. T2 and T0 vs. T3) and seemed to stabilize at post-IPT follow-up. No group-by-time interaction was observed. All nine groups presented the same evolution over time. For working memory and planning (SOC), all groups showed an improvement, but with different profiles. In this case, the presence of a group-by-time interaction compelled us to perform individual analyses by study site. This yielded three different profiles of evolutionary pathway.

- The first profile (Profile I – see Table 3) represented groups with a significant improvements between T0 and T2, most notably between T1 and T2 and, presented a deterioration between T2 and T3.
- The second profile (Profile II – see Table 3) represented groups with improvements at the end of the program and at the post-IPT follow-up (T0 vs. T3, T1 vs. T3).
- The third profile (Profile III – see Table 3) represented groups with significant improvements at the beginning of the program (T0 vs. T1) and a stabilization of scores thereafter.

Finally, no significant time effect was observed on the RTI.

**((insert Table 3))**

*Social functioning:* We used two different measures to evaluate social functioning, namely, the MCAS and the CASIG–S–Social and Independent Living Skills (CASIG–S–SILS).

- The MCAS gives a global evaluation of functioning, including physical and psychiatric symptomatology (interference with functioning), daily living skills (adjustment to living habits), social competence and behavior problems. It is completed by the therapist.
- The CASIG–S–SILS is completed by the patient and serves to assess daily living skills only.

A significant time effect was observed on the MCAS for six of the nine sites (Table 4). On account of a group-by-time interaction, individual analyses were performed by study site. Two different profiles of evolutionary pathway were then observed.

- The first profile (Profile I – see Table 4) represented groups characterized by an improvement in global functioning mostly at the beginning of the program, progressively at the end, and at the post-IPT follow-up (T0 vs. T1, T0 vs. T2, T0 vs. T3, T1 vs. T3).
- The second profile (Profile II – see Table 4) represented groups where global functioning remained stable all along the process.

For the CASIG–S–SILS, a significant time effect was observed, as shown in Table 4. The improvement seemed to be progressive, particularly during the last subprograms and at the post-IPT follow-up (T0 vs. T3, T1 vs. T3). No group-



by-time interaction was observed. All nine groups presented the same evolution over time.

*Quality of life:* Quality of life was evaluated using the CASIG-S scale. A significant time effect was observed between T0 and T3, which illustrate a progressive improvement throughout the program, including at the post-IPT follow-up (Table 4). No group-by-time interaction was observed. All nine groups presented the same evolution over time.

**((insert Table 4))**

### **Magnitude of change**

In order to quantify the magnitude of a global therapy effect and compare our results with those of published effectiveness studies, the effect size of each assessment measure was calculated. According to Cohen (1988), effect sizes are categorized as small (0.2), medium (0.5) and large (0.8). The mean of all effect sizes between pre-IPT (T0) and post-IPT (T2) measures was 0.47 (range of 0.08 to 1.01). When the post-IPT follow-up (T0 vs. T3) was included, the mean rose to 0.56 (range of 0.06 to 1.4). These results are congruent with the effect size of 0.55 (pre- vs. post-therapy) and 0.67 (follow-up) reported by Müller et al. (2003) in a meta-analysis of the effectiveness of the IPT program. The patient characteristics of our study are similar to those reported in the meta-analysis with respect to gender, mean age and mean duration of illness (Müller et al., 2003).

### **Patients who withdrew**

The above analyses were carried out on data obtained at the four test times from the 55 subjects who completed the IPT program. However, aside from these 55 subjects, we also possessed some data on patients who withdrew from the program during the study. Of the 35 dropouts, four patients nonetheless continued to participate in the testing sessions requiring their presence (CANTAB, FCQ, CASIG-S). In addition, for 14 of these 35 patients, therapists had enough information to complete the questionnaires that did not require the patient's presence (MCAS, CASIG-I-Symptoms). In the aim of taking into account the real clinical context where some patients did not complete the program, we added these data and performed all the analyses again. Thus, we considered 59 subjects for the CANTAB, FCQ and CASIG-S and 69 for the MCAS and CASIG-I-Symptoms.

For all the variables involved in this study, the results were identical. The only exception was for the CASIG-I-Symptoms, where the time effect became non-significant with the addition of patients who withdrew. When we examined the evolution of these 14 patients alone (Anova T0-T1-T2-T3), no time effect was observed ( $F=1.404$ ,  $p=.256$ ). Their symptomatology seemed to remain stable over time, compared with the 55 patients who showed an improvement at the post-IPT follow-up. However, more interesting results emerged when we compared both groups (14 patients who withdrew vs. 55 patients who remained) at each test time. At T0 and T2, both groups were comparable ( $t=-0.126$ ,  $p=.900$ ;  $t=-1.070$ ,  $p=.288$ ), whereas significant differences were noted at

T1 and T3 ( $t=-2.702$ ,  $p=.009$ ;  $t=-2.235$ ,  $p=.040$ ). Patients who withdrew presented more symptoms at these two test times. At T1, it could be inferred that this difference reflected the fact that 12/14 patients who withdrew did so for reasons related to an aggravation of their illness. Regarding the difference observed at T3, it could be explained by the improvement noted in patients who completed the IPT program.

## DISCUSSION

Including IPT as part of standard medical therapy was associated with positive clinical outcomes. Although the study sites differed with respect to age, duration of illness, subjective experiences and cognitive and social functioning, all patients who took part in the IPT program improved over time (T0-T1-T2-T3). An improvement was noted in all key functional areas of schizophrenia: overall symptoms, subjective experiences, cognitive functioning, social functioning and quality of life.

More specifically, *symptomatology* seemed to improve at the beginning of the intervention according to patients' perception (after the first three IPT subprograms), but was observed by the therapists only after the end of the IPT program (3-4 months later). These results suggest that therapists can observe improvements only when the impact is reflected in daily life (see results on social functioning and quality of life below). Patients apparently perceived an early improvement, which was not evident to therapists. A different conception or understanding of symptoms might also explain this difference. Therapists

refer to accurate and normative definitions. What's more, by comparing both types of evaluation at T0 (self-report and informant), we obtained a very low intra-class coefficient ( $ICC=.23$ ). The dichotomous scale employed (presence or absence of identified symptom) to evaluate every symptom limits our conclusions as well. The global scores of the scales used do not reflect a degree of impairment but rather a quantity of observable symptoms.

Regarding *subjective experiences*, results were in line with those related to perceived symptomatology. Complaints diminished after the first three IPT subprograms and stabilized afterwards. A similar trend was observed in the *subjective evaluation of cognitive functions*.

As for *cognitive functioning* evaluated by means of neuropsychological tasks, visual-motor coordination, visual memory, and working memory and planning improved throughout the intervention. Visual-motor coordination significantly improved as early as during the first three IPT subprograms, whereas visual and working memory and planning required completion of the last three IPT subprograms before significantly improving. These results support those of Brenner's team (Brenner et al., 1992; Müller et al., 2003), who suggested based on the hierarchy of functions that integration occurred progressively from elementary to complex functions. Another interpretation is that cognitive functions interact mutually during the IPT program and positively influence each other. For instance, improvements in executive functions have been closely related to improvements in mnemonic functions (Bryson et al., 2001). Also, these results confirm the importance of the last IPT subprograms, which

intervene directly on high-level cognitive functions, particularly coping strategies and problem solving.

Regarding the evolution of cognitive functions at 3 to 4 months post-IPT, gains in visual-motor coordination and visual memory tend to stabilize. The tendency to stabilize can be explained by the interruption of cognitive stimulation and the patients' difficulty to preserve gains in their daily life. More systematic booster sessions might have made a difference here. Another possibility is that the study follow-up period was too short to detect any significant improvement. This would be consistent with the tendency of the global effect size to increase at the post-IPT follow-up.

Changes in working memory and planning however varied from one site to another at 3 to 4 months post-IPT. Four of the sites significantly deteriorated (Profile I of SOC task), three pursued their improvement after the end of the IPT program (Profile II of SOC task), and two tended to stabilize (Profile III of SOC task). At baseline, no significant difference was observed across these profiles and no profile grouped sites with similar characteristics (for instance, groups of patients at the same stage of illness). A longer follow-up would have elucidated the evolution of these three profiles.

Where *social functioning* and *quality of life* were concerned, it seems that patients take longer to integrate related skills and strategies in their daily life. The improvement is progressive across all six IPT subprograms, as well as in the months following the end of the program. Our results are similar to those observed by Wykes et al. (2003), who established a relationship between

improvements in cognitive functions at the end of treatment and improvements in social functioning and symptomatology in a post-intervention follow-up. What's more, certain authors (Green et al., 2000; Spaulding et al., 1999) have specified that the cognitive remediation applied to verbal memory, working memory, executive functioning and vigilance has a positive impact on functional outcome.

Regarding *quality of life* only, the study by Ritsner et al. (2003) yielded an interesting relationship, namely, that quality of life was associated with a reduction in symptoms and with an increase in self-efficacy and self-esteem. Given that the program is geared towards the acquisition of coping strategies for dealing with difficulties of daily life, we can assume that it intervenes directly on self-efficacy. The current study does not make a direct evaluation of this concept, however comments from patients regarding the IPT program support this assumption. Patients who completed the IPT group meetings were much better equipped to cope with daily life stressors (Briand et al., 2005).

These results support the use of the IPT as six hierarchically organized subprograms and the concurrent use of in vivo sessions (the skills learned in real life situations), as well as the addition of booster sessions. Further, the results support the importance of integrating the IPT program within well-established, continuous and well-coordinated psychiatric services as part of an individual rehabilitation plan. The patients who completed the IPT program benefited in many respects from the rehabilitation process. Irrespective of a patient's stage of rehabilitation, therapists managed to adapt to patients' needs

and to offer appropriate conditions for optimum benefit from the IPT program. The strong theoretical background as well as competencies of the trained mental health professionals in IPT aided in adapting the IPT exercises to each patient and setting up a stable therapeutic context where patients felt safe and open to rehabilitation. Furthermore, the supporting contribution of other non-IPT team members facilitated the implication of patients in their own rehabilitation progress.

In the aim of improving the social functioning and quality of life of patients with schizophrenia, the Quebec IPT experience supports the premise that evidence-based rehabilitation interventions can be coordinated within an individualized plan considering real life personal concerns and the daily functioning of patients (Lieberman et al., 2002). To date more than 100 mental health professionals in Quebec, in more than 25 different clinical settings, have been trained to offer IPT as part of standard medical therapy. More than a third are offering IPT to patients with schizophrenia. This will aid in future studies focusing on the effectiveness of IPT as well as its implementation and dissemination.

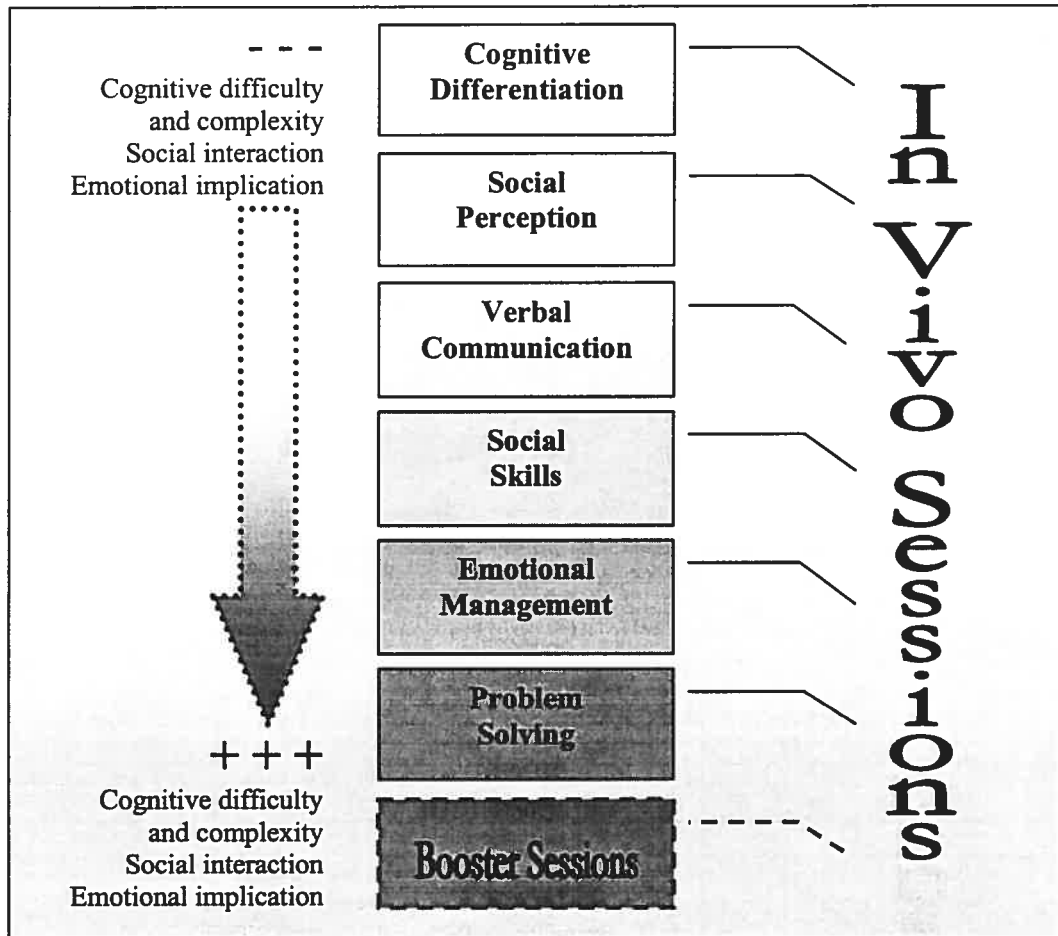
## **CONCLUSION**

In short, the IPT program was associated with positive results as much for young adults at early stages of the disease as for regular outpatients and long-term mentally ill patients. The primary appeal of the program for mental health professionals lies in its relevant hierarchical structure, its versatility of

application and its integration as an important part of standard psychiatric services. In addition, modifications introduced in the Quebec version of the IPT program (Briand et al., 2005) enabled therapists to better meet the challenge of generalizing the skills and strategies acquired in a clinical context to real life situations.



**Figure 1. Quebec version of the IPT Program**  
Adapted from Pomini et al. (1998)



**Table 1. Assessment tools**

<b>Instruments</b>	<b>Instrument Characteristics</b>
Sociodemographic and other information	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ascertain changes with respect to:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychiatric diagnosis</li> <li>– Medication</li> <li>– Hospitalization</li> <li>– Psychiatric follow-up</li> </ul> </li> <li>● Completed by the mental health professional, 15-20 min.</li> </ul>
<b>Patient elicited information</b>	
Frankfurt Complaint Questionnaire - short version (FCQ) Cuesta et al. (1996); Loas et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Measure of subjective experiences (18 questions):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cognitive disturbances</li> <li>– Perception disturbances</li> </ul> </li> <li>● Patient interview, 20-30 min.</li> </ul>
Client's Assessment of Strengths, Interests, and Goals - Self-report (CASIG-S) Wallace et al. (2001); Lecomte et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Measure of community functioning:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Social and Independent Living Skills (67 questions)</li> <li>– Symptoms (7 questions)</li> <li>– Cognitive Functioning (6 questions)</li> <li>– Quality of Life (10 questions)</li> <li>– Quality of Treatment (11 questions)</li> </ul> </li> <li>● Patient interview, 60-90 min.</li> </ul>
<b>Mental health professional elicited information</b>	
Client's Assessment of Strengths, Interests, and Goals - Informant version, symptoms section (CASIG-I-Symptoms) Wallace et al. (2001); Lecomte et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Measure of symptoms (7 questions)</li> <li>● Completed by the mental health professional, 10-15 min.</li> </ul>
Multnomah Community Ability Scale (MCAS) Backers et al. (1994); Corbière et al. (2002)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Measure of community functioning (17 questions):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Interference with Functioning (physical and psychiatric symptomatology)</li> <li>– Adjustment to Living Habits (daily living skills)</li> <li>– Social Competence</li> <li>– Behavior Problems</li> </ul> </li> <li>● Completed by the mental health professional, 20-30 min.</li> </ul>
<b>Completed by research team</b>	
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) Spitzer et al. (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnostic measurement tool (axis I)</li> <li>● Patient interview and medical file review, 120-180 min.</li> </ul>
Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) Robbins et al. (1994); Elliot and Sahakian (1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Measure of cognitive functioning (4 tasks):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Motor Screening (visual-motor coordination)(MOT)</li> <li>– Reaction Time (reaction timing)(RTI)</li> <li>– Paired Associates Learning Task (visual memory)(PAL)</li> <li>– Stockings of Cambridge (working memory and planning)(SOC)</li> </ul> </li> <li>● Completed by the patient on computer, 45-60 min.</li> </ul>

**Table 2. Anova statistics for overall symptoms and subjective experiences measures**

Measure	Analysis <sup>a</sup>	
	Group-by-time interaction F/p <sup>b</sup>	Time effect F/p <sup>b</sup>
CASIG-I-Symptoms n=55	1.34/NS	4.23/.0093 <sup>c</sup>
CASIG-S-Symptoms n=52	1.417/NS	6.002/.001 <sup>d</sup>
FCQ n=54	0.99/NS	4.75/.0052 <sup>e</sup>

Note.- Anova: Analysis of variance; NS: not significant

<sup>a</sup> Treatment main effect F ratios from repeated measures linear mixed model (SAS mixed)

<sup>b</sup> p<.05

<sup>c</sup> (T0-T1) (T0,T2) (T0,T3) (T1,T2) (T1,T3) (T2,T3)\*

<sup>d</sup> (T0-T1)\* (T0,T2)\* (T0,T3)\* (T1,T2) (T1,T3) (T2,T3)

<sup>e</sup> (T0-T1)\* (T0,T2)\* (T0,T3)\* (T1,T2) (T1,T3) (T2,T3)

\*: Significant linear trend

**Table 3. Anova statistics for cognitive functioning measures**

Measure	Analysis <sup>a</sup>	
	Group-by-time interaction F/p <sup>b</sup>	Time effect F/p <sup>b</sup>
CASIG-S-Cognition n=54	1.057/NS	3.551/.021 <sup>c</sup>
CANTAB		
MOT n=49 <sup>d</sup>	0.684/NS	32.157/.000 <sup>e</sup>
RTI n=54	1.01/NS	2.18/NS
PAL n=54	1.075/NS	8.837/.000 <sup>f</sup>
SOC n=54	1.749/.025	9.698/.000
SOC-Profile I <sup>g</sup>	1.537/NS	7.118/.000 <sup>h</sup>
SOC-Profile II <sup>i</sup>	0.579/NS	8.250/.000 <sup>j</sup>
SOC-Profile III <sup>k</sup>	0.089/NS	5.286/.021 <sup>l</sup>

Note.- Anova: Analysis of variance; NS: not significant;

<sup>a</sup> Treatment main effect F ratios from repeated measures linear mixed model (SAS mixed)

<sup>b</sup> p<.05

<sup>c</sup> (T0-T1) (T0,T2)\* (T0,T3) (T1,T2) (T1,T3) (T2,T3)

<sup>d</sup> A technical problem during the MOT in one site forced us to eliminate it for this analysis.

<sup>e</sup> (T0-T1)\* (T0,T2)\* (T0,T3)\* (T1,T2)\* (T1,T3)\* (T2,T3)

<sup>f</sup> (T0-T1) (T0,T2)\* (T0,T3)\* (T1,T2) (T1,T3) (T2,T3)

<sup>g</sup> Profile I: n=20

<sup>h</sup> (T0-T1) (T0,T2)\* (T0,T3) (T1,T2)\* (T1,T3) (T2,T3)\*

<sup>i</sup> Profile II: n=23

<sup>j</sup> (T0-T1) (T0,T2) (T0,T3)\* (T1,T2) (T1,T3)\* (T2,T3)

<sup>k</sup> Profile III: n=11

<sup>l</sup> (T0-T1)\* (T0,T2) (T0,T3) (T1,T2) (T1,T3) (T2,T3)

\*: Significant linear trend

The F values are displayed in italics to remind us that the interaction compelled us to examine the different pathways that ensued.

**Table 4. Anova statistics for social functioning and quality of life measures**

Measure	Analysis <sup>a</sup>	
	Group-by-time interaction F/p <sup>b</sup>	Time effect F/p <sup>b</sup>
MCAS n=54	2.210/.007	<i>23.097/.000</i>
MCAS– Profile I <sup>c</sup>	1.715/NS	36.904/.000 <sup>d</sup>
MCAS– Profile II <sup>e</sup>	0.563/NS	0.523/NS
CASIG–S– SILS n=54	1.666/NS	6.596/.001 <sup>f</sup>
CASIG–S– Quality of Life n=53	1.597/NS	6.874/.000 <sup>g</sup>

Note.- Anova: Analysis of variance; NS: not significant;

<sup>a</sup> Treatment main effect F ratios from repeated measures linear mixed model (SAS mixed)

<sup>b</sup> p<.05

<sup>c</sup> Profile I: n =39

<sup>d</sup> (T0-T1)\* (T0,T2)\* (T0,T3)\* (T1,T2) (T1,T3)\* (T2,T3)

<sup>e</sup> Profile II: n=15

<sup>f</sup> (T0-T1) (T0,T2) (T0,T3)\* (T1,T2) (T1,T3)\* (T2,T3)

<sup>g</sup> (T0-T1) (T0,T2) (T0,T3)\* (T1,T2) (T1,T3) (T2,T3)

\*: Significant linear trend

*The F values are displayed in italics to remind us that the interaction compelled us to examine the different pathways that ensued.*

## REFERENCES

1. Backer, S., Barron, N., McFarland, B.H., & Bigelow, D.A. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part I. Reliability and validity. *Community Mental Health Journal*, 30(4), 363-383.
2. Brenner, H.D., Roder, V., Hodel, B., Kienzle, N., Reed, D., & Liberman, R.P. (1994). *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients (IPT)*. Toronto: Hogrefe.
3. Brenner, D.H., Hodel, B., Genner, R., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: Implications for treatment. *British Journal of Psychiatry*, 161, 154-163.
4. Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., Lalonde, P., & Lesage, A.D. (2005). Implantation multi-sites du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Santé Mentale au Québec*, 30(1),73-96.
5. Bryson, G., Whelahan, H.A., & Bell, M. (2001). Memory and executive function impairments in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 102(1), 29-37.
6. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence-Erlbaum Associates Publishers.

7. Corbière, M., Crocker, A.G., Lesage, A.D., Latimer, E., Ricard, N., & Mercier, C. (2002). Factor structure of the Multnomah Community Ability Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(6), 1-8.
8. Cuesta, M.J., Peralta, V., & Irigoyen, I. (1996). Factor analysis of the Frankfurt Complaint Questionnaire in a Spanish sample. *Psychopathology, 29*, 46-53.
9. Elliot, R., & Sahakian, B.J. (1995). The neuropsychology of schizophrenia: Relations with clinical and neurobiological dimensions. *Psychological Medicine, 25*, 581-594.
10. Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin, 26*, 119-136.
11. Lecomte, T., Wallace, C.J., Caron, J., Perreault, M., & Lecomte, J. (2004). Further validation of the Client Assessment of Strengths Interests and Goals (CASIG). *Schizophrenia Research, 66*(1), 59-70.
12. Liberman, R.P., Glynn, S.M., Blair, K., Ross, D., & Marder, S.R. (2002). In Vivo Amplified Skills Training: Promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry 65*(2), 137-155.
13. Loas, G., Berner, P., Rein, W., Yon, V., Boyer, P., & Lecrubier, Y. (1997). Traduction française du questionnaire de plaintes de Francfort (QPF). *L'Encéphale, 23*, 364-374.
14. Müller, D.R., Roder, V., & Brenner, H.D. (2003). Effectiveness of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for schizophrenia patients: A

- meta-analysis covering 25 years of research. *Schizophrenia Research*, 60 (suppl. 1), 326.
15. Nicole, L., Pires, A., Routhier, G., Bélanger, R., Bussière, G., L'Heureux, S., et al. (1999). Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme spécifique d'intervention Premier-Épisode de l'Hôtel-Dieu de Lévis. *Santé Mentale au Québec*, 24, 121-135.
16. Pomini, V., Neis, L., Brenner, H.D., Hodel, B., & Roder, V. (1998). *Thérapie psychologique des schizophrénies*. Sprimont: Pierre Mardage, editor.
17. Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Hirschmann, S., Shinkarenko, E., & Ratner, Y. (2003). Predictors of quality of life in major psychoses: A naturalistic follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(3), 308-315.
18. Robbins, T.W., James, M., Owen, A.M., Sahakian, B.J., McInnes, L., & Rabbitt, P. (1994). Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): A factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers. *Dementia*, 5, 266-281.
19. Spaulding, W.D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., & Weiler, M. (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 657-676.
20. Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-9.



21. Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Allyn and Bacon.
22. 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, 105-109.
23. Wolfinger, R., & Chang, M. (1995). *Comparing the SAS GLM and Mixed Procedures for repeated measures*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
24. Wykes, T., Reeder, C., Williams, C., Corner, J., Rice, C., & Everitt, B. (2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61, 163-174.

### ACKNOWLEDGEMENTS:

I would like to extend my gratitude to the professionals of the nine clinical teams\* for their cooperation in and commitment to the IPT Project, as well as to all the research assistants who took part in this wonderful project.

\* Clinical teams who implemented the IPT Program:

- The Outpatient Psychiatry Clinic of *Centre Hospitalier de Granby*
- The Outpatient Psychiatry Clinic of *Hôpital Charles LeMoine*
- The Outpatient Psychiatry Clinic of *Centre Hospitalier de l'Université de Montréal*
- The Young Adult Psychotics Program of *Centre Hospitalier de l'Université de Montréal*
- The Long-term Psychiatry Clinic of *Hôpital Louis-H. Lafontaine*
- The Psychotic Clinic of Laval of *Pavillon Albert Prévost de l'Hôpital Sacré-Cœur*
- The Hospital/Day Center of *Cité de la Santé de Laval*
- The Outpatient Psychiatry Clinic of *Hôpital Général du LakeShore* in Pointe-Claire (young adults)
- The Young Adults' Clinic of *Hôpital Louis-H. Lafontaine*

This research was supported by a grant from the joint program of the *Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ) - Conseil Québécois de Recherche Sociale (CQRS) - Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)*.

## 5.2 L'adaptation québécoise du programme *Integrated Psychological Treatment*

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2005). Implantation multisite du programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée. *Santé Mentale au Québec*, 30(1), 73-95.

**Implantation multisite du programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie.**

**Élaboration d'une version renouvelée.**

**C. Briand<sup>1</sup>, R. Bélanger<sup>2</sup>, V. Hamel<sup>3</sup>, L. Nicole<sup>4</sup>,  
E. Stip<sup>5</sup>, D. Reinharz<sup>6</sup>, P. Lalonde<sup>7</sup>, A. Lesage<sup>8</sup>**

---

<sup>1</sup> Ergothérapeute, Candidate au doctorat, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

<sup>2</sup> Ergothérapeute, Clinique spécialisée, premières psychoses, Hôtel-Dieu de Lévis

<sup>3</sup> Psychologue, Assistante de recherche, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

<sup>4</sup> Psychiatre, Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine

<sup>5</sup> Psychiatre, Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H Lafontaine

<sup>6</sup> Médecin, Chercheur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

<sup>7</sup> Psychiatre, Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine

<sup>8</sup> Psychiatre, Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

## Résumé

Le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner (Brenner et al., 1992; Pomini et al., 1998), d'approche cognitivo-comportementale, a été implanté dans neuf milieux cliniques québécois offrant des services aux personnes atteintes de schizophrénie. Une étude a permis de suivre l'implantation du programme IPT dans chacun des milieux, plus particulièrement d'évaluer le niveau de satisfaction des participants et des intervenants envers le programme et d'identifier les points forts et les améliorations souhaitées. Les résultats permettent de constater que l'implantation du programme a été un succès pour l'ensemble des neuf milieux. Les intervenants et les participants ont apprécié le programme IPT, non seulement pour sa structure hiérarchique qui tient compte davantage des besoins en réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie, mais aussi pour son cadre d'application privilégié qui permet le suivi régulier d'un même groupe de patients pendant une année. Les modifications et ajouts proposés lors de cette étude ont permis de développer une version québécoise du programme IPT qui favorise davantage l'atteinte des objectifs, particulièrement ceux liés au maintien et à la généralisation des apprentissages dans le contexte de vie réelle des participants.

## **Abstract**

Brenner's Integrated Psychological Treatment (IPT) program (Brenner et al., 1992; Pomini et al., 1998), a cognitive-behavioural approach, was implemented in nine of Quebec's clinical settings that treat people affected by schizophrenia. A study permitted an evaluation of the IPT program in each location, with emphasis on the level of satisfaction attained by both participants and professionals, the program's strong points, and areas where improvements were desirable. The results have shown that the implementation of the program has been successful in all nine clinical settings. Professionals and participants appreciated the IPT program not only for its hierarchic structure that considers the rehabilitation needs of people affected by schizophrenia, but also for its customised application framework, which permits a regular follow-up of a similar group of patients over the course of a one year period. As a result of this study, the proposed modifications and additions have enabled the creation of a Quebecois version of the IPT program, which better achieves its objectives, particularly those relating to the maintenance and generalisation of social learning in the context of a participant's real-life situation.

## Introduction

Le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner (Brenner et al., 1992; Pomini et al., 1998) est un programme d'approche cognitivo-comportementale composé de plusieurs modules à complexité croissante (tableau 1). Il combine l'ensemble des interventions décrites comme nécessaires dans le processus de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie (Anthony, 1992; Liberman et Kopelowicz, 1995). Au cours des dernières années, étant donné la recherche de données probantes et le désir de rendre plus spécifiques les interventions, plusieurs cliniciens de la réadaptation au Québec s'y sont intéressés.

Le programme IPT a d'abord été implanté au Québec, en 1997, par l'équipe du programme spécifique d'intervention *Premier-Épisode* de l'Hôtel-Dieu de Lévis (Nicole et al., 1999), préalablement formée par Dr Hodel et Dr Pomini de l'équipe de Brenner. Leur expérience clinique très favorable les a incités par la suite à développer un programme de formation et d'entraînement IPT pour les cliniciens. À l'automne 2000, une vingtaine de professionnels de la santé provenant de neuf milieux hospitaliers différents (de Montréal et ses environs) ont suivi cette formation et implanté le programme IPT dans leur milieu respectif. L'implantation du programme a fait l'objet d'une étude subventionnée par le programme conjoint du FRSQ-CQRS-MSSS au Québec.

Les objectifs de l'étude étaient:

- 1) de confirmer dans un contexte naturel (étude clinique non-randomisée) l'impact positif du programme IPT sur la clientèle atteinte de schizophrénie (Briand et al., 2003),
- 2) d'évaluer le niveau de satisfaction des participants<sup>1</sup> et des intervenants à l'égard du programme IPT et de proposer une version adaptée au contexte québécois,
- 3) de documenter les différences d'application du programme IPT dans les divers milieux et les conditions propices à son implantation,
- 4) d'évaluer les coûts associés.

Le présent article cible tout particulièrement le deuxième volet de l'étude, soit l'évaluation du niveau de satisfaction des participants et des intervenants à l'égard du programme IPT et le développement d'une version renouvelée. Ainsi, à travers les commentaires des participants et des intervenants, il a été possible d'identifier les éléments essentiels du programme IPT, ceux à modifier et/ou à ajouter. Ce volet de l'étude a permis d'élaborer une version québécoise du programme IPT plus adaptée aux besoins spécifiques des personnes atteintes de schizophrénie et transférable dans d'autres milieux cliniques. Le présent article ne présentera pas spécifiquement l'expérience individuelle de chacun des neuf milieux dans l'application de l'IPT; cette partie fera plutôt l'objet d'un prochain article.

---

<sup>1</sup> Le terme «participants» est utilisé dans l'article pour désigner les personnes atteintes de schizophrénie qui ont suivi le programme IPT.



## Description du programme IPT

La version francophone du programme IPT (Pomini et al., 1998) est composée de 6 modules hiérarchisés (tableau 1). L'ensemble de ces modules s'applique en groupe de 8 à 12 participants, sous la supervision de deux professionnels de la santé préalablement formés à l'approche. Le programme se déroule sur une période de 9 à 12 mois avec une fréquence des rencontres de 2 fois par semaine. Chacune des rencontres dure environ une heure et demie incluant une pause de 15 minutes.

### INSÉRER TABLEAU 1

Plusieurs études expérimentales ont vérifié l'efficacité du programme IPT au cours des 25 dernières années. Müller et al. (2003) en ont fait un bilan dans une méta-analyse. Les résultats indiquent un effet global positif (taille de l'effet «*effect size*<sup>2</sup>»: 0.55) comparativement aux conditions placebo (0.21) et aux interventions traditionnelles (0.1). Plus spécifiquement, le programme IPT améliore la psychopathologie des participants, leurs habiletés cognitives et sociales et ce, chez des patients aux atteintes variables et dans des contextes d'application différents. Les résultats cliniques de notre étude (objectif 1), faisant l'objet d'un autre article (Briand et al., 2003), rejoignent ces résultats. Pour l'ensemble des milieux, les participants ont amélioré leur symptomatologie générale, leurs plaintes cognitives, leur fonctionnement cognitif et social et leur qualité de vie et ce, malgré les différences entre les

---

<sup>2</sup> L'*effect size* est une estimation de l'efficacité d'un traitement. Il est obtenu en divisant la différence de l'effet (entre le pré et post test) avec l'écart type de cette différence.

groupes de participants. L'évolution globale a été positive autant pour une clientèle en début de maladie, suivie depuis cinq à dix ans en clinique externe régulière que pour des participants en soins de longue durée.

## **Contexte de l'étude et méthodologie**

### **Milieus et participants**

L'étude s'est déroulée dans neuf milieux cliniques québécois intéressés au programme IPT (Voir la section Remerciements qui en dresse la liste). Ces milieux se distinguent les uns des autres de par leurs provenances géographiques et leurs liens avec le milieu universitaire. De plus, ils regroupent des personnes à des stades d'évolution différents de la schizophrénie: cliniques spécialisées pour jeunes adultes au début de leur maladie, cliniques offrant des suivis depuis près de 5 ans, mais aussi des patients plus handicapés hospitalisés dans des unités de réinsertion pour des personnes ayant connu de longs séjours. Les groupes de 10-12 participants ont été constitués par les équipes d'intervention de chaque site. Ces milieux ont respecté leur mode de fonctionnement habituel pour sélectionner les participants. Seuls les critères suivants étaient nécessaires pour être admissible au projet de recherche:

- 1) être suivi par un psychiatre du département de psychiatrie du milieu clinique,
- 2) être atteint de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique selon les critères du DSM-IV,

3) être jugé stable et capable d'entreprendre un processus de réadaptation de groupe.

Chaque groupe a été dirigé par deux à trois professionnels de la clinique ou de l'unité. Tous les intervenants impliqués dans l'animation des groupes (en majorité des ergothérapeutes (23/26) mais aussi des infirmier(ère)s (2/26) et un travailleur social) ont préalablement reçu une formation de trois jours par les membres de l'équipe du programme spécifique d'intervention *Premier-Épisode* de l'Hôtel-Dieu de Lévis (Nicole et al., 1999).

Un total de 90 participants a débuté le programme IPT entre janvier et décembre 2001: 78% avaient un diagnostic de schizophrénie, 19% un diagnostic de trouble schizo-affectif et 3% un autre diagnostic de psychose. L'âge moyen était de 33 ans, réparti entre 18 et 66 ans. La durée moyenne de la maladie était de 7 ans (0-38 ans). L'ensemble des sujets recevait une médication antipsychotique lors de leur participation au projet.

Sur les 90 participants, 35 n'ont pas terminé le programme: 29 en raison d'une recrudescence de la symptomatologie ou d'une hospitalisation, 4 en raison d'un retour au travail ou aux études et 2 en raison d'un déménagement. Le taux d'assiduité moyen du programme a été de 61% pour l'ensemble des sujets (incluant les participants qui n'ont pas terminé le programme). Cependant, les 55 sujets qui ont participé au programme IPT jusqu'à la fin ont eu un taux d'assiduité beaucoup plus élevé (83%) que les sujets qui ont quitté en cours de route (27%).

### **Méthodes de collecte et d'analyse des données**

Afin de documenter le niveau de satisfaction des participants et des intervenants, plusieurs méthodes ont été utilisées. D'abord, les cliniciens avaient à compléter un *journal de bord* après chaque séance. Ce journal documentait le contenu de la séance et l'appréciation générale du déroulement de la rencontre. Ainsi, il a été possible de situer les éléments appréciés et à améliorer dans le programme IPT par les intervenants selon leur expérience et l'observation du niveau de satisfaction des participants. Par la suite, les participants de chaque site ont été rencontrés à deux reprises en *entrevue de groupe*, soit en milieu de programme (T1) et à la fin (T2), lors d'une séance IPT. Ces rencontres ont permis de documenter à la fois ce qu'ils ont le plus et le moins aimé et quel a été l'impact du programme sur leur vie quotidienne. De plus, un *questionnaire écrit* leur a été remis pour évaluer leur niveau de plaisir à participer au programme et pour y situer les bénéfices qu'ils en ont retirés. Soixante et un participants ont été rencontrés lors des premières rencontres (T1), tandis que 45 participants étaient présents lors de la deuxième série de rencontres (T2). Pour ce qui est des intervenants, une *entrevue de groupe* dans chacun des milieux a été effectuée en fin d'implantation. Vingt-quatre intervenants ont été rencontrés. Ils ont eu à valider l'information recueillie dans les journaux de bord ainsi qu'à commenter avec du recul leur appréciation générale du programme IPT. Le contenu des journaux de bord et des entrevues a été analysé et synthétisé à l'aide de méthodes d'analyse qualitative, tandis que les données du

questionnaire écrit ont été compilées par un logiciel d'analyse statistique.

L'analyse de l'ensemble de ces données a permis d'identifier:

1. les éléments essentiels à maintenir dans le programme IPT,
2. ceux à documenter davantage pour une meilleure compréhension et application du programme,
3. ceux à modifier et/ou ajouter pour une version plus adaptée au contexte québécois.

Ces résultats vous sont présentés dans les sections qui suivent.

## **Pour une version renouvelée du programme IPT**

### **Satisfaction générale envers le programme**

#### *Les participants*

L'ensemble des analyses a permis de constater un enthousiasme marqué pour le programme IPT autant de la part des participants que des intervenants. Dans le questionnaire écrit, la majorité des participants ont rapporté avoir eu du plaisir à participer au programme (T1: 56/61, T2: 41/45) et en avoir tiré profit (T1: 50/61, T2: 41/45). Selon eux, le programme IPT leur a permis de faire des apprentissages variés et d'améliorer leurs difficultés à plusieurs niveaux (tableau 2). Le climat de respect et d'entraide favorisé lors de l'IPT en a fait un groupe d'appartenance, porteur d'espoir. Plusieurs participants ont mentionné qu'ils auraient apprécié recevoir le programme plus tôt, dès l'apparition de la maladie. L'expérience clinique permet par contre d'affirmer que le début de la

maladie n'est pas toujours une période propice pour s'engager dans une telle démarche et même plusieurs patients refusent alors le programme. Ils pensent pouvoir s'en sortir seuls, ils manquent d'autocritique, et le deuil de la santé n'est pas fait. Cependant, pour les participants, le programme IPT est très valorisant car il ressemble aux exigences du milieu scolaire. Ils vivent donc une réelle expérience de succès qui vient diminuer l'impact négatif de la maladie et les rapproche davantage d'une notion de travail productif et valorisant (Kielhofner, 2002, 14-25). Plusieurs participants ont perçu les premiers modules plus répétitifs car ils sont plus abstraits et moins près de leur vie quotidienne. Ils proposent d'ailleurs d'inclure au programme IPT une plus grande variété d'activités qui permettent de pratiquer les apprentissages dans des contextes plus variés.

## INSÉRER TABLEAU 2

### *Les intervenants*

Pour ce qui est des intervenants, ils ont confirmé que le programme IPT répond aux dimensions-clefs visées par la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie (tel que précisé par les participants). Leurs autres commentaires ciblent plus spécifiquement la structure et le contexte d'application du programme IPT (tableau 3). Les intervenants ont apprécié la structure du programme, les exercices détaillés et concrets proposés mais surtout, la hiérarchie des apprentissages qui permet de construire progressivement un processus généralisable dans la vie quotidienne. Cependant, ils aimeraient que le programme soit davantage en lien avec la vie réelle des participants et qu'il

favorise plus la généralisation des apprentissages. Selon les intervenants, le programme IPT s'applique plus facilement avec un petit groupe de participants dont les atteintes sont similaires. Cette condition n'est cependant pas toujours applicable dans les milieux cliniques étant donné une masse critique de candidats insuffisante pour regrouper les difficultés semblables. Pour une majorité d'intervenants, le fait qu'il s'agisse d'un groupe fermé et d'une durée prolongée sont des éléments essentiels à l'efficacité du programme. Par contre, ces conditions semblent difficilement justifiables dans certains milieux où les ressources sont limitées et où les nouvelles demandes arrivent constamment. Le fait que le programme IPT soit limité dans le temps et offert en services externes est aussi un réel avantage dans le contexte actuel de l'organisation des services de santé où il faut être en mesure de répondre plus rapidement aux demandes grandissantes. Par contre, les intervenants ont rappelé que le programme IPT n'est pas un programme individualisé de réadaptation et qu'il ne comble pas tous les besoins de services qu'amène la maladie. Il s'agit d'un outil d'intervention de groupe permettant de répondre à certains objectifs de réadaptation du plan d'intervention individualisé de la personne.

Les intervenants ont précisé également que la théorie sous-jacente aux différents exercices et la théorie sur les groupes n'étaient pas assez documentées. Pour eux, le livre IPT (Pomini et al., 1998) est un manuel d'application qui les prépare peu à bien situer et utiliser le cadre thérapeutique nécessaire aux apprentissages et il donne peu de détail sur le pourquoi de la hiérarchie de certains exercices proposés. La préparation et l'application du

programme IPT ont été exigeantes pour les intervenants en terme de temps et d'énergie et ce, même avec une formation et un entraînement préalable à l'application.

### INSÉRER TABLEAU 3

#### **Appréciation de chacun des modules et adaptations spécifiques proposées**

##### *Le module 1: Différenciation cognitive*

L'appréciation du module 1 a été variable d'un milieu à l'autre et ce, autant chez les participants que pour les intervenants. Certains l'ont trouvé trop facile et enfantin et recommandaient d'y passer moins de temps, tandis que d'autres l'ont grandement apprécié et même trouvé essentiel pour établir le cadre thérapeutique et la cohésion du groupe. La diversité de la clientèle et l'émergence de besoins différents peuvent expliquer cette variation au niveau de l'appréciation. Certains participants demandent davantage de temps pour exercer leurs fonctions cognitives et expérimenter de nouvelles stratégies de compensation ou tout simplement, pour se sentir à l'aise avec le cadre d'apprentissage. Cependant, il semble que la difficulté principale du module 1 ait plutôt été la compréhension des objectifs du module.

En ce qui a trait aux objectifs généraux, le module 1 ne permet pas uniquement de stimuler les fonctions cognitives, mais aussi d'établir le cadre d'apprentissage sécuritaire et nécessaire au bon déroulement du groupe. C'est un module préparatoire aux autres modules. Il est donc essentiel qu'il soit peu exigeant au



niveau des performances demandées et des interactions sociales pour que les participants y vivent des expériences de succès.

Par la suite, pour ce qui est des objectifs spécifiques de chacun des exercices et leur suite logique d'application, ils semblent avoir été moins bien saisis. Le fait que les exercices soient abstraits et ne fassent pas de lien direct avec le quotidien des participants peut expliquer cette incompréhension et qu'ils aient été vécus comme moins stimulants autant par les thérapeutes que par les participants. Pour y remédier, le rationnel entourant les objectifs de chacun des exercices proposés dans le livre IPT (Pomini et al., 1998, 63-86) et la logique de leur ordre d'application ont été davantage documentés et clarifiés dans la version renouvelée du programme. En connaissant davantage la gradation des exercices, l'intervenant est en mesure de mieux guider l'apprentissage, d'augmenter l'implication des participants dans leur propre démarche et d'améliorer leur motivation à participer (Kielhofner, 2002, 46-59).

#### *Le module 2: Perception sociale*

Pour ce qui est du module 2, il a été apprécié davantage par les intervenants. Selon eux, ce module est primordial pour le travail cognitif et l'émergence du doute chez les participants qui présentent des interprétations erronées. De plus, il est préparatoire au module de gestion des émotions. En effet, le travail sur les perceptions prépare aux premières étapes d'analyse de la situation que les participants auront à faire lors du module 5: l'identification des pensées automatiques, des émotions vécues et de leurs effets négatifs sur le comportement. De plus, il permet aux thérapeutes une première évaluation des

schémas cognitifs des participants, qui vont plus tard guider leurs comportements de gestion des problématiques quotidiennes. Il est donc important d'y accorder le temps nécessaire. À cet effet, l'intervenant doit rester vigilant aux défenses des participants qui font qu'ils veulent passer plus rapidement au module suivant. La version originale du programme IPT n'abordait pas ce lien entre les modules 2 et 5 et l'importance de travailler les cognitions des participants pour une meilleure gestion des émotions et des problématiques quotidiennes. De plus, le matériel proposé dans le livre IPT pour le module 2 (Pomini et al., 1998, 87-96) s'est avéré trop statique pour permettre le travail réel des perceptions, en lien avec la réalité quotidienne. Selon les participants (mais également les intervenants), les diapositives utilisées deviennent redondantes et peu stimulantes à long terme. Il est proposé, entre autre, dans la nouvelle version:

1. d'utiliser des images plus adaptées au contexte québécois (c'est-à-dire des images représentant des situations sociales typiques ou familières pour les Québécois),
2. de poursuivre les exercices de diapositives par des situations sur vidéocassettes afin de permettre une analyse plus dynamique des situations sociales travaillées,
3. de terminer le module par des situations sociales réelles sous forme de jeux de rôles effectués par les thérapeutes et analysés par les participants.

L'utilisation de modalités variées permet ici une meilleure gradation des niveaux d'exigence: complexité cognitive de l'image (type et quantité de

stimuli), niveau d'interaction sociale et de charge affective, tels que rencontrés par les participants dans leur vie quotidienne.

### *Le module 3: Communication verbale*

Les commentaires recueillis en ce qui a trait au module 3 ont été très positifs autant de la part des intervenants que des participants. Selon eux, le module 3 est plus stimulant car son rythme est plus rapide et les exercices permettent aux membres du groupe de se connaître davantage. En effet, le module 3 travaille un volet plus concret soit le langage et la communication et ce, tout en favorisant davantage les interactions des participants. De plus, les exercices sollicitent moins les habiletés d'abstraction et ont une application directe et spontanée dans le quotidien. Les apprentissages qui en découlent sont facilement observables. C'est un module charnière dans lequel les exigences individuelles sont plus élevées, mais où l'esprit d'équipe commence à être présent. Il est important ici d'augmenter graduellement ce niveau d'exigence, mais sans pour autant surestimer les capacités interactives des participants. À ce stade, les participants n'ont pas encore les outils leur permettant de compenser leurs déficits de communication et ils sont toujours imprégnés de leur histoire antérieure d'échecs. Les intervenants doivent donc compenser les difficultés des participants en leur proposant des moyens techniques pour les aider à mieux performer lors de ces exercices. La version originale du programme IPT préparait peu les intervenants à comprendre ce processus d'apprentissage et à utiliser des moyens de compensation pour diminuer les malaises provoqués par les difficultés de communication et d'interaction des participants.

#### *Le module 4: Habiletés sociales*

Le module 4 est également un module très stimulant. Il est exigeant, mais les apprentissages sont rapidement observables. Les situations sélectionnées sont directement liées aux difficultés quotidiennes des participants permettant donc de travailler les habiletés sociales nécessaires et appropriées pour l'ensemble du groupe. De plus, elles permettent un partage d'expériences personnelles sur les difficultés à gérer leurs incompétences sociales, un regard sur soi et un soutien mutuel de la part du groupe d'appartenance. L'utilisation des jeux de rôles et de la vidéo-caméra a été très efficace pour guider les participants dans le façonnement de comportements sociaux plus adaptés. Par contre, ils peuvent générer de l'anxiété et des résistances lorsqu'ils sont utilisés pour la première fois dans le groupe. Dès le début du module, il est important de gérer ces résistances. Pour ce faire, il s'agit:

1. de resituer les objectifs et attentes aux participants,
2. de leur donner des moyens pour compenser et mieux gérer les difficultés rencontrées,
3. de préparer à l'avance les participants à l'utilisation de la vidéo-caméra et des jeux de rôles,
4. d'empêcher tout sarcasme qui viendrait fragiliser le cadre des apprentissages.

L'efficacité du module (et de ceux qui vont suivre) est étroitement liée à cette capacité à gérer les résistances et à installer le cadre thérapeutique. La version renouvelée du programme IPT insiste davantage sur ces principes d'animation.

C'est aussi un module où les intervenants se sont grandement inspirés des autres programmes d'habiletés sociales déjà implantés dans leur milieu (Bellack et al., 1997; Liberman et al., 1989). Ce module offre donc une bonne flexibilité permettant d'ajouter du matériel pour l'animation. Cependant, les intervenants doivent toujours respecter les niveaux de fonctionnement des participants et toutes les étapes d'application suggérées par le livre IPT (Pomini et al., 1998, 117-132).

#### *Le module 5: Gestion des émotions*

Le module 5, quant à lui, a été un module plus difficile à appliquer pour les intervenants. Ils l'ont trouvé fort pertinent, mais de structure complexe. Certains intervenants ont eu de la difficulté à faire la distinction entre les objectifs du module 5 et ceux du module 6. Ils ont fait de la résolution de problèmes lors du module 5, entraînant un effet de redondance et une baisse de motivation lors du module 6. Les intervenants qui ont eu plus de facilité à appliquer le module 5 avaient davantage de connaissances en psychothérapie cognitive et étaient familiers avec l'utilisation des méthodes de Beck appliqués à la clientèle psychotique (Beck et Rector, 2000). La nouvelle version du programme IPT tente d'ailleurs de revenir plus systématiquement sur les principes de la psychothérapie cognitive sous-jacents à ce module et de faire les liens avec les modules précédents.

Le module 5 est également un module dense et exigeant, qui demande aux thérapeutes une maîtrise élevée de leurs habiletés à gérer l'animation de groupe. Ils doivent maintenir le même cadre d'apprentissage établi lors des modules

précédents et ce, malgré la complexité des situations rencontrées. Les thérapeutes qui n'ont pas su établir un climat de confiance, d'entraide et d'apprentissage sécuritaire ont eu plus de difficultés à rencontrer les objectifs de ce module. Une expérience antérieure en animation de groupe de type cognitivo-comportemental constitue donc, un excellent atout.

Pour ce qui est des participants, ils ont trouvé le module 5 exigeant. Plusieurs appréhensions étaient présentes et liées au fait que le module abordait spécifiquement le monde des émotions. De plus, les thérapeutes pointaient des situations directement reliées à leur vécu pour lesquelles des stratégies inefficaces avaient déjà été utilisées. Les intervenants ont donc éprouvé des difficultés à amorcer le module. Pour ce faire, les thérapeutes devaient dès le départ préciser que le module 5 ne vise pas le partage d'expériences émotionnelles dans le but d'évacuer la charge affective, mais cible plutôt les stratégies de gestion des émotions et le partage d'expériences personnelles de gestion des émotions. Cette distinction n'était pas toujours claire pour les thérapeutes. Elle a été spécifiquement établie dans la nouvelle version du programme. Enfin, malgré plusieurs appréhensions et l'exigence du module 5, plusieurs participants ont mentionné qu'il s'agissait du module le plus important.

#### *Le module 6: Résolution de problèmes*

Enfin, le module 6 est un module tout aussi important dans le processus de ce groupe car il reprend et intègre, à travers une démarche structurée et concrète, tous les éléments travaillés lors des modules antérieurs. De plus, il permet de

travailler sur des solutions concrètes en réponse à des problèmes spécifiques rencontrés dans le quotidien des participants. Il a donc été très apprécié autant par les intervenants que par les participants. Par contre, les thérapeutes l'ont trouvé difficile à animer. Le module 6 requiert de maintenir le même cadre thérapeutique structurant, sans avoir les balises qu'apportaient les exercices des autres modules. Il demande aux thérapeutes d'intégrer l'ensemble des habiletés travaillées dans un tout cohérent et d'amener l'apprentissage à un niveau d'habiletés supérieur. Le thérapeute doit donc être en mesure de gérer l'imprévisible et de rester en confiance face aux situations apportées par les participants. En même temps, il doit synthétiser les situations et problématiques et savoir garder l'attention sur les besoins des autres participants malgré que la situation travaillée soit plus spécifique à une personne du groupe. Le module 6 demande plus de qualités personnelles en animation que les premiers modules du programme, de là l'importance d'un entraînement IPT adapté à ce besoin.

Tel que précisé antérieurement, les thérapeutes ont eu de la difficulté à discriminer le module 6 du module précédent. Le module 5 permet l'acquisition de stratégies préétablies et de comportements réflexes à partir d'une émotion spécifique, tandis que le module 6 permet la mise en place de stratégies adaptées au contexte d'une situation quotidienne difficile. On constate alors plus facilement la gradation des niveaux de difficultés entre les deux modules et l'importance de ne pas aller trop rapidement dans le processus de résolution de problèmes spécifiques. Cette distinction a été clairement définie dans la nouvelle version du programme. Le respect de la hiérarchie des difficultés à

travailler permet une meilleure généralisation des apprentissages dans une variété de contextes applicables au quotidien des participants.

Étant donné l'exigence du module 6 et la place qu'il occupe en fin de programme, c'est le module qui a généré le plus d'inquiétude et de tristesse de la part des participants. Certains participants l'ont trouvé trop court et auraient aimé davantage de séances pour parfaire leurs habiletés et stratégies face aux difficultés quotidiennes. La durée et la fréquence du programme permettent l'établissement de liens positifs d'appartenance serrés, ce qui nécessite de préparer à l'avance les participants à la fin du groupe.

#### **Ajouts favorisant la généralisation et le maintien des apprentissages**

Au cours de l'application du programme IPT dans chacun des milieux, les préoccupations des intervenants sont allées bien souvent vers le maintien et la généralisation des apprentissages faits en groupe. Le programme de base de Brenner ne semblait pas répondre suffisamment à leur désir d'offrir aux participants des moyens concrets leur permettant de transférer les acquisitions dans leur vie de tous les jours. Afin de répondre davantage à cet objectif, trois modalités thérapeutiques supplémentaires ont été proposées dans la nouvelle version (tableau 4).

#### *Les exercices à domicile*

D'abord, pour chacun des modules, des exercices à réaliser à domicile ont été ajoutés. Ces tâches à domicile permettent aux participants de pratiquer les



acquis dans leur contexte de vie réelle. Plus spécifiquement, il s'agit de reproduire à domicile un exercice fait en groupe et ce, tout en respectant le niveau hiérarchique des apprentissages travaillés lors du groupe précédent. Comme le mentionnent très bien Luboshitzky et Gaber (2000), les exercices à domicile sont un excellent moyen d'établir avec le participant un climat d'apprentissage où son rôle actif est encouragé et même, nécessaire. Pour eux, les exercices à domicile favorisent l'autonomie du participant mais aussi sa prise en charge et son sentiment d'efficacité personnelle. Ils mentionnent l'importance de les débiter dès les premières séances, de bien les planifier et d'y revenir aux rencontres suivantes.

#### *Les sorties d'intégration*

Des sorties d'intégration (aussi appelées sessions *in-vivo*), adaptées à chacun des modules, ont également été ajoutées à la version renouvelée. Cette fois-ci, il s'agit pour les participants de généraliser les acquis dans un contexte de vie réelle i.e., de reprendre une habileté travaillée lors des sessions de groupe et de l'appliquer dans un autre contexte de leur environnement, sous supervision des animateurs. Ces sorties d'intégration, quoique souvent plaisantes et amusantes, ne doivent pas être confondues à de simples sorties pour le plaisir ou à une récompense pour leur implication lors des groupes. Elles font partie intégrante de la démarche thérapeutique, de là l'importance de les préparer à l'avance avec le même souci de respect hiérarchique des apprentissages que lors des séances de groupe en clinique. Il est connu que les difficultés cognitives des personnes atteintes de troubles mentaux graves limitent l'acquisition de nouvelles habiletés

mais surtout, leur utilisation dans d'autres contextes de vie (Green et al., 2000; Liberman et al., 2002). Des interventions telles que les sorties d'intégration sont alors nécessaires pour favoriser progressivement ce passage vers l'autonomie et accélérer la réinsertion sociale. L'utilisation des habiletés acquises lors de l'IPT doit se poursuivre au-delà des séances sécuritaires de groupe à la clinique et les participants doivent être guidés progressivement pour le faire. Visant ce même objectif, Liberman et al. (1993) dans leur programme d'entraînement aux habiletés sociales et à la vie autonome, encouragent l'utilisation d'exercices à domicile, mais aussi d'exercices dans la communauté en présence du thérapeute (sessions *in-vivo*). D'ailleurs, dans leur nouveau module, le *In-Vivo Amplified Skills Training (IVAST)*, Liberman et al. (2002) vont plus loin en offrant à la personne un entraînement personnalisé directement dans son milieu de vie. Un thérapeute (*IVAST trainer*) entraîne alors la personne à utiliser les habiletés acquises en groupe. Roder et al. (2002), quant à eux, ont mis sur pied trois programmes complémentaires au programme IPT en ce qui a trait à la vie en résidence, aux activités professionnelles et de loisirs des participants. Ils veulent ainsi faire le pont entre les approches cognitivo-comportementales utilisées en milieu clinique et les objectifs individuels de la personne dans son processus de réinsertion sociale.

#### *Les relances*

Enfin, des relances (appelées aussi *booster sessions*) ont aussi été proposées à la version québécoise du programme IPT afin de permettre le maintien des acquisitions. Ces relances sont des séances supplémentaires qui ont lieu après la

fin du programme et qui s'espacent progressivement dans le temps. Elles ont comme objectifs de stimuler les acquis réalisés lors de l'IPT, de travailler les difficultés rencontrées par les participants depuis la fin des modules et de préparer la fin du programme en favorisant graduellement le développement d'une nouvelle routine de vie. Ces relances peuvent prendre la forme de discussions, mais aussi utiliser les outils d'apprentissage acquis lors de l'IPT, comme les grilles de gestion des émotions ou la démarche de résolution de problèmes pour aider certains participants qui rencontrent des difficultés spécifiques dans leur quotidien.

INSÉRER TABLEAU 4

### **Conclusion**

En résumé, les participants et les intervenants ont démontré un haut niveau de satisfaction envers le programme IPT et ce, malgré certaines suggestions pour en améliorer son application. La principale faiblesse identifiée est le manque de lien entre les acquis réalisés en groupe et leur application dans le quotidien. Initialement, peu de moyens avaient été identifiés pour favoriser ce passage graduel et permettre le maintien et la généralisation des apprentissages. Le programme IPT dans sa version renouvelée répond à cette recommandation et propose des éléments de solution (figure 1).

INSÉRER FIGURE 1

Tout d'abord, cette nouvelle version insiste davantage sur la compréhension de la structure hiérarchique du programme IPT et facilite son respect lors de

l'animation. Autant entre les modules qu'à l'intérieur d'un même module, les exercices et outils proposés (en groupe ou à domicile) et les sorties d'intégration sont gradués suivants la même logique d'apprentissage. Les activités impliquent graduellement une complexité cognitive, un niveau d'interaction sociale et une charge affective. Ce principe d'apprentissage progressif, propre aux thérapies cognitivo-comportementales et qui nécessite une formation de base pour bien l'appliquer et l'ajuster aux besoins des participants, constitue à la fois la force et le défi du programme IPT.

Un autre avantage de la nouvelle version du programme IPT est l'importance accordée à son adaptabilité. En favorisant une connaissance approfondie du rationnel théorique entourant le programme et chacun de ses modules, les thérapeutes sont plus outillés pour ajuster les modalités thérapeutiques aux besoins plus spécifiques de leur groupe. D'ailleurs, cette souplesse d'application du programme va jusqu'à permettre une variabilité dans le nombre de séances par module et au total, dépendant de l'évolution et de la réponse des participants.

La mise en place d'un cadre thérapeutique privilégié est également un point d'ancrage pour cette nouvelle version. En installant une dynamique de groupe forte et positive, un milieu propice à l'apprentissage par essais et erreurs ainsi qu'une relation d'aide supportante, les acquisitions deviennent plus ancrées dans la vie réelle des participants.

Enfin, par son contenu concret axé sur les problématiques quotidiennes des participants et sur le fait qu'il stimule la pratique graduelle des habiletés à

l'extérieur des séances de groupe, le programme IPT dans sa version renouvelée procure aux participants des résultats significatifs et rapidement observables. Cette nouvelle version du programme IPT ajoute au processus de compréhension visant à mieux cibler les éléments favorables à l'acquisition, au maintien et à la généralisation des habiletés des personnes atteintes de schizophrénie. En favorisant le transfert du programme IPT dans d'autres milieux cliniques, il contribue au développement d'une pratique de la réadaptation beaucoup plus performante.

**Tableau 1. Description de la version francophone du programme IPT**

<p><b>Module 1: Différenciation cognitive</b></p> <p><b>Objectifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer les fonctions cognitives, particulièrement la formation et le maniement des concepts</li> <li>• Expérimenter des stratégies plus efficaces pour compenser les déficits cognitifs résiduels</li> </ul> <p><b>Description:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercices abstraits sous forme de jeux pédagogiques</li> </ul>
<p><b>Module 2: Perception sociale</b></p> <p><b>Objectifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprendre à distinguer et discriminer les détails les plus pertinents de l'image</li> <li>• Apprendre à mieux interpréter et à éviter les interprétations inadéquates</li> </ul> <p><b>Description:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse d'images sur diapositives représentant différentes situations sociales</li> </ul>
<p><b>Module 3: Communication verbale</b></p> <p><b>Objectifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer les habiletés telles l'écoute, la rétention de l'information et la réponse à des consignes verbales simples sans déformer l'information</li> </ul> <p><b>Description:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeux et exercices pédagogiques basés sur les étapes de la communication</li> </ul>
<p><b>Module 4: Habiletés sociales</b></p> <p><b>Objectifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer ou réactiver un répertoire adéquat de compétences sociales</li> <li>• Travailler l'affirmation de soi</li> </ul> <p><b>Description:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeux de rôles supervisés représentant différentes situations sociales habituelles</li> </ul>
<p><b>Module 5: Gestion des émotions</b></p> <p><b>Objectifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler, à partir de situations concrètes, l'identification des émotions et leurs effets négatifs</li> <li>• Développer de meilleures stratégies de gestion des émotions</li> </ul> <p><b>Description:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse cognitivo-comportementale du processus de gestion de situations émotionnelles</li> </ul>
<p><b>Module 6: Résolution de problèmes</b></p> <p><b>Objectifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer les capacités d'adaptation et de gestion des problématiques quotidiennes rencontrées</li> <li>• Appliquer simultanément les habiletés acquises lors des modules précédents</li> </ul> <p><b>Description:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse cognitive détaillée et pratique de situations sociales problématiques du quotidien</li> </ul>

**Tableau 2. Satisfaction des participants au programme IPT**

<b>ÉLÉMENTS APPRÉCIÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Permet de mieux comprendre et gérer la maladie</li> <li>● Permet d'augmenter la concentration, la mémoire et la capacité d'analyse pour éviter les interprétations rapides</li> <li>● Favorise les habiletés sociales, la confiance en soi et permet de briser l'isolement</li> <li>● Favorise le réapprentissage des capacités perdues, redonne de l'espoir</li> <li>● Donne des trucs concrets, des outils pour mieux gérer la vie quotidienne</li> <li>● Permet de mieux fonctionner dans le quotidien, d'être plus autonome</li> <li>● Éveille, rend plus disponible à autres choses (retour à l'école ou au travail)</li> <li>● Procure un groupe d'appartenance, un lieu de rencontre réconfortant où il y a du plaisir</li> <li>● Crée une routine de vie, une ambiance de respect favorable aux apprentissages progressifs</li> </ul>
<b>ÉLÉMENTS À AMÉLIORER</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Est exigeant autant au niveau de la durée et de la fréquence des rencontres qu'au niveau des apprentissages demandés</li> <li>● Peut être répétitif surtout les premiers modules, moins près des difficultés du quotidien</li> <li>● Peut devenir long si le rythme n'est pas assez rapide pour le niveau des participants</li> <li>● Est trop court pour les apprentissages demandés</li> <li>● Serait plus efficace avec des participants qui sont au même niveau d'apprentissage, au même point dans leur réadaptation</li> <li>● Ne contient pas assez de pratique des habiletés, de mises en situation et de sorties d'intégration dans le milieu naturel</li> <li>● Devrait être offert plus tôt, en début de maladie pour éviter le décrochage scolaire</li> <li>● Amène des désistements donc un groupe plus restreint en fin de programme</li> </ul>

**Tableau 3. Satisfaction des intervenants au programme IPT**

<b>ÉLÉMENTS APPRÉCIÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Répond simultanément à plusieurs besoins de réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie</li> <li>● Cible spécifiquement les déficits cognitifs, les habiletés sociales et les stratégies de gestion de situations quotidiennes</li> <li>● Se centre constamment sur les expériences quotidiennes des participants</li> <li>● Travaille les habiletés selon une hiérarchie logique qui permet de construire progressivement un processus généralisable dans la vie quotidienne</li> <li>● Présente une structure claire et des exercices détaillés et concrets</li> <li>● Permet une progression selon le niveau du groupe, s'adapte aux besoins des participants</li> <li>● Présente un cadre sécurisant qui favorise la cohésion, l'entraide et un climat de confiance favorable à l'apprentissage</li> <li>● Est limité dans le temps, sert donc de levier pour passer à autres choses (retour au travail ou à l'école)</li> <li>● Produit des résultats observables</li> </ul>
<b>ÉLÉMENTS À AMÉLIORER</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● N'est pas un programme complet de réadaptation avec des objectifs individualisés, doit s'insérer à l'intérieur d'un programme multidisciplinaire</li> <li>● Ne documente pas assez clairement la théorie sous-jacente aux exercices et la théorie sur l'animation de groupes</li> <li>● Présente un cadre complexe parfois difficile à appliquer</li> <li>● Se justifie parfois difficilement étant donné les ressources humaines nécessaires pour le suivi d'un petit groupe de patients pendant une période prolongée</li> <li>● Exige beaucoup de temps de préparation et d'investissement autant pour les intervenants que les participants</li> <li>● Peut générer de l'anxiété de performance</li> <li>● Semble plus facilement applicable avec une clientèle aux atteintes homogènes</li> <li>● N'est pas assez en lien avec la vie réelle des participants, ne cible pas assez le maintien et la généralisation des apprentissages</li> </ul>

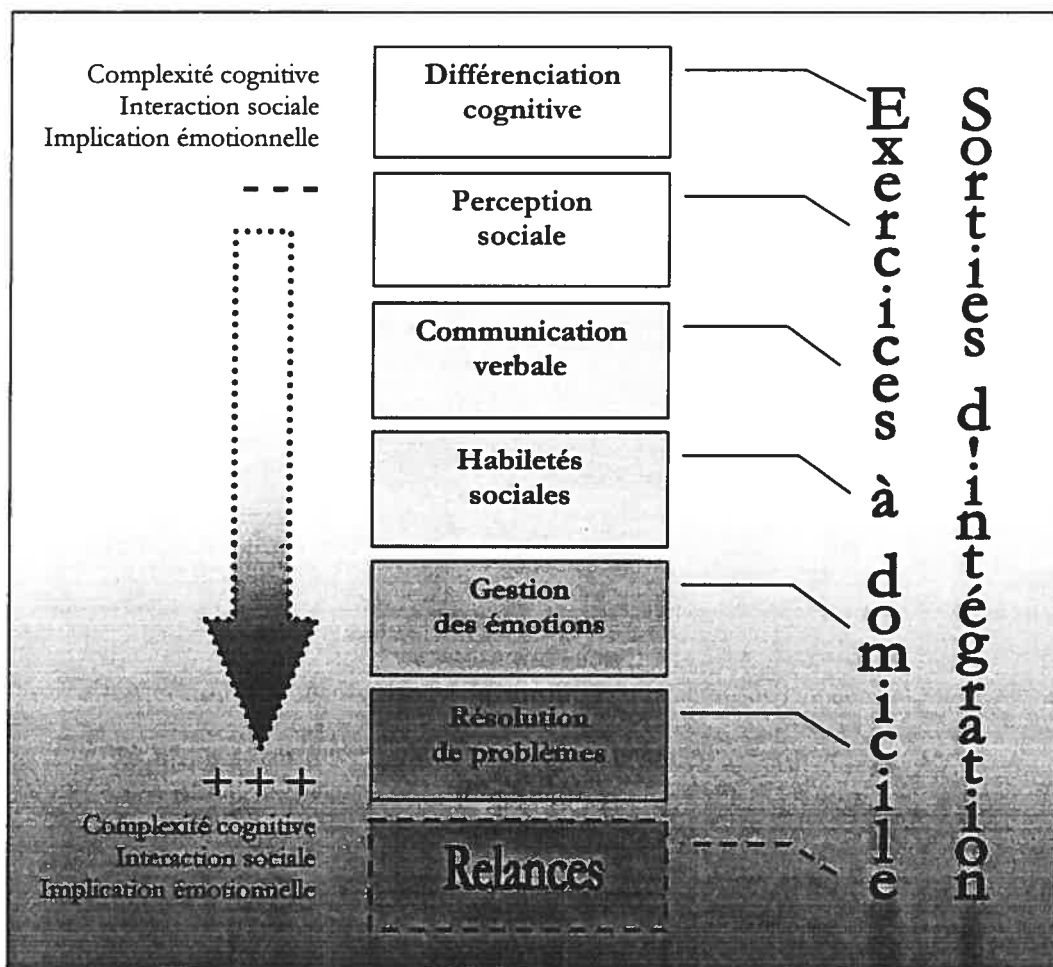


**Tableau 4. Ajouts pour la généralisation des apprentissages**

<p><b>EXERCICES À DOMICILE</b></p> <p><b>Objectif:</b> <u>Pratiquer</u> les acquis dans un contexte de vie réelle</p> <p><b>Exemples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Associer, à la maison, des concepts à un mot choisi en groupe (Module 1: Exercice d'hierarchie des concepts)</li> <li>• Choisir chez soi un article de journal intéressant à partager avec les autres participants (Module 3: Exercice de questions et réponses à partir d'un article)</li> <li>• Identifier deux situations rencontrées dans le quotidien en terme de but et obstacle (Module 6: Étapes d'identification d'une situation problématique)</li> </ul>
<p><b>SORTIES D'INTÉGRATION</b></p> <p><b>Objectif:</b> <u>Généraliser</u> les acquis dans un contexte de vie réelle</p> <p><b>Exemples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aller au cinéma et répondre ensuite à des questions sur le contenu du film (Objectifs des modules 2 et 3: valider les perceptions et pratiquer les résumés de situations)</li> <li>• Visiter une ressource communautaire et poser des questions préalablement préparées lors des séances de groupe (Objectif du module 4: pratiquer les demandes d'information)</li> <li>• Partager un repas dans un restaurant et discuter sur un thème choisi (Objectifs des modules 4 et 5: pratiquer les discussions informelles dans un contexte moyennement chargé affectivement)</li> </ul>
<p><b>RELANCES</b></p> <p><b>Objectif:</b> <u>Maintenir</u> les acquis après la fin du groupe IPT</p> <p><b>Exemples:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter un bilan écrit sur l'apport du groupe IPT</li> <li>• Identifier une situation difficile et faire le processus de résolution de problèmes avec le soutien des pairs</li> <li>• Faire une sortie d'intégration répondant aux difficultés et aux besoins identifiés par la groupe</li> </ul>

(Extrait du Guide de l'intervenant pour l'application de la version québécoise du programme IPT)

Figure 1. Version québécoise du programme IPT (Adapté de Pomini et al., 1998)



## Références

1. Anthony, W.A., 1992, Psychiatric rehabilitation: key issues and future policy, *Health Affairs*, 11, no 3, 164-171.
2. Beck, A.T., Rector, N.A., 2000, Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for a new millenium, *American Journal of Psychotherapy*, 54, no 3, 291-300.
3. Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., Agresta, J., 1997, Social Skills Training for Schizophrenia: A step-by-step guide, The Guilford Press, New-York.
4. Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V., Corrigan, P., 1992, Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-24.
5. Briand, C., Lesage, A.D., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Snyders, J., Villeneuve, K., 2003, The Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia: Evidence of effectiveness during program implementation in various sites in Québec, Canada. *Schizophrenia Research*, 60(1), 320.
6. Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., Mintz, J., 2000, Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.

7. Hodel, B., Brenner, H.D., Merlo, M., Teuber, J.F., 1998, Emotional management therapy in early psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 172, 128-133.
8. Kielhofner, G., 2002, *Model Of Human Occupation: Theory and Application*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
9. Liberman, R.P., Glynn, S.M., Blair, K., Ross, D., Marder, S.R., 2002, In Vivo Amplified Skills Training: Promoting Generalization of Independent Living Skills for Clients with Schizophrenia, *Psychiatry*, 65, no 2, 137-155.
10. Liberman, R.P., Kopelowicz, A., 1995, Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia, *International Clinical Psychopharmacology*, 9, no 5, 51-58.
11. Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Eckman, T.A., Vaccaro, J.V., Kuehmel, T.G., 1993, Innovations in skills training for the seriously mentally III: The UCLA Social and Independent Living Skills Module, *Innovations and Research*, 2, 43-59.
12. Liberman, R.P., De Risi, W.J., Mueser, K.T., 1989, *Social Training Skills for Psychiatric Patients*, Pergamon Press, New-York.
13. Luboshitzky, D., Gaber, L.B., 2000, Collaborative therapeutic homework model in occupational therapy, *Occupational Therapy in Mental Health*, 15, no 1, 43-60.
14. Müller, D.R., Roder, V., Brenner, H.D., 2003, Effectiveness of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for schizophrenia patients: A

- meta-analysis covering 25 years of research, *Schizophrenia Research*, 60, 326.
15. Nicole, L., Pires, A., Routhier, G., Bélanger, R., Bussière, G., et al., 1999, Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme spécifique d'intervention Premier-Épisode de l'Hôtel-Dieu de Lévis, *Santé Mentale au Québec*, 24, 121-135.
16. Pomini, V., Neis, L., Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V., 1998, *Thérapie psychologique des schizophrénies*, Mardaga éditeurs, Sprimont.
17. Roder, V., Brenner, H.D., Muller, D., Lachler, M., Zorn, P., Reisch, T., Bosch, J., Bridler, R., Christen, C., Jaspén, E., Schmidl, F., Schwemmer, V., 2002, Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 105, 363-371.

## Remerciements

La réalisation d'un tel projet a été possible grâce au travail constant de plusieurs assistants de recherche et à la collaboration des intervenants de neuf milieux cliniques:

1. le programme spécialisé pour Jeunes Adultes Psychotiques (JAP) du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM),
2. la clinique spécialisée pour jeunes adultes psychotiques, la Clinique Jeunes Adultes (CJA), de l'hôpital Louis-H. Lafontaine,
3. la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital général du LakeShore à Pointe-Claire (groupe de jeunes psychotiques),
4. la clinique externe de psychiatrie du centre hospitalier de Granby,
5. la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Charles LeMoine,
6. la clinique externe de psychiatrie du CHUM,
7. l'hôpital/centre de jour de Cité de la Santé de Laval,
8. la Clinique des psychotiques de Laval, l'une des cliniques externes du pavillon Albert Prévost de l'hôpital Sacré-Cœur,
9. le département de psychiatrie tertiaire (soins de longue durée) de l'hôpital Louis-H. Lafontaine

Le projet a été réalisé à l'aide d'une subvention du programme conjoint du FRSQ-CQRS-MSSS (projet SR-4245).

La version québécoise du programme IPT fait maintenant l'objet d'une formation et d'un entraînement pour les cliniciens désireux d'appliquer le programme dans leur milieu. Un guide de l'intervenant sur CD-ROM regroupant des outils d'application pertinents a également été conçu. De plus, un groupe de discussion sur Internet est en vigueur permettant aux cliniciens d'échanger leurs expériences sur l'application du programme. Les cliniciens peuvent s'inscrire à l'adresse suivante: *Projet\_IPT-owner@groupesyahoo.ca*

### **5.3 Le contexte de mise en œuvre du programme *Integrated Psychological Treatment***

Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis à la revue Politiques de Santé.*

## **Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves**

**Catherine Briand<sup>1</sup>**  
**Daniel Reinharz<sup>2</sup>**  
**Alain Lesage<sup>3</sup>**  
**Luc Nicole<sup>4</sup>**  
**Emmanuel Stip<sup>5</sup>**  
**Pierre Lalonde<sup>6</sup>**

Correspondance: Catherine Briand, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218 Bédard), Montréal (Québec), Canada, H1N 3V2; courriel: [REDACTED]; téléphone: 514-251-4015; fax: 514-251-5404

---

<sup>1</sup> Ergothérapeute, Candidate au doctorat, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

<sup>2</sup> Médecin, Chercheur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

<sup>3</sup> Psychiatre, Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H Lafontaine

<sup>4</sup> Psychiatre, Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine

<sup>5</sup> Psychiatre, Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H Lafontaine

<sup>6</sup> Psychiatre, Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine



**Résumé:**

Le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec soutient l'accès à des services de qualité pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Cependant, plusieurs contraintes empêchent l'implantation et la diffusion des pratiques novatrices dans toutes les régions du Québec. L'article présente l'analyse de l'implantation d'une pratique de réadaptation pour les personnes atteintes de schizophrénie et s'intéresse spécifiquement aux facteurs contextuels qui ont guidé la mise en œuvre du programme. Par un relevé systématique de cette mise en œuvre et des entrevues auprès des intervenants, les facteurs influençant le processus d'implantation du programme ont été documentés. Les résultats soutiennent l'importance d'un contexte organisationnel favorable à l'innovation, qui valorise l'expertise professionnelle, des services spécifiques à la clientèle psychotique et un travail d'équipe cohérent avec les valeurs préconisées. L'article soutient également l'importance de l'implication d'une équipe de référence supra-régionale pour faciliter l'implantation et la diffusion de tels programmes.

**Mots clés:** Système de santé, Psychiatrie, Diffusion de pratiques novatrices, Analyse d'implantation, Changement

**Abstract:**

The Quebec's Ministry of Health and Social Services promotes access to high-standard services for persons with severe mental illness. However, many difficulties impede the implementation and the diffusion of new clinical practices in all regions of Quebec. This paper presents an implementation analysis of a rehabilitation practice for people suffering from schizophrenia and deals specifically with the contextual factors that influence the setting up of the program. Based on systematic reports of the setting up and on interviews with clinical practitioners, the factors that influence the implementation process were documented. The results support the importance of an organisational context favourable to innovation, i.e. that encourages professional expertise, specific services for psychotic patients and teamwork in coherence with values advocated. The paper also promotes the importance of the implication of a supra-regional reference team to make easier the implementation and the diffusion of such programs.

## **Introduction**

Depuis plusieurs années, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec privilégie dans sa Politique de santé mentale (MSSS, 1989) les services aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. Une des cibles prioritaires est de mettre en place, dans chaque région du Québec, des services de suivi dans la communauté adaptés aux besoins des populations locales (MSSS, 2001). Pour ce qui est des personnes atteintes de schizophrénie, plusieurs programmes innovateurs de réadaptation et de réinsertion sociale sont disponibles (le terme programme est ici utilisé dans le sens d'une pratique). Cependant, peu sont intégrés de façon uniforme. Les ressources humaines sont limitées, les professionnels ont peu accès à de la formation continue et souvent les programmes existants demandent d'être adaptés au contexte du milieu. C'est dans cette perspective d'améliorer les services de santé mentale et la transférabilité des programmes innovateurs qu'il s'est avéré pertinent de documenter davantage comment les milieux s'approprient un programme selon leur contexte.

Le programme évalué, le *Integrated Psychological Treatment* (IPT) (Brenner, 1992), est une intervention de réadaptation de groupe pour les personnes atteintes de schizophrénie. Il fait partie de la gamme de services de pointe offerts aux personnes atteintes de schizophrénie en suivi externe de psychiatrie. De façon générale, le suivi regroupe un traitement médical et pharmacologique adapté ainsi qu'un soutien psychosocial varié dispensé par une équipe

multidisciplinaire. Le programme IPT répond en partie aux objectifs de réadaptation du plan de traitement et représente l'étape qui précède un retour aux études ou au travail, l'accès à un logement autonome ou à la vie citoyenne. Le programme IPT a été conçu spécifiquement pour une clientèle souffrant de psychose qui présente différents problèmes cognitifs et sociaux. Il permet à des groupes de 8 à 12 participants d'améliorer leur capacité à gérer les difficultés quotidiennes en vue d'une meilleure adaptation à la vie en société. Il est animé par deux professionnels à une fréquence de deux fois par semaine pour une durée totale de 8 à 15 mois.

Le programme IPT a fait l'objet d'études d'efficacité (Brenner, 1992, Müller, 2003) mais aucune étude ne permettait d'en évaluer l'implantation dans plusieurs milieux cliniques soumis à diverses contraintes. L'objectif de la présente étude a été de documenter le processus de mise en œuvre du programme IPT dans neuf milieux hospitaliers qui, au Québec, l'ont utilisé pour une première fois entre janvier 2001 et novembre 2002, d'en identifier les différences et similitudes ainsi que les facteurs contextuels qui leur sont associés.

### **Contexte du programme IPT au Québec**

Le programme IPT est un programme qui a été conçu en Suisse dans les années 1980 (Brenner, 1992). Au Québec, c'est un médecin-psychiatre qui s'est d'abord intéressé au programme. Il avait le désir de mettre sur pied une clinique pour

des jeunes psychotiques en début de maladie (clinique de premiers épisodes) intégrant aux approches pharmacologiques traditionnelles des approches de réadaptation tenant compte à la fois des problèmes cognitifs et sociaux des psychotiques. Le programme IPT permet d'intégrer systématiquement les approches connues d'entraînement aux habiletés sociales et les nouvelles connaissances sur la thérapie cognitive. Le programme IPT a donc été implanté pour une première fois au Québec en décembre 1996 par une équipe clinique de premiers épisodes qui l'ont adapté à leur réalité (Nicole et al., 1999).

Le programme IPT a vite intéressé les autres milieux de la psychiatrie au Québec. En effet, depuis l'arrivée des nouvelles connaissances sur les déficits cognitifs des personnes atteintes de schizophrénie, vers la fin des années 80, les professionnels québécois avaient un intérêt grandissant pour les approches d'intervention qui en tenaient compte. Plusieurs intervenants cherchaient à se former à ces nouvelles connaissances et pratiques. Il n'a donc pas été surprenant de constater un engouement pour le programme IPT auprès des intervenants de la réadaptation, particulièrement les ergothérapeutes mais aussi les infirmières. Plusieurs intervenants voulaient recevoir la formation et l'implanter dans leur milieu. C'est donc dans ce contexte que l'équipe de recherche s'est affiliée à l'équipe clinique à l'origine de l'introduction du programme IPT au Québec pour offrir la formation aux milieux intéressés et suivre leur processus de mise en œuvre. Cette équipe clinique a été partie prenante dans la mise en place du

projet de recherche mais également par son soutien-expert tout au long de la mise en œuvre du programme.

Le projet de recherche a reçu l'appui financier des Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ) pour l'ensemble de ses volets. En plus d'une analyse des contextes de mise en œuvre, le projet s'est intéressé à l'efficacité pragmatique du programme (Briand et al., 2003), au niveau de satisfaction et aux adaptations cliniques effectuées pour l'adapter au contexte du Québec (Briand et al., 2005) ainsi qu'aux coûts engendrés (Vasiliadis et al., soumis). L'ensemble de ces résultats a déjà été soumis ou est publié.

## **Méthodologie**

### *Caractéristiques des milieux à l'étude*

Les neuf milieux à l'étude ont été choisis de façon à refléter la diversité des milieux concernés. Ils devaient représenter des contextes cliniques et organisationnels différents:

- hôpitaux généraux vs universitaires,
- cliniques spécialisées pour psychotiques vs cliniques externes de psychiatrie générale,
- services offerts à des jeunes patients en début de maladie vs des patients plus âgés.

Les neuf milieux retenus sont d'ailleurs ceux qui se sont mobilisés les premiers pour faire partie du projet de recherche. Le recrutement a pris fin au moment où la diversité était atteinte et selon les ressources disponibles. Le tableau 1 présente les neuf milieux à l'étude et leurs caractéristiques propres. À noter que le projet de recherche a été accepté par l'ensemble des comités d'éthique impliqués.

#### INSÉRER TABLEAU 1

##### *Devis de recherche et cadres conceptuels privilégiés*

Le projet présenté est une étude d'implantation de type 1 (Champagne et Denis, 1992) qui s'intéresse aux facteurs contextuels qui ont influencé la mise en œuvre d'un programme. Les cadres conceptuels privilégiés dans l'analyse du processus de mise en œuvre sont:

- la théorie du comportement interpersonnel de Triandis (1980) qui a permis de mieux comprendre la motivation et la capacité d'agir des intervenants dans l'implantation du programme,
- le modèle de changement organisationnel de Hinings et Greenwood (1988) qui a permis de caractériser, dans une dynamique de changement, le contexte organisationnel et les structures et groupes d'acteurs impliqués.

Hinings et Greenwood (1988) utilisent le concept d'archétype pour décrire les composantes d'un système et leur cohérence interne. Le système (spécifique à un groupe d'acteurs dans ce cas-ci) est alors décrit par:

1. ses structures (et processus) formelles et informelles,

2. par les idées, valeurs et croyances qui les sous-tendent,
3. par la concordance entre ces deux parties.

Il y a cohérence interne lorsque les structures et processus renforcent et reflètent les schèmes interprétatifs.

Plus spécifiquement, l'utilisation imbriquée de ces deux modèles théoriques a permis:

1-de décrire la motivation et le pouvoir d'action des intervenants dans le processus décisionnel entourant l'implantation du programme IPT, l'influence des autres acteurs et d'identifier le leadership émergent et les mécanismes de prise de décision associés à cette implantation,

2-de documenter l'influence de l'expérience des intervenants et des différents contextes de mise en œuvre sur la capacité à gérer les difficultés rencontrées et à appliquer le programme,

3-d'explorer, en considérant les résultats obtenus, la motivation et l'intention d'agir des intervenants dans le maintien du programme IPT, d'identifier les contraintes perçues et la perspective de poursuivre l'implantation du programme dans leur milieu.

Selon Hinings et Greenwood (1988), pour maintenir une innovation, un milieu doit disposer d'une cohérence interne favorable à l'innovation ou entamer un changement de cohérence par une modification de ses schèmes interprétatifs ou de ses structures et processus. En regardant l'évolution de la cohérence pour



chacun des milieux et les modifications qui sont survenues, il a été possible d'interpréter les différentes trajectoires et d'estimer leur potentiel de changement.

#### *Collecte et analyse des données*

Le processus de mise en œuvre du programme IPT dans chacun des milieux a été documenté par la tenue de journaux de bord (questionnaire maison) tout au long de la première application du programme et par des entrevues semi-structurées auprès des intervenants en fin de processus. La collecte de données s'est échelonnée sur une période d'environ trois ans par milieu (de la première rencontre d'information à l'entrevue de groupe en fin de processus).

Les journaux de bord ont été complétés par les intervenants à chacune des séances IPT. Ils ont permis de faire un relevé systématique de la mise en œuvre et d'identifier pour chacun des milieux les taux de fréquentation au programme IPT (et les désistements), le rythme de chacun des modules, le contenu enseigné ainsi que le niveau de modifications ou d'ajouts effectués. L'analyse des journaux a permis de dresser un portrait de la mise en œuvre du programme pour chacun des milieux et d'en relever les différences. À des fins de validation, un document synthèse a été remis aux intervenants et des corrections et ajouts ont été effectués selon leurs commentaires.

Les entrevues ont permis de documenter le contexte de mise en œuvre du programme IPT dans chacun des milieux et d'identifier les facteurs favorables ou non à l'implantation du programme. Seule la perception des intervenants

ayant appliqué le programme a été recueillie. En accord avec les cadres conceptuels utilisés, ils ont été questionnés sur leur formation et expérience clinique, les valeurs professionnelles qu'ils préconisent, leur motivation à participer au projet, leur perception du milieu et de l'implication des autres acteurs ainsi que sur les difficultés rencontrées et les stratégies qu'ils ont utilisées pour y faire face. Ils ont eu à repasser l'histoire de l'arrivée du programme IPT en s'intéressant spécifiquement à trois moments-clés du processus:

1. la pré-implantation lorsque le programme a été discuté,
2. l'implantation (la première mise en œuvre du programme),
3. le moment de l'entrevue lorsque le maintien du programme est envisagé.

L'analyse des entrevues a permis de compléter l'histoire de chacun des milieux en faisant le lien entre les données objectives de mise en œuvre (documentées principalement par les journaux de bord) et le contexte organisationnel.

Les membres de l'équipe de recherche ont aussi tenu un journal du chercheur pour compléter ces informations. Plus spécifiquement, ce journal a permis d'y recueillir des informations détaillées sur le type et le niveau d'implication de l'équipe de recherche dans le processus d'implantation.

Pour l'ensemble des ces données qualitatives, des analyses de contenu ont été effectuées. Le logiciel Atlas-TI a été utilisé pour codifier une partie des données. La codification a permis de catégoriser les données en unité de sens

pour finalement en extraire la signification. La codification et l'analyse des données ont été guidées par les cadres conceptuels déjà identifiés. L'analyse s'est faite pour chacun des milieux d'abord pour chaque moment-clé (sans considérer l'évolution dans le temps) et par la suite, en considérant la perspective temporelle du changement organisationnel. L'analyse des caractéristiques des neuf milieux a permis de dégager des cas types permettant une vision réaliste de l'influence de certains facteurs sur l'implantation du programme IPT.

## **Résultats**

### **Facteurs influençant le choix d'implanter l'IPT**

#### *Motivation et intention d'agir*

Pour s'impliquer dans un processus d'implantation d'un nouveau programme, chaque acteur ou groupe d'acteurs doit être motivé et y trouver ses intérêts. Triandis (1980) a identifié quatre catégories de facteurs qui influencent l'intention d'agir (ou la motivation) d'un individu:

1. ses convictions personnelles,
2. les conséquences positives ou négatives qu'il perçoit,
3. son affect,
4. les facteurs sociaux qu'il a internalisés (croyances, normes et pressions sociales).

Pour les intervenants qui ont mis en œuvre le programme IPT dans chacun des milieux, plusieurs de ces facteurs ont influencé leur intention de participer au projet (voir schéma 1).

Tout d'abord, les nouvelles connaissances sur les déficits cognitifs des personnes atteintes de schizophrénie et la valorisation de plus en plus grande pour les approches de réadaptation cognitive dans le milieu de la psychiatrie ont eu un impact important sur les croyances et convictions des intervenants de la réadaptation. Au moment de présenter l'étude, une majorité d'entre eux étaient dans un processus de réflexion pour améliorer les interventions aux psychotiques et cherchaient à se former aux nouvelles approches cognitives. De plus, ils avaient l'habitude des approches axées sur les compétences et se sentaient à l'aise avec les principes de base du programme IPT. Il y avait donc un excellent timing pour présenter ce type d'étude. Les intervenants voyaient dans ce projet la possibilité d'améliorer leurs connaissances, les interventions et services offerts ainsi que l'état de santé de leurs patients et leur crédibilité dans le milieu. Il y avait pour une majorité des milieux une situation insatisfaisante à améliorer qui favorisait l'innovation et l'arrivée d'un nouveau programme.

#### INSÉRER SCHÉMA 1

##### *Leadership et pouvoir d'action*

Par contre, malgré la motivation des intervenants et leur intention de participer au projet, ils ne disposaient pas toujours d'un pouvoir d'action suffisant pour y assurer le leadership. Le processus décisionnel entourant l'implantation du

programme IPT a donc impliqué d'autres acteurs (ou groupes d'acteurs) et, pour certains, nécessité l'appui des instances décisionnelles.

L'histoire des neuf milieux à l'étude a permis d'identifier cinq groupes d'acteurs impliqués dans la décision d'implanter le programme IPT:

1. les professionnels qui appliquent le programme et leurs collègues paramédicaux (en majorité des ergothérapeutes, mais aussi des infirmières, travailleurs sociaux et psychologues),
2. les médecins–psychiatres,
3. les administrateurs professionnels (qui relèvent selon le milieu de la direction des services professionnels, hospitaliers ou infirmiers et qui sont souvent exclusifs à une discipline),
4. les coordonnateurs de services psychiatriques (qui relèvent de la direction du département de psychiatrie et qui assurent la coordination de services multidisciplinaires),
5. l'équipe de recherche.

L'analyse du processus décisionnel nous a permis de situer le leadership émergent dans chacun des milieux et ainsi de catégoriser différents types de décision. Le tableau 2 présente les quatre cas types qui découlent de cette analyse. Chaque cas illustre (par l'histoire réelle d'un milieu) un processus décisionnel type dans le choix d'implanter le programme IPT et l'influence des différents facteurs.

Pour cinq milieux à l'étude, la décision d'implanter le programme IPT est venue directement des intervenants (décision « bottom-up »). Ils croyaient fortement au bien-fondé du programme, à sa pertinence pour la clientèle psychotique et ils souhaitaient améliorer les services existants. Mais surtout, ils détenaient une grande autonomie professionnelle leur permettant de prendre le leadership dans l'implantation du programme, sans nécessairement avoir l'appui unanime des instances décisionnelles. Évidemment, plus le milieu était favorable à l'implantation, autant par ses appuis formels de la double direction (par l'administration professionnelle et/ou la coordination des services psychiatriques) ou informels (collègues paramédicaux et/ou médecins-psychiatres) que par ses valeurs préconisées (valorisation des approches de réadaptation cognitive), plus la décision était rapide et harmonieuse. Un seul de ces cinq milieux a vécu ce type de processus décisionnel (décision unanime).

Pour trois milieux à l'étude, la décision d'implanter le programme IPT est plutôt venue des administrateurs professionnels. Ils valorisaient l'arrivée des nouvelles approches dans le milieu et la mise à jour par le fait même des compétences professionnelles (décision « top-down »). De plus, ils étaient en mesure de rendre disponibles les ressources humaines nécessaires. Les intervenants étaient motivés mais leur implication dans la prise de décision était plutôt minimale. Pour l'un de ces trois milieux, l'implication des médecins-psychiatres a été nécessaire. Leur crédibilité et pouvoir d'action étaient plus importants que

l'administrateur professionnel et ils ont su réunir les conditions requises pour implanter l'IPT.

Enfin, pour un milieu à l'étude, la décision a été difficile et a nécessité l'implication d'un acteur externe, soit l'équipe de recherche. La grande motivation des intervenants ne compensait pas leur manque de pouvoir d'action dans la prise de décision. Il leur fallait des appuis au niveau des instances décisionnelles et seule la crédibilité de l'équipe de recherche pouvait faire pression pour favoriser l'implantation du programme IPT. L'équipe de recherche a donc agi en légitimant l'innovation proposée auprès des deux directions (professionnelles et départementales) et en valorisant leur implication dans le projet de recherche. Il est à noter que seuls les milieux qui ont implanté le programme IPT ont été retenus pour l'étude. Certains milieux intéressés, qui ont dû abandonner l'idée de participer au projet de recherche, n'ont pas été suivis. L'analyse ne reflète donc pas les milieux pour qui la décision d'implanter l'IPT a finalement été négative.

## INSÉRER TABLEAU 2

### **Facteurs influençant la mise en œuvre du programme IPT**

#### *Expérience et maîtrise de l'environnement*

L'histoire de mise en œuvre du programme IPT a été très différente d'un milieu à l'autre. Les intervenants ont eu à faire face à différentes contraintes qu'ils ont dû gérer au mieux de leurs possibilités. Pour certains d'entre eux, le contexte organisationnel a été facilitant tandis que pour d'autres, il l'a été beaucoup

moins. De plus, selon leur expérience clinique et du milieu, ils détenaient un potentiel différent dans la gestion des difficultés. Plus les intervenants comprenaient les enjeux soulevés dans la mise en œuvre du programme (autant au niveau clinique que stratégique par l'identification des obstacles et des dynamiques internes), plus ils étaient en mesure de maîtriser les contraintes de l'environnement. L'analyse a permis d'identifier quatre capacités requises à une mise en œuvre réussie du programme IPT (et à une bonne maîtrise de l'environnement):

1-Capacité à adapter le programme aux besoins de groupe (selon la pertinence des modifications effectuées et adaptées au niveau de fonctionnement et d'apprentissage des participants),

2-Capacité à maintenir l'assiduité et à éviter les désistements (selon les taux de fréquentation et de désistement calculés),

3-Capacité à répondre aux exigences du projet et aux imprévus (selon le type et le niveau d'implication de l'équipe de recherche et des autres acteurs impliqués) et,

4-Capacité à s'adapter au contexte, à négocier et à créer des alliances (selon les stratégies utilisées par les intervenants et leur identification des enjeux).

Le tableau 3 présente quatre cas types de mise en œuvre où l'expérience et le contexte organisationnel ont influencé différemment la capacité des intervenants à faire face aux difficultés.



Le premier cas représente un idéal-type (1 des 9 milieux d'étude) i.e. un milieu où les intervenants sont en parfaite maîtrise de l'environnement. Ils ont de l'expérience avec la clientèle et les approches de réadaptation cognitive ce qui leur permet d'adapter le programme IPT aux besoins spécifiques des participants. Ils connaissent parfaitement les principes de thérapies de groupe et l'importance d'établir une bonne dynamique favorable à l'apprentissage. De plus, ils ont l'appui de leurs pairs pour mettre en place le programme et stimuler l'assiduité des participants. Le milieu prône la continuité des services et le suivi multidisciplinaire de la clientèle psychotique. Les désistements sont minimaux. Ils ont l'habitude de travailler en coopération (indépendamment de l'affiliation professionnelle) et donc de s'organiser pour partager les tâches et répondre aux exigences du projet. Le milieu favorise cette collaboration par un climat de confiance et de reconnaissance des expertises professionnelles. De plus, les ressources professionnelles qualifiées en réadaptation cognitive sont disponibles et leur affectation semble assez souple pour répondre aux besoins du moment. Le milieu valorise la réadaptation auprès de la clientèle et des structures organisationnelles adaptées au programme IPT existent déjà. Malgré la charge importante de travail, les intervenants s'adaptent aux contraintes et imprévus qui surgissent. Ils sont à même de créer les alliances nécessaires à la mise en œuvre du programme IPT.

Le deuxième cas type représente des milieux (3 des 9 milieux d'étude) où les intervenants sont moins expérimentés. Leur potentiel de maîtrise de

l'environnement est donc plus bas. Ils ont moins d'années d'expérience auprès de la clientèle psychotique et avec les approches de réadaptation cognitive. Pour s'assurer de bien ajuster le programme IPT aux besoins spécifiques du groupe, ils font appel à l'expertise disponible (dans leur milieu ou via le projet de recherche). De plus, pour favoriser l'assiduité des participants et éviter les désistements, ils s'appuient sur une structure organisationnelle favorable (travail d'équipe, continuité des services, etc.). Cependant, moins la structure organisationnelle est soutenante, plus les désistements sont importants. Les intervenants de ces milieux sont souvent jeunes, dynamiques et très motivés à réussir, peu importe le temps qu'il faut mettre. Ils réussissent donc à répondre aux exigences du projet mais en absorbant, sans mettre de limites, une charge de travail importante. Le climat de travail favorable au programme leur permet de répondre aux contraintes et imprévus. Ils reconnaissent moins bien les enjeux soulevés et l'importance de créer des alliances. La structure organisationnelle favorable ne nécessite d'ailleurs pas qu'ils usent énormément de stratégies pour implanter le programme IPT. Il est à noter qu'aucun milieu à l'étude où les intervenants étaient peu expérimentés n'avait une structure organisationnelle non-favorable à l'implantation du programme IPT.

Le troisième cas type représente des milieux (3 des 9 milieux d'étude) où les structures existantes ne facilitent pas l'arrivée du programme IPT. Les intervenants ont l'expérience de la clientèle et des approches de réadaptation cognitive. Ils peuvent donc adapter le programme aux besoins du groupe. Par

contre, étant donné une configuration organisationnelle sans travail d'équipe et sans service spécifique pour la clientèle psychotique, ils doivent compenser constamment le manque d'appuis quotidiens d'une équipe multidisciplinaire. Les intervenants ont donc plus de difficultés à maintenir l'assiduité des participants. Le milieu valorise pourtant les approches de réadaptation et l'importance d'intervenir au niveau des difficultés sociales et cognitives des psychotiques. Les structures ne reflètent donc pas totalement les valeurs préconisées. Il y a un problème de cohérence interne dans le milieu. Le partage des tâches et responsabilités se fait entre les intervenants impliqués dans la mise en œuvre du programme IPT créant ainsi une surcharge de travail et parfois de l'irritabilité envers les demandes de l'équipe de recherche. L'implication de l'équipe de recherche permet de pallier occasionnellement à cet essoufflement et d'aider à la gestion des imprévus. L'expérience des intervenants dans le milieu facilite de façon importante la mise en œuvre du programme IPT. Ils savent s'ajuster au contexte et comment créer les alliances nécessaires.

Le quatrième cas type représente des milieux (2 des 9 milieux d'étude) où les valeurs et structures sont peu favorables à l'implantation du programme IPT. Le milieu valorise le modèle médical traditionnel. Il y a donc peu de ressources professionnelles non médicales disponibles et de services de réadaptation offerts à la clientèle psychotique. La réadaptation cognitive est méconnue et peu valorisée. Des désaccords existent concernant les meilleures approches à utiliser avec la clientèle psychotique. Le médecin-psychiatre est au centre des

décisions. Il y a peu de reconnaissance des expertises professionnelles et un climat de contrôle semble exister. Les intervenants se sentent souvent peu respectés et dénoncent le manque de transparence dans les prises de décision. Le climat de travail est tendu et non-facilitant pour la mise en œuvre du programme IPT. Cependant, les intervenants de ces milieux sont très expérimentés. Ils sont donc en mesure d'adapter le programme aux besoins du groupe et de maintenir l'assiduité des participants. Ils sont habitués à travailler seuls et à user de stratégies pour atteindre leurs objectifs. Ils vont chercher le soutien nécessaire de l'équipe de recherche ce qui leur permet de répondre aux exigences et aux imprévus. Ils connaissent très bien les dynamiques internes et savent parfaitement avec qui créer des alliances. La mise en œuvre du programme IPT n'aurait pu être possible sans eux. Ils ont su développer d'excellentes capacités d'affirmation et d'adaptation nécessaires à une bonne mise en œuvre du programme IPT.

### INSÉRER TABLEAU 3

#### **Facteurs influençant le maintien du programme IPT**

##### *Évaluation des résultats*

Les résultats obtenus à la suite d'une première application influencent la motivation des acteurs à continuer l'implantation d'un programme. Les conséquences réelles observées (en comparaison aux conséquences perçues, voir schéma 1) agissent comme une boucle de rétroaction sur l'intention d'agir (maintenir l'innovation dans ce cas-ci) (Triandis, 1980). Pour l'implantation du

programme IPT, les résultats ont été très positifs. La condition de santé de la clientèle s'est améliorée (Briand et al., 2003) et les apprentissages effectués par les intervenants sont généralisables à leur pratique. Une majorité d'intervenants sont donc encore très motivés à poursuivre l'implantation du programme IPT. Les quelques réticences émises par les intervenants en ce qui a trait à la pertinence du programme concernent les participants avec d'importantes atteintes cognitives et le maintien difficile des acquis à long terme. En fait, les principales contraintes identifiées par les intervenants proviennent plutôt de la structure organisationnelle du milieu: charge de travail importante, ressources professionnelles limitées, absence de structure spécialisée pour la clientèle psychotique, manque d'appuis formels, etc. Pour continuer l'application du programme IPT, les intervenants veulent donc s'assurer de disposer des meilleures conditions possibles et combler les limites et contraintes rencontrées lors de leur première mise en œuvre. Tous s'entendent pour dire que l'application du programme IPT est exigeante et qu'une implantation réussie exige un contexte organisationnel facilitant.

#### *Évolution de la cohérence interne*

L'analyse des neuf milieux d'étude a permis d'explorer d'une façon longitudinale les changements ou non de cohérence interne et d'identifier pour chacun des milieux leur possibilité de maintenir le programme IPT. Selon Hinings et Greenwood (1988), le changement est réussi lorsqu'il y a une réorganisation et qu'une nouvelle cohérence interne s'installe (un nouvel archétype). Le tableau 4

illustre quatre cas types qui découlent de cette analyse. À noter que la période de temps très courte entre la fin de la première application et l'entrevue post-processus ne permet pas de juger totalement du maintien du programme.

Le premier cas représente des milieux (3 des 9 milieux d'étude) où la cohérence interne très favorable permet le maintien du programme IPT. Le programme s'insère parfaitement dans la structure organisationnelle existante. Le milieu offre déjà des services de réadaptation cognitive à la clientèle psychotique et les services existants sont facilement interchangeable avec le nouveau programme. La réorganisation est donc minimale (inertie favorable à la transformation). De plus, l'ensemble des groupes d'acteurs impliqués valorise ce type d'approche et fait pression pour maintenir le programme. Ces acteurs ont donc les appuis nécessaires leur permettant une souplesse dans l'affectation des ressources humaines disponibles.

Le deuxième cas représente des milieux (3 des 9 milieux d'étude) où le processus de transformation a été interrompu et ce, malgré une cohérence interne au départ favorable à l'implantation du programme IPT. En fait, ces milieux ont rencontré en fin de processus des difficultés au niveau de leur structure organisationnelle créant ainsi un déséquilibre dans la cohérence interne et une obligation de se réorganiser. Les ressources professionnelles formées étaient moins disponibles, la charge de travail importante et les appuis formels de moins en moins clairs pour le maintien du programme IPT. Pour continuer, ils doivent revoir leurs structures et processus afin de rétablir une

cohérence interne favorable. Ces milieux ont peu de possibilités de maintenir le programme IPT à court terme.

Le troisième cas représente des milieux (2 des 9 milieux d'étude) où une nouvelle cohérence interne est en train de s'installer (transformation réussie). La cohérence interne était peu favorable au départ et l'arrivée du programme IPT a déstabilisé les valeurs existantes et incité à une réorganisation. Ces milieux avaient peu ou pas de services de réadaptation pour la clientèle psychotique et ce type d'approche était peu connu ou inégalement valorisé. La grande motivation des intervenants et leur leadership a permis de mettre en place le programme IPT et du même coup de susciter l'intérêt des autres acteurs. Les intervenants sont arrivés progressivement à réunir d'autres personnes dans leur projet d'innovation et à installer les structures organisationnelles favorables. L'arrivée de nouvelles personnes à la direction a également permis une ouverture face à l'implantation du programme IPT. Ces milieux vont vers un maintien probable du programme.

Le quatrième cas représente des milieux (1 des 9 milieux d'étude) où la transformation a échoué. La cohérence interne était peu favorable au départ et l'arrivée imposée du programme IPT n'a pas su permettre une réorganisation. Malgré une structure spécialisée pour la clientèle psychotique et l'appui de la direction et des psychiatres, ce type de programme était peu valorisé par les intervenants impliqués. Pour la majorité d'entre eux, les services déjà offerts étaient satisfaisants. Le programme IPT a pu être mis en œuvre étant donné un

conflit de valeurs entre certains groupes d'acteurs et des pouvoirs d'action différents (incohérence interne). Cependant, il a causé plus d'insatisfactions que de remises en question. La fin du projet de recherche et l'arrivée de nouvelles personnes a permis la diminution des tensions et le retour à l'équilibre antérieur (donc la disparition probable du programme IPT).

Malgré le maintien peu probable du programme IPT dans certains milieux (4 des 9), un effet de contamination a été observé. Certains intervenants impliqués dans le projet de recherche et qui ont dû quitter en cours de route ont continué à appliquer le programme IPT dans un nouveau milieu. Par leur motivation et leur détermination, ils ont su réunir les conditions requises et implanter dans un autre milieu le programme IPT.

#### INSÉRER TABLEAU 4

### **Conclusion**

Bref, malgré plusieurs difficultés rencontrées, les intervenants sont quand même d'accord pour dire que leur première mise en œuvre du programme IPT a été une réussite. Ils ont su mettre en place le programme, l'adapter au besoin de leur groupe et de leur milieu et arriver à des résultats positifs pour la clientèle et pour eux-mêmes. Tous les milieux participants ont montré une efficacité dans l'évaluation des effets et ce, malgré des différences entre les milieux et leur volonté de poursuivre (Briand et al., 2003). L'analyse présentée permet d'illustrer le défi important que rencontrent les intervenants qui veulent innover



et leur contribution majeure dans l'implantation du programme IPT. La question essentielle à discuter est donc comment permettre le maintien du programme et sa transférabilité dans d'autres milieux de la psychiatrie au Québec. Plusieurs éléments de réponse sont disponibles à travers les résultats obtenus.

D'abord, les intervenants qui disposaient d'une plus grande autonomie professionnelle dans le milieu semblent avoir eu moins de difficultés à implanter le programme IPT. Pour les professionnels, leur pouvoir d'action passe par une reconnaissance de leur expertise, leur donnant ainsi une latitude d'action et une crédibilité dans leur milieu. Les intervenants (ou les administrateurs professionnels) qui disposaient de cette crédibilité ont été en mesure d'assurer le leadership dans la mise en œuvre du programme IPT et de réunir les conditions favorables à son maintien. Un climat qui valorise le respect des expertises favorise cette initiative professionnelle et l'émergence d'idées novatrices.

L'existence d'une structure (équipe ou clinique) offrant des services spécifiques à la clientèle psychotique et valorisant les nouvelles approches de réadaptation semble également avoir été facilitante. En fait, plus les valeurs du milieu étaient en accord avec le programme IPT (et les structures en place cohérentes avec ces valeurs), plus l'innovation était facile à implanter. Le programme IPT s'accordait alors parfaitement avec les modèles de pratique et les services déjà offerts. Les ressources professionnelles qualifiées étaient disponibles et les appuis formels et informels déjà en place.

Le travail en équipe multidisciplinaire a également facilité l'arrivée du nouveau programme. Les tâches et responsabilités ont été partagées et réorganisées selon les nouvelles exigences. L'appui des collègues est un élément essentiel dans l'implantation d'un programme. L'ensemble de l'équipe doit comprendre la pertinence du nouveau programme et l'intégrer dans sa démarche complète de services. L'implantation imposée d'un programme, sans véritable consensus, ne peut amener que des insatisfactions et des conflits entravant alors le bon fonctionnement de l'équipe.

L'appui des deux directions (professionnelles et départementales) et des médecins-psychiatres est tout aussi important pour maintenir un programme. Une implantation réussie exige des modifications dans les structures en place et les acteurs qui disposent d'un pouvoir d'action élevé se doivent d'être impliqués. Ils sont en mesure de libérer le personnel nécessaire, d'organiser autrement les services mais surtout de défendre l'innovation auprès des groupes d'acteurs qui s'y opposent (ou qui sont moins convaincus).

L'association entre les milieux cliniques et la recherche a également joué un rôle important dans l'implantation et la diffusion du programme IPT. Cette collaboration a permis de former une masse critique d'intervenants dans plusieurs milieux cliniques et de leur donner le soutien nécessaire à la mise en œuvre réussie du programme IPT. Ils ont eu accès tout au long de leur première application à une équipe de recherche à l'écoute de leurs besoins et disponibles pour combler les difficultés rencontrées. L'équipe de recherche a agi comme

catalyseur en réunissant autour d'un même projet d'implantation des intervenants de la réadaptation et en permettant la diffusion et le partage des connaissances. Elle a été, pour les milieux, une ressource indispensable pour assurer l'implantation et la conduite de l'IPT.

Mais comment réunir ces conditions favorables et permettre la diffusion du programme IPT dans d'autres milieux? Dans ce projet, le changement est venu d'une volonté des professionnels d'innover et d'améliorer leurs pratiques. Selon Mintzberg (1982), le changement dans ce type d'organisation (de type bureaucratie professionnelle) se fait justement à travers le processus d'évolution des professionnels. Par alternance entre l'expérience concrète et l'émergence de nouvelles connaissances, les professionnels modifient progressivement leurs conceptions et modèles d'intervention. Pour Mintzberg (1982), les corporations professionnelles (et les administrateurs professionnels des organisations) ont une responsabilité dans l'utilisation des nouvelles approches. De par leur fonction, ils ont la responsabilité d'établir les standards d'une pratique professionnelle de qualité répondant aux nouvelles connaissances et pratiques du domaine d'intérêt. L'évaluation des compétences professionnelles et la formation continue en sont des moyens.

L'équivalent fonctionnel de l'équipe de recherche doit également être maintenu. Une entité supra-régionale, une équipe de référence et de soutien à l'implantation de tels programmes, à la qualité de leur reddition et possiblement à leur poursuite dans les milieux semble essentielle pour actualiser la volonté

Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.  
Article soumis à la revue Politiques de santé.

---

d'innover. Sans l'équipe de recherche (et selon l'analyse présentée), il n'est pas inconvenant de penser que plusieurs milieux auraient abandonné l'implantation du programme IPT.

L'établissement de nouveaux standards dans la pratique professionnelle et la mise en place d'équipes de référence ne peuvent se faire sans une volonté nationale d'améliorer les services de réadaptation offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. La concertation des acteurs locaux, régionaux et nationaux est souhaitable dans l'implantation de pratiques prioritaires.

**Tableau 1. Caractéristiques des milieux à l'étude**

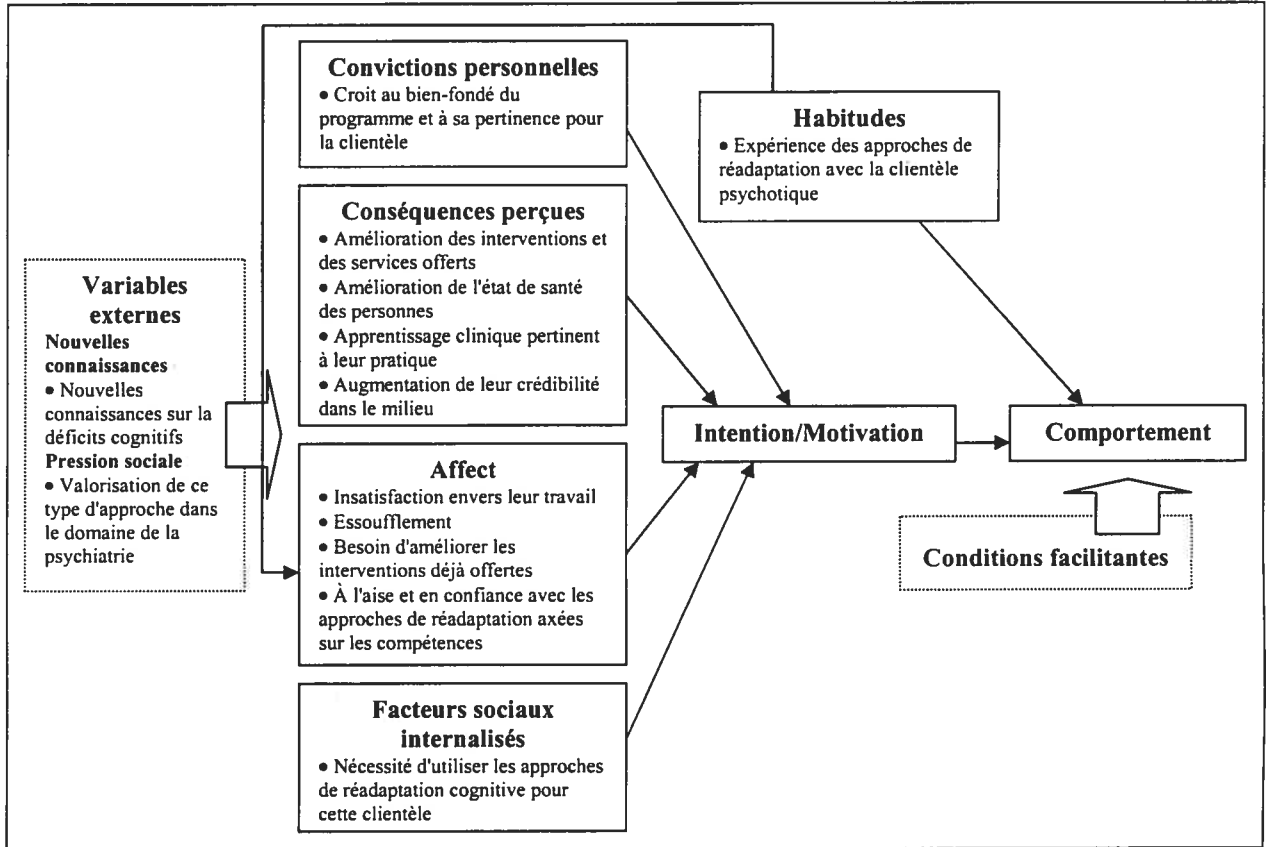
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9
HG	HG	HU	HU	HP	HG	HG	HG	HP
CE	CE	CE	CS	CS	CS	CJ	CE	CS
V	V	V	J	SLD	V	V	J	J

HG: Hôpital général; HU: Hôpital universitaire; HP: Hôpital psychiatrique

CE: Clinique externe de psychiatrie générale; CS: Clinique spécialisée; CJ: Centre de jour

J: Jeunes en début de maladie; V: Clientèle adulte d'âges variés; SLD: Clientèle âgée de soins de longue durée

**Schéma 1: La motivation et l'intention d'agir des intervenants à l'implantation du programme IPT (selon la théorie du comportement interpersonnel de Triandis, 1980)**



Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.  
Article soumis à la revue Politiques de santé.

**Tableau 2. Cas types illustrant le processus décisionnel de mise en œuvre du programme IPT**

	<b>DÉCISION UNANIME</b>	<b>DÉCISION «BOTTOM-UP»</b>	<b>DÉCISION «TOP-DOWN»</b>	<b>DÉCISION DIFFICILE</b>
<b>Motivation et pouvoir d'action des intervenants</b>	<p>Motivation importante avec un bon pouvoir d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essoufflement, besoin d'améliorer les services offerts</li> <li>• Croient au bien-fondé du programme</li> <li>• Voient le projet comme un défi stimulant</li> <li>• Autonomie professionnelle</li> <li>• Implication élevée, leadership principal</li> </ul>	<p>Motivation importante avec un bon pouvoir d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérêt pour améliorer les services offerts, pour innover</li> <li>• Croient au bien-fondé du programme</li> <li>• Autonomie professionnelle</li> <li>• Implication élevée, leadership principal</li> </ul>	<p>Motivation variable avec peu de pouvoir d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissent peu le programme, choix imposé</li> <li>• Croient au bien-fondé de la recherche, voient le projet comme stimulant</li> <li>• Implication minimale</li> </ul>	<p>Motivation importante avec peu de pouvoir d'action</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfaction face à leur travail, prêts à de nouveaux défis</li> <li>• Croient au bien-fondé du programme</li> <li>• Peu d'autonomie professionnelle</li> <li>• Implication élevée mais sans pouvoir décisionnel</li> </ul>
<b>Contexte organisationnel</b>	<p>Très favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préoccupation régionale pour des services de réadaptation innovateurs</li> <li>• Appui important des psychiatres, des professionnels et des deux directions</li> <li>• Valorisation de ce type d'approche dans le milieu</li> <li>• Milieu ouvert à l'innovation et au changement</li> </ul>	<p>Favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui de la direction du département de psychiatrie mais variable d'un psychiatre à l'autre</li> <li>• Valorisation de ce type d'approche dans le milieu, particulièrement dans les structures où on offre déjà des programmes de réadaptation</li> </ul>	<p>Très favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui important de l'administrateur professionnel, leadership principal</li> <li>• Priorité pour ce type de programme dans le milieu, programme similaire déjà offert</li> <li>• Ressources professionnelles importantes</li> </ul>	<p>Peu favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration difficile entre les professionnelles et les deux directions</li> <li>• Appui variable des psychiatres</li> <li>• Ressources professionnelles limitées</li> <li>• Modèle médical valorisé, peu de valeur de réadaptation</li> </ul>
<b>Implication de l'équipe de recherche</b>	<p>Peu d'implication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication technique uniquement</li> </ul>	<p>Peu d'implication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication technique uniquement</li> </ul>	<p>Peu d'implication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication technique uniquement</li> </ul>	<p>Implication importante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication technique, stratégique et de soutien</li> </ul>

Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.  
Article soumis à la revue Politiques de santé.

**Tableau 3. Cas types illustrant différents contextes de mise en œuvre du programme IPT**

	<b>IDÉAL-TYPE</b>	<b>DÉFI D'EXPÉRIENCE</b>	<b>DÉFI DE STRUCTURE</b>	<b>DÉFI DE VALEURS</b>
<b>Expérience des intervenants</b>	<p>Beaucoup d'expérience</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience de la clientèle et de la thérapie de groupe</li> <li>• Intervenants habitués à travailler ensemble et avec ce type d'approche</li> <li>• Expérience du milieu</li> </ul>	<p>Peu d'expérience</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu d'expérience de la clientèle et de la thérapie de groupe</li> <li>• Intervenants peu habitués à travailler ensemble et avec ce type d'approche</li> <li>• Peu d'expérience du milieu</li> </ul>	<p>Beaucoup d'expérience</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience de la clientèle et de la thérapie de groupe</li> <li>• Intervenants habitués à travailler ensemble et avec ce type d'approche</li> <li>• Expérience du milieu</li> </ul>	<p>Beaucoup d'expérience</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience de la clientèle et de la thérapie de groupe</li> <li>• Intervenants peu habitués à travailler ensemble et avec ce type d'approche</li> <li>• Expérience importante du milieu et des dynamiques internes</li> </ul>
<b>Contexte organisationnel</b>	<p>Très favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure déjà existante offrant des services spécifiques à la clientèle psychotique</li> <li>• Souplesse dans l'affectation des ressources humaines et dans les services offerts</li> <li>• Collaboration de tous dans le projet, coopération entre les services et les professionnels</li> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Expertise importante dans le milieu pour ce type de pratique</li> <li>• Milieu qui croit au bien-fondé du programme IPT et qui valorise ce type d'approche</li> <li>• Excellent climat de travail qui valorise l'autonomie et la coopération</li> </ul>	<p>Très favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure déjà existante offrant des services spécifiques à la clientèle psychotique</li> <li>• Souplesse dans l'affectation des ressources humaines et dans les services offerts</li> <li>• Collaboration de tous dans le projet, coopération entre les professionnels</li> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Valeurs de réadaptation préconisées</li> <li>• Bon climat de travail qui valorise l'autonomie et la coopération</li> </ul>	<p>Favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de services spécifiques offerts à la clientèle psychotique</li> <li>• Peu de travail d'équipe, absence de structure spécialisée pour la clientèle</li> <li>• Surcharge de travail, essoufflement</li> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Valeurs de réadaptation préconisées</li> <li>• Autonomie et liberté professionnelle</li> </ul>	<p>Peu favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de services de réadaptation offerts à la clientèle psychotique</li> <li>• Manque de ressources professionnelles formées</li> <li>• Peu de travail d'équipe, manque de continuité dans les services offerts</li> <li>• Appui inconstant des deux directions mais soutien des collègues</li> <li>• Réadaptation cognitive peu valorisée</li> <li>• Fort pouvoir médical, modèle médical traditionnel privilégié</li> <li>• Manque de reconnaissance de l'expertise professionnelle</li> <li>• Climat tendu (manque de confiance et de transparence)</li> </ul>
<b>Implication de l'équipe de recherche</b>	<p>Peu d'implication</p>	<p>Implication moyenne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication en majorité clinique</li> </ul>	<p>Implication moyenne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication en majorité technique</li> </ul>	<p>Implication importante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication technique, clinique et stratégique</li> </ul>
<b>Capacités de mise en œuvre</b>	<p>Excellentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité à adapter le programme aux besoins du groupe</li> <li>• Capacité à maintenir l'assiduité et à éviter les désistements</li> <li>• Capacité à répondre aux exigences du projet et aux imprévus</li> <li>• Capacité à s'ajuster au contexte, à négocier et à créer des alliances</li> </ul>	<p>Moyennes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien requis pour adapter le programme aux besoins du groupe</li> <li>• Capacité à maintenir l'assiduité et à éviter les désistements (mais très variable selon le contexte organisationnel)</li> <li>• Capacité à répondre aux exigences du projet et aux imprévus</li> <li>• Plus de difficultés à s'ajuster au contexte, à négocier et à créer des alliances</li> </ul>	<p>Moyennes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité à adapter le programme aux besoins du groupe (mais compensation constante étant donné le manque de soutien)</li> <li>• Difficulté à maintenir l'assiduité et à éviter les désistements</li> <li>• Soutien requis pour répondre aux exigences du projet et aux imprévus</li> <li>• Capacité à s'ajuster au contexte, à négocier et à créer des alliances</li> </ul>	<p>Bonnes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité à adapter le programme aux besoins du groupe (mais compensation constante étant donné le manque de soutien)</li> <li>• Capacité à maintenir l'assiduité et à éviter les désistements</li> <li>• Soutien requis pour répondre aux exigences du projet et aux imprévus</li> <li>• Capacité à s'ajuster au contexte, à négocier et à créer des alliances</li> </ul>



Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.  
Article soumis à la revue Politiques de santé.

**Tableau 4. Cas types illustrant différentes possibilités de maintenir (ou non) le programme IPT (selon la dynamique du changement de Hinings et Greenwood, 1988)**

	<b>MOMENT #1</b> <b>Avant l'implantation</b> <b>du programme</b>	<b>MOMENT #2</b> <b>Lors de la première</b> <b>mise en œuvre</b>	<b>MOMENT #3</b> <b>Après la première</b> <b>mise en œuvre</b>
<b>INERTIE FAVORABLE À LA TRANSFORMATION</b>	Cohérence interne très favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure spécialisée pour la clientèle psychotique</li> <li>• Services de réadaptation déjà offerts mais amélioration et innovation possible</li> <li>• Valorisation de ce type de programme pour la clientèle</li> </ul>	Cohérence interne très favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services similaires cessés et remplacés par le programme IPT</li> <li>• Ajout de professionnels pour le projet de recherche</li> <li>• Appui important des deux directions et des psychiatres</li> <li>• Soutien des collègues</li> </ul>	Cohérence interne très favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien probable du programme IPT</li> <li>• Pression des psychiatres et/ou collègues pour maintenir le programme</li> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Ressources professionnels disponibles</li> <li>• Valorisation importante dans le milieu pour le programme IPT</li> </ul>
<b>TRANSFORMATION INTERROMPUE</b>	Cohérence interne favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de réadaptation déjà offerts à la clientèle mais amélioration et innovation possible</li> <li>• Valorisation de ce type de programme pour la clientèle</li> </ul>	Cohérence interne favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services similaires cessés et remplacés par le programme IPT</li> <li>• Déplacement de professionnels pour le projet de recherche, nouvelles collaborations</li> <li>• Appui des deux directions</li> <li>• Peu de soutien des psychiatres et collègues</li> </ul>	Cohérence interne peu favorable déstabilisée par un défi de structure <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien peu probable du programme IPT</li> <li>• Manque de ressources professionnelles formées, surcharge de travail</li> <li>• Appui plus diffus des deux directions une fois le projet de recherche terminé</li> <li>• Valorisation du programme IPT dans le milieu</li> </ul>
<b>TRANSFORMATION RÉUSSIE (RÉORIENTATION)</b>	Cohérence interne peu favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu ou pas de services de réadaptation offerts à la clientèle psychotique</li> <li>• Insatisfaction des professionnels pour la manque de services</li> <li>• Méconnaissance ou valorisation inégale de ce type de programme</li> </ul>	Cohérence interne peu favorable mais déstabilisée par l'IPT <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun ajout de personnel pour le programme IPT</li> <li>• Appui variable des deux directions et des psychiatres</li> <li>• Soutien des collègues</li> <li>• Intérêt de plus en plus présent pour ce type de programme</li> </ul>	Nouvelle cohérence interne favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintien probable du programme IPT</li> <li>• Mise en place d'une équipe pour offrir des services spécifiques à la clientèle psychotique</li> <li>• Appui des deux directions et des psychiatres (changement et arrivée de nouvelles personnes)</li> <li>• Intérêt de plus en plus présent pour ce type de programme</li> </ul>
<b>TRANSFORMATION ÉCHOUÉE</b>	Cohérence interne peu favorable mais déstabilisée par un conflit de valeurs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure spécialisée pour la clientèle psychotique</li> <li>• Services de réadaptation déjà offerts et satisfaisants</li> <li>• Valorisation inégale de ce type de programme</li> </ul>	Incohérence interne favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui important des deux directions et de certains psychiatres</li> <li>• Déplacement et ajout de professionnels pour le projet de recherche, nouvelles collaborations</li> <li>• Manque de transparence et de consensus dans les décisions</li> <li>• Intérêt inégal pour ce type de programme</li> <li>• Soutien des collègues malgré les désaccords</li> </ul>	Retour à l'ancienne cohérence interne peu favorable <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun maintien probable du programme IPT</li> <li>• Retour au fonctionnement antérieur</li> <li>• Retrait des professionnels ajoutés</li> <li>• Pression moins importante pour l'implantation du programme IPT (changement et arrivée de nouvelles personnes)</li> </ul>

### Liste de références

1. Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V. & Corrigan, P. (1992). Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-24.
2. Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., Lalonde, P. & Lesage, A. (2005). Implantation multisite du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée. *Santé Mentale au Québec*, 30(1), 73-95.
3. Briand, C., Lesage, A.D., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinhartz, D., Prouteau, A., Snyders, J. & Villeneuve, K. (2003). The Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia: Evidence of effectiveness during program implementation in various sites in Québec, Canada. *Schizophrenia Research*, 60(1), 320.
4. Champagne, F. & Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation. *Service Social. Presses de l'Université Laval*, 41[1], 143-163.
5. Hinings, C. R. & Greenwood, R. (1988). *The Dynamics of Strategic Change*. New-York, Basil Blackwell.
6. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (1989). *Politique de Santé Mentale*. Gouvernement du Québec.

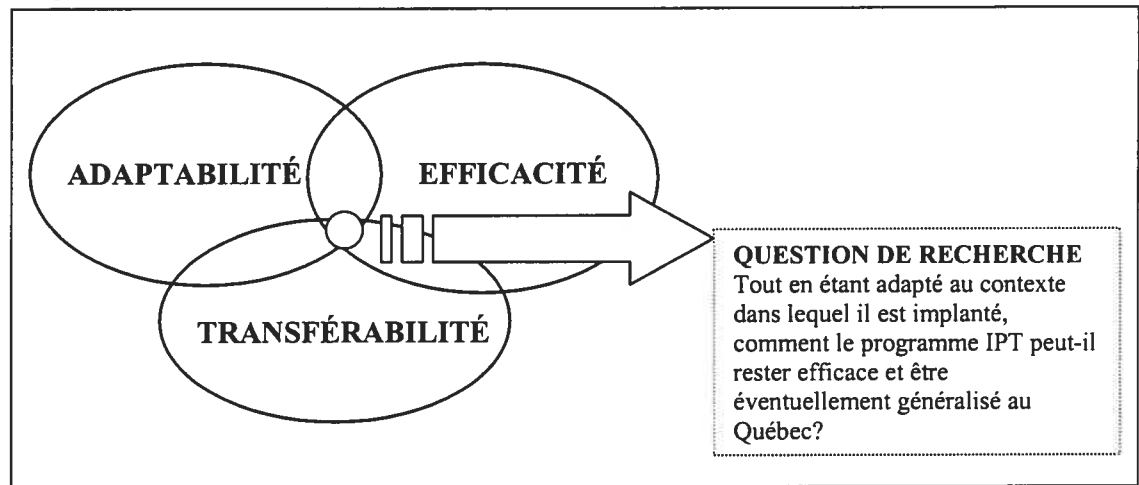
7. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*. Gouvernement du Québec.
8. Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Montréal, Éditions d'Organisation.
9. Müller, D. R., Roder, V. & Brenner, H. D. (2003). Effectiveness of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for schizophrenia patients: A meta-analysis covering 25 years of research. *Schizophrenia Research*, 60, 326.
10. Nicole, L., Pires, A., Routhier, G., Bélanger, R., Bussière, G. & al. (1999). Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme spécifique d'intervention Premier-Épisode de l'Hôtel-Dieu de Lévis. *Santé Mentale au Québec*, 24, 121-135.
11. Triandis, H. C. (1980). Values, Attitudes, and Interpersonal Behavior. In *Beliefs, Attitudes, and Values*. (pp. 195-259). Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln/London: University of Nebraska Press.
12. Vasiliadis, H.M., Briand, C., Lesage, A., Reinhartz, D., Stip, E., Nicole, P. & Lalonde, P. (Soumis). The impact of including an Integrated Psychological Treatment (IPT) program for patients with schizophrenia on health care resource use. *Psychiatric Services*.

## Chapitre VI. DISCUSSION

Ce projet de recherche s'inscrit dans le champ de la recherche évaluative. Il vise à comprendre comment neuf milieux cliniques se sont appropriés un programme d'interventions pour:

1. l'adapter aux besoins de leur groupe et de leur contexte,
2. en maintenir l'efficacité,
3. permettre son implantation et sa transférabilité dans d'autres milieux cliniques (voir figure VI-1).

Figure VI-1. Illustration de la question de recherche



L'intervention évaluée est un programme de réadaptation de groupe pour les personnes atteintes de schizophrénie, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT)(Brenner et al., 1992; Pomini et al., 1998). Trois articles découlent de cette évaluation de programme.

Le premier article permet de confirmer l'effet du programme IPT dans différents contextes et milieux représentatifs de la réalité clinique des personnes atteintes de schizophrénie. Les neuf sites étudiés représentent des clientèles à des stades différents de la schizophrénie (en terme d'âge, de durée de maladie et de conditions de santé) et des structures organisationnelles variées. Les résultats confirment l'impact clinique positif du programme en milieu naturel, indépendamment de ces différences. L'ensemble des participants ont amélioré leur symptomatologie, leur fonctionnement cognitif et social et leur qualité de vie. Le programme IPT semble donc adapter à une clientèle à différents stades de la maladie et pour qui des interventions de réadaptation sont prescrites. Il s'insère parfaitement dans la programmation déjà offerte et permet de répondre en partie aux objectifs de réadaptation pour une meilleure réinsertion sociale. Les intervenants impliqués ont été en mesure d'adapter le programme aux besoins des participants et d'offrir des conditions favorables à l'efficacité du programme.

Le deuxième article permet de documenter ces adaptations et propose une version renouvelée du programme IPT. Il présente la satisfaction des participants et intervenants envers le programme et permet, par une analyse détaillée et en profondeur de la mise en œuvre du programme, une meilleure compréhension des adaptations effectuées et des améliorations souhaitées. L'emphase est mise sur l'adaptabilité du programme et sa souplesse d'application en favorisant une connaissance approfondie du rationnel théorique et une meilleure capacité à adapter les modalités thérapeutiques aux besoins du groupe. De plus, il présente des moyens concrets pour répondre aux défis de maintien et de généralisation des apprentissages qui se basent sur un apprentissage progressif et hiérarchique et des interventions en contexte de vie réelle. Les résultats du premier article confirment d'ailleurs cette hiérarchie des acquisitions (cognitif-social-qualité de vie) et l'importance des six modules IPT dans la réappropriation des rôles sociaux.

Ce deuxième article permet aussi de décrire les ingrédients cliniques jugés essentiels à l'atteinte des objectifs du programme. Cependant, il ne permet pas de décrire spécifiquement l'impact d'applications différentes sur les résultats attendus et donc d'isoler objectivement les ingrédients actifs dans l'efficacité du programme IPT. L'équilibre entre l'adaptabilité du programme et la conformité requise pour maintenir l'efficacité est difficile à documenter et représente un réel défi pour les recherches futures. Plusieurs facteurs semblent communs entre les différentes modalités thérapeutiques pour assurer leur efficacité:

- un cadre thérapeutique stable et sécurisant,
- un processus d'influence interpersonnelle,
- une relation thérapeutique déterminante,
- un processus d'implication du client,
- un processus d'intervention offrant un cadre explicatif inspirant,
- un processus d'apprentissage cognitif et affectif caractérisé par l'augmentation de l'espoir, la maîtrise et l'acquisition de nouveaux comportements (Lecomte et Lecomte, 1999).

Le programme IPT contient ces facteurs communs qui décrivent les meilleures pratiques de la réadaptation. Ils sont indissociables du processus de formation des intervenants et de l'adaptabilité du programme IPT. Dans cette partie du projet, les intervenants ont eu à se questionner continuellement sur la pertinence de leurs interventions et sur les paramètres modifiables (et non-modifiables) du programme IPT. Ils ont pris conscience de l'importance du cadre et du processus thérapeutiques et ont ainsi amélioré leurs façons d'intervenir. L'application et l'adaptation réussies du programme IPT (et de programmes de réadaptation similaires) passent par cette pratique consciente et autogérée et par la formation continue des intervenants. Pour la diffusion des meilleures pratiques, Corrigan et al. (2001) mentionnent l'importance de ressources humaines qualifiées et de la reconnaissance de la formation pour acquérir les

habiletés requises. Les intervenants IPT ont reçu trois journées de formation pour appliquer le programme et ont eu accès à un soutien constant tout au long du projet. De plus, les thérapeutes impliqués avaient au préalable une expérience avec la clientèle et avec les approches de réadaptation cognitive. On peut donc penser qu'il disposait d'habiletés (et de moyens) leur permettant une meilleure appropriation du programme et une excellente disposition à une mise en œuvre de qualité et adaptée aux besoins du groupe. Pour les recherches futures, il serait intéressant de documenter plus spécifiquement les ingrédients actifs propres au programme IPT, ceux qui sont communs à ce type de programme et ceux qui sont adaptables (sans affecter l'efficacité du programme) et ce, autant en ce qui a trait aux attitudes et aux comportements des thérapeutes, aux cadres et aux processus thérapeutiques qu'au contenu et aux modalités thérapeutiques d'apprentissage.

Le troisième article, quant à lui, rend compte de l'importance d'un contexte organisationnel favorable pour assurer la pérennité et permettre la transférabilité du programme. L'application du programme IPT est exigeante et son maintien ne peut se faire sans des conditions facilitantes. Cet article met en lumière les variables individuelles, organisationnelles et contextuelles qui interviennent dans l'adoption d'une nouvelle pratique. L'analyse du processus d'adoption se fait à deux niveaux:

1-l'adoption par les intervenants (à travers l'analyse de leur motivation et intention d'agir, de leur expérience et habitudes et de leur intérêt à continuer à appliquer l'IPT),

2-l'adoption par l'organisation (à travers l'analyse de la cohérence interne, de la concordance entre les structures organisationnelles et les schèmes interprétatifs de l'organisation).

Le jeu des acteurs est abordé (indépendamment des niveaux d'analyse) à travers l'analyse du leadership émergent, des mécanismes de prise de décisions et des

stratégies utilisées par les intervenants pour faire face aux difficultés de mise en œuvre du programme IPT (processus de négociation et de création d'alliances).

Cet article rejoint les autres études (revues dans Framback et Schillewaert, 2002) sur l'adoption d'innovations en considérant les différents niveaux d'analyse et l'influence de plusieurs variables (individuelles, organisationnelles et contextuelles). Les caractéristiques des intervenants (leurs expériences, attitudes et valeurs), leur autonomie et pouvoir d'action, la perception de l'innovation dans l'organisation, les structures et processus organisationnels ainsi que l'implication de l'équipe de recherche viennent influencer l'implantation du programme IPT. Cet article rejoint également les constats de Denis et al. (2002) sur l'importance des coûts et des bénéfices perçus par les différents acteurs et des valeurs pour mobiliser les acteurs et légitimer le changement. Plus les acteurs concernés perçoivent positivement les bénéfices associés au programme, plus leurs habitudes et valeurs sont en accord avec l'innovation proposée, plus les processus tendent vers la collaboration et la concertation en faveur du changement (Denis et al., 2002). Le processus d'innovation est un processus social et politique dynamique qui fait intervenir plusieurs acteurs et soulève des enjeux à différents niveaux d'analyse (Denis et al., 2002). Le rôle de l'équipe de recherche dans l'implantation du programme IPT illustre bien ces différents enjeux et l'impact que peut avoir un acteur expert dans l'implantation et la diffusion d'une innovation. L'article soutient d'ailleurs l'importance d'impliquer une équipe de référence et de soutien à l'implantation de tels programmes.

Le rôle de l'équipe de recherche dans l'implantation du programme IPT a été majeur et soulève la réflexion à un niveau programmatique et/ou systémique. En plus d'offrir un soutien constant aux équipes cliniques, l'équipe de recherche a agi comme leader régional (ou même provincial) dans la diffusion du programme IPT au Québec. Plusieurs chercheurs associés à l'équipe de recherche avaient une expertise notable et une crédibilité importante dans le



milieu de la psychiatrie ce qui a légitimé l'innovation et favorisé son implantation. Avec le retrait de l'équipe de recherche, le risque est maintenant que certains milieux délaissent le programme IPT (par manque de soutien et d'appropriation de l'intervention à son programme-clients) ou que de nouveaux milieux et intervenants voulant l'adopter, ne disposent pas du soutien nécessaire (à la formation initiale, à l'implantation et à la mise en œuvre). Pour les recherches futures, il serait d'ailleurs intéressant de retourner évaluer le maintien du programme IPT après le retrait de l'équipe de recherche et de confirmer les facteurs favorables (ou non) à son maintien dans le milieu. Les résultats permettraient alors de mieux situer le rôle d'une équipe de soutien supra-régionale dans l'implantation et la diffusion du programme IPT au Québec, les différents enjeux et les mises en garde à respecter pour s'assurer de rester à l'écoute des besoins des participants et des intervenants.

L'expérience du *New-Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center*, en ce qui a trait à l'implantation de pratiques basées sur les données factuelles (*Implementing Evidence-Based Practices Project*, Mueser et al., 2003), illustre l'importance d'un leadership centralisé pour soutenir les milieux cliniques dans l'implantation de nouvelles pratiques. Pour eux, il ne s'agissait pas seulement d'identifier les meilleures pratiques à offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux graves, mais surtout, de permettre leur implantation dans les milieux et d'en évaluer le processus. Pour ce faire, ils ont mis sur pied différents «*packages*» de consultation et de formation pour faciliter et guider l'implantation de chaque pratique documentée efficace. Chacun de ces «*packages*» est destiné aux différents acteurs impliqués (les clients et leurs proches, les thérapeutes, les administrateurs, les décideurs, etc.) et est composé d'une variété de modalités et de matériels multimédias spécifiques pour chacun d'eux (formations, guides de pratique, documents d'information et de promotion, services de consultation et de soutien, etc.) et requis pour faciliter l'implantation de la nouvelle pratique dans le milieu. La diffusion de ces «*packages*» s'est accompagnée d'un projet de recherche évaluative pour

identifier les paramètres essentiels à considérer dans les changements organisationnels et pour en améliorer la portée. En impliquant ainsi l'ensemble des acteurs et en les soutenant dans leur changement de pratiques, il est plus probable d'arriver à des résultats concrets en ce qui a trait à l'amélioration des services offerts à la clientèle atteinte de troubles mentaux graves. Cette expérience rejoint le rôle qu'a joué l'équipe de recherche dans l'implantation et la diffusion du programme IPT au Québec. Il serait dommage qu'avec la fin du projet de recherche actuel ce type d'initiative prometteuse prenne fin et entraîne avec elle l'arrêt de la diffusion du programme IPT dans les milieux de psychiatrie au Québec.

À l'aube de l'application du nouveau plan d'action en santé mentale (MSSS, 2004), plusieurs constats sont à faire pour favoriser le changement et l'implantation des meilleures pratiques. Il faut d'abord reconnaître l'importance de la formation des intervenants (Corrigan et al., 2001) pour assurer des services de qualité, mais aussi pour permettre aux professionnels en place de s'approprier convenablement l'innovation et leur garantir un sentiment de sécurité et de compétence. Il faut également être en mesure d'impliquer l'ensemble des acteurs dans le changement et leur offrir un soutien adapté pour s'assurer d'une force de coalition à l'intérieur de l'organisation (Rosenheck, 2001). En ce sens, le projet IPT a eu des lacunes en impliquant majoritairement les intervenants qui appliquent le programme et très peu les autres acteurs impliqués dans l'organisation, ce qui a occasionné dans certains milieux une appropriation individuelle du programme IPT plutôt qu'au niveau organisationnelle (limitant du même coup la pérennité du programme dans le milieu). Les processus de changements doivent également être associés à des projets d'évaluation qui s'intéressent aux aspects organisationnels et à la motivation des acteurs et ce, autant au niveau des interventions et des pratiques novatrices qu'au niveau systémique comme on l'observe généralement. Il faut aussi être en mesure de donner accès aux résultats pour que rapidement les milieux se les approprient et modifient progressivement leur schèmes

interprétatifs (Rosenheck, 2001). L'ensemble de ces facteurs facilitants sont connus et documentés, mais pour les actualiser, il faut qu'au niveau provincial (et/ou national) on favorise l'émergence d'équipes de soutien à l'implantation et la diffusion des meilleures pratiques. Les politiques et décideurs ont ainsi un rôle à jouer à ce niveau du système de soins (Goldman et al., 2001).

L'innovation dans les organisations ne peut se faire sans permettre à la fois l'émergence d'initiatives personnelles et/ou professionnelles, d'incitatifs à un niveau institutionnel, régional ou provincial et de soutiens concrets et près des besoins des intervenants. Les projets de changement doivent impliquer les acteurs concernés, les soutenir et les reconnaître comme acteurs du changement (Fabi et al., 1999). Ils doivent être flexibles, s'ajuster aux besoins et valeurs du milieu et permettre l'émergence de leadership. Un milieu organisationnel dynamique favorise des changements émergents au niveau microscopique et planifiés au niveau macroscopique (Claveau et al., 1998).

En regardant le système de soins actuels, particulièrement le domaine de la psychiatrie, une évolution importante est observée depuis les 40 dernières années. Et, pourtant, à l'intérieur de ce système, il paraît très stable et les innovations difficiles à implanter. C'est par une succession de micro-changements, difficilement observables à un niveau micro-organisationnel, que de véritables transformations ont lieu à un niveau méso ou macro de l'organisation (Bartoli et Anaut, 1996). Les acteurs apprennent progressivement. Et, collectivement, ils changent.

## Chapitre VII. CONCLUSION

Ce projet de thèse s'inscrit dans les approches de recherche qui vise à produire des connaissances rapidement transférables et utilisables par les acteurs concernés (Alkin, 2004). Les intervenants des milieux cliniques sont considérés comme des collaborateurs et des agents de changement. Par leur expérience et leur processus clinique, ils permettent l'amélioration continue des pratiques et l'identification des paramètres essentiels à l'émergence des innovations dans les milieux de la psychiatrie. Les résultats se veulent ancrés dans la réalité pour permettre le transfert des connaissances et la diffusion des pratiques novatrices. L'intérêt principal de ce projet est de favoriser le changement et l'évolution des pratiques dans les organisations hospitalières.

Dans cette perspective, les principales contributions du projet de recherche sont résumées en cinq points. Le projet de recherche a permis de:

1. Rendre accessible une approche de réadaptation documentée efficace
  - Par la formation et le soutien de plusieurs professionnels de la santé mentale

Jusqu'à maintenant plus d'une centaine de professionnels ont reçu la formation IPT (provenant de plus de 25 milieux cliniques différents). On estime que plus du tiers offre actuellement le service à sa clientèle psychotique.
2. Outiller les intervenants dans la mesure des résultats
  - Par la formation et l'implication des intervenants à la mesure de l'impact clinique
3. Favoriser le transfert rapide des connaissances de la recherche à la pratique clinique

- Par la mise sur pied d'une formation renouvelée et d'un guide de l'intervenant regroupant les outils cliniques favorables à la mise en œuvre de l'IPT
  - Par la publication des résultats de recherche dans des revues professionnelles
4. Créer un réseau de cliniciens et de chercheurs qui s'intéressent à la réadaptation cognitive des personnes atteintes de schizophrénie et à l'amélioration de la pratique clinique
- Par l'organisation de présentations de résultats de recherche, de formations continues et d'un forum de discussions sur le réseau Internet
5. Favoriser l'évaluation et la diffusion de pratiques novatrices
- Par l'association de la recherche et de la clinique
  - Par une meilleure compréhension des facteurs favorables (ou non) à l'implantation de l'IPT
  - Par la mise en relief de profils d'adoption permettant aux milieux désirant éventuellement appliquer l'IPT de se situer et de réunir les meilleures conditions possibles

Malgré ces contributions, les limites de l'étude sont:

- L'absence d'analyse logique de l'intervention (pour mieux situer le programme IPT dans la gamme des services offerts aux psychotiques et dans le continuum de réadaptation)
- L'absence de groupes de comparaison (pour mieux isoler l'impact de l'ajout de l'IPT aux services habituels)
- Le nombre restreint de participants par milieu rendant impossible la comparaison entre les sites de l'étude

- L'absence d'information provenant des gestionnaires (administrateurs professionnels, coordonnateurs de services psychiatriques, etc.), des psychiatres et des autres professionnels de la santé mentale (pour une vision globale de l'implantation du programme IPT)
- La courte période d'observation pour évaluer le maintien réel du programme IPT dans les milieux

## Liste de références<sup>1</sup>

1. Anthony, W.A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2001). Psychiatric Rehabilitation (second edition). Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University.
2. Alkin, M.C. (2004). Evaluation Roots. Tracing Theorists' views and influences. Sage Publications Inc.
3. Bachrach, L.L. (1996). Psychosocial rehabilitation and psychiatry: What are the boundaries? Canadian Journal of Psychiatry, 41, 28-35.
4. Bachrach, L.L. (1998). On exporting and importing model programs. Hospital and Community Psychiatry, 39, 1257-1258.
5. Backer, S., Barron, N., McFarland, B.H., & Bigelow, D.A. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part I. Reliability and validity. Community Mental Health Journal, 30(4), 363-383.
6. Bartoli, A., & Anaut, M. (1996). Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics: facteurs de pérennité ou de fragilité? Dans A.P. Contandriopoulos, & Y. Souteyrand. L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins (179-199). Paris: John Libbey Eurotext.
7. Beck, A.T., & Rector, N.A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium. American Journal of Psychotherapy, 54, 291-300.

---

<sup>1</sup> Il est à noter que les références des trois articles du chapitre de résultats sont à la fin de chacun d'eux.

8. Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004) Social Skills Training for Schizophrenia: A step-by-step guide. Second Edition. New-York: The Guilford Press.
9. Bellack, A.S., Gold, J.M., & Buchanan, R.W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. Schizophrenia Bulletin, *25*, 257-274.
10. Bero, L., & Rennie, D. (1995). The Cochrane Collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic review of the effects of health care. Journal of the American Medical Association, *274*, 1935-1938.
11. Bourdieu, P. (1992). Réponses. Paris: Éditions de Minuit.
12. Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, *18*, 21-24.
13. Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. British Journal of Psychiatry, *164*, 190-201.
14. Chambon, O., & Marie-Cardine, M. (1996). Résultats des psychothérapies cognitives dans le traitement au long cours des schizophrénies. Encéphale, Spécial 3, 72-75.
15. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., & Tanon, A. (2004). L'évaluation des programmes: Processus, Pratiques et prise de décisions. Article en préparation.
16. Champagne, F., & Denis, J.L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation. Service Social, *41(1)*, 143-163.



17. Claveau, N., Martinet, A.-C., & Rannery, F. (1998). Formes et ingénierie du changement stratégique. Revue Française de Gestion, (120), 70-87.
18. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2<sup>nd</sup> editions). Hillsdale, New Jersey: Lawrence-Erlbaum Associates Publishers.
19. Contandriopoulos, A.P. (2003). Inertie et changement. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 9(2), 4-31.
20. Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., & Avargues, M.C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 48, 517-539.
21. Contandriopoulos, A.P., & Souteyrand, Y. (1996). La construction de l'offre locale de soins. Dans: A.P. Contandriopoulos, & Y. Souteyrand. L'hôpital stratégique. Dynamiques locales et offre de soins. Paris: John Libbey Eurotext.
22. Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L., & Boyle, P. (1990). Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
23. Corbière, M., Crocker, A.G., Lesage, A.D., Latimer, E., Ricard, N., & Mercier, C. (2002). Factor structure of the Multnomah Community Ability Scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 190(6), 1-8.
24. Corrigan, P.W., Steiner, L., McCracken, S.G., Blaser, B., & Barr, M. (2001). Strategies for Disseminating Evidence-Based Practices to Staff Who Treat People With Serious Mental Illness. Psychiatric Services, 52, 1598-1606.
25. Cuesta, M.J., Peralta, V., & Irigoyen, I. (1996). Factor analysis of the Frankfurt Complaint Questionnaire in a Spanish sample. Psychopathology, 29, 46-53.

26. Delahunty, A., Morice, R., & Frost, B. (1993). Specific cognitive flexibility rehabilitation in schizophrenia. Psychological Medicine, *23*, 221-227.
27. Denis, J.L., Hebert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L.H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. Health Care Management Review, *27*, 60-73.
28. Denis, J.L., & Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes. La Revue Canadienne d'évaluation de programme, *5(2)*, 47-67.
29. Drake, R.E., Goldman, H., Leff, H.S., Lehman, A.F., Dixon, L., Mueser, K.T., & Torrey, W.C. (2001). Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. Psychiatric Services, *52(2)*, 179-182.
30. Elliot, R., & Sahakian, B.J. (1995). The neuropsychology of schizophrenia: Relations with clinical and neurobiological dimensions. Psychological Medicine, *25*, 581-594.
31. Elvevag, G., & Goldberg, T.E. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. Critical Review of Neurobiology, *14(1)*, 1-21.
32. Evidence-based Medicine Working Group (1992). Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. Journal of the American Medical Association, *268*, 2420-2425.
33. Fabi, B., Martin, Y., & Valois, P. (1999). Favoriser l'engagement organisationnel des personnes oeuvrant dans des organisations en transformation. Quelques pistes de gestion prometteuses. Gestion, *24(3)*, 102-113.

34. Farand, L., Champagne, F., Amyot, A., Denis, J.L., & Contandriopoulos, A. P. (1999). Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au Pavillon Albert-Prévost. Santé Mentale au Québec, 24, 90-125.
35. Fleury, M.J., Denis, J.L., & Sicotte, C. (2003). The role of regional planning and management strategies in the transformation of the healthcare system. Health Services Management and Research, 16, 56-69.
36. Fougeyrollas, P. (1995). Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences. Disability and Rehabilitation, 17(3-4), 145-153.
37. Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and Practice. Chichester, UK: Wiley.
38. Frambach, R.T., & Schillewaert, N. (2002). Organizational innovation adoption. A multi-level framework of determinants and opportunities for future research. Journal of Business Research, 55, 163-176.
39. Goldman, H.H., Ganju, V., Drake, R.E., Gorman, P., Hogan, M., Hyde, P.S., & Morgan, O. (2001). Policy Implications for Implementing Evidence-Based Practices. Psychiatric Services, 52(12), 1591-1597.
40. Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? Schizophrenia Bulletin, 26, 119-136.
41. Green, M.F., & Nuechterlein, K.H. (1999). Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? Schizophrenia Bulletin, 25, 309-318.

42. Hinings, C.R., Brown, J.L., & Greenwood, R. (1991). Change in an autonomous professional organization. Journal of Management Studies, *28*, 375-393.
43. Hinings, C.R., & Greenwood, R. (1988). The Dynamics of Strategic Change. New-York: Basil Blackwell Inc.
44. Hodel, B., Kern, R.S., & Brenner, H.D. (2004). Emotion Management Training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia: first results. Schizophrenia Research, *68*, 107-108.
45. Hodel, B., Brenner, H.D., Merlo, M., & Teuber, J.F. (1998). Emotional management therapy in early psychosis. British Journal of Psychiatry, *172*, 128-133.
46. Hogarty, G.E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue-Geile, M., Kechavan, M., Cooley, S., DiBarry, A.L., Garrett, A., Parepally, H., & Zoretich, R. (2004). Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. Archives General Psychiatry, *61*, 866-876.
47. Hogarty, G.E., & Flesher, S. (1999a). Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, *25*, 677-692.
48. Hogarty, G.E., & Flesher, S. (1999b). Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, *25*, 693-708.
49. Hogarty G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., DiBarry, A.L., Cooley, S., Ulrich, R., Carter, M., & Flesher, S. (1997a). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family,

- I: Description of study and effects on relapse rates. American Journal of Psychiatry, 154(11), 1504-1513.
50. Hogarty G.E., Greenwald, D., Ulrich, R., Kornblith, S.J., DiBarry, A.L., Cooley, S., Carter, M., & Flesher, S. (1997b). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. American Journal of Psychiatry, 154(11), 1514-1524.
51. Kovess, V., Lesage, A., Boisguerin, B., Fournier, L., Lopez, A., & Ouellet, A. (2001). Planification et évaluation des besoins en santé mentale. France: Médecine-Sciences, Flammarion.
52. Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F., & al. (1999). Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale. Tome I: Introduction et syndromes cliniques. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
53. Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans: J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A.P. Pires. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. (pp. 363-389). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
54. Lecomte, T., & Leclerc, C. (2004). Manuel de réadaptation psychiatrique. Les Presses de l'Université du Québec.
55. Lecomte, T., Wallace, C.J., Caron, J., Perreault, M., & Lecomte, J. (2004). Further validation of the Client Assessment of Strengths Interests and Goals (CASIG). Schizophrenia Research, 66(1), 59-70.
56. Lecomte, C., & Lecomte, T. (1999). Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves: les facteurs communs. Santé mentale au Québec, 24(1), 19-38.

57. Lesage, A.D., Stip, E., & Grunberg, F. (2001). "What's up, doc?" Le contexte, les limites et les enjeux de la médecine fondée sur des données probantes pour les cliniciens. Canadian Journal of Psychiatry, 46, 396-402.
58. Lesage, A., Contandriopoulos, A., & Reinharz, D. (1999). La désinstitutionnalisation dans un grand hôpital psychiatrique québécois depuis 1989: analyse des besoins de soins, des coûts et des aspects organisationnels. Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Rapport final déposé au Programme conjoint en santé mentale du Conseil Québécois de Recherche Social (CQRS) et des Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ) (RS-2771 N95).
59. Liberman, R.P., Glynn, S.M., Blair, K., Ross, D., & Marder, S.R. (2002). In Vivo Amplified Skills Training: Promoting Generalization of Independent Living Skills for Clients with Schizophrenia. Psychiatry, 65(2), 137-155.
60. Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Eckman, T.A., Vaccaro, J.V., & Kuehmel, T.G. (1993). Innovations in skills training for the seriously mentally III: The UCLA Social and Independent Living Skills Module. Innovations and Research, 2, 43-59.
61. Loas, G., Berner, P., Rein, W., Yon, V., Boyer, P., & Lecrubier, Y. (1997). Traduction française du questionnaire de plaintes de Francfort (QPF). L'Encéphale, 23, 364-374.
62. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) (2004). Plan d'action 2005-2008 en santé mentale, document de consultation. Québec: Gouvernement du Québec.
63. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) (1998). Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale au Québec. Québec: Gouvernement du Québec.

64. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) (1997). Les Orientations pour la transformation des services de santé mentale au Québec. Québec: Gouvernement du Québec.
65. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (1992). La politique de santé et du bien-être. Québec: Gouvernement du Québec.
66. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (1989). La politique de santé Mentale. Québec: Gouvernement du Québec.
67. Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Montréal: Éditions d'Organisation.
68. Morin, C., Briand, C., & Lalonde, P. (1999). De la symptomatologie à la résolution de problèmes: approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. Santé Mentale au Québec, 24, 101-120.
69. Morin, P. (1992). La Politique québécoise de santé mentale : espoir ou faux départ? Dans: Santé et Bien-être social Canada. Les politiques de santé mentale au Canada. Santé mentale au Canada, 40(1), 22-27.
70. Mueser K.T., Torrey, W.C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R.E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. Behavior Modification, 27(3), 387-411.
71. Müller, D.R., Roder, V., & Brenner, H.D. (2003). Effectiveness of the Integrated Psychological Treatment (IPT) for schizophrenia patients: A meta-analysis covering 25 years of research. Schizophrenia Research, 60 (suppl.1), 326.
72. Nicole, L., Pires, A., Routhier, G., Bélanger, R., Bussière, G., & al. (1999). Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme

- spécifique d'intervention Premier-Épisode de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Santé Mentale au Québec, 24, 121-135.
73. Pomini, V., Neis, L., Brenner, H.D., Hodel, B., & Roder, V. (1998). Thérapie psychologique des schizophrénies. Sprimont: Mardaga éditeurs.
74. Rector, N.A., & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: an empirical review. Journal of Nervous and Mental Diseases, 189, 278-287.
75. Reinharz, D., Contandriopoulos, A.P., & Lesage, A. (2000). Organizational analysis of desinstitutionalization in a psychiatric hospital. Canadian Journal of Psychiatry, 45, 539-543.
76. Reinharz, D. (1998). Analyse organisationnelle et évaluation de la désinstitutionnalisation dans un hôpital psychiatrique. Thèse de doctorat. Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.
77. Robbins, T.W., James, M., Owen, A.M., Sahakian, B.J., McInnes, L., & Rabbitt, P. (1994). Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): A factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers. Dementia, 5, 266-281.
78. Robson, C. (1993). Real world research. A resource for social scientists and practitioner-researchers. Massachusetts, USA, Blackwell Publishers Inc.
79. Rondeau, A. (1999). Transformer l'organisation: Comprendre les forces qui façonnent l'organisation et le travail. Gestion, 24, 12-19.
80. Rosenheck, R.A. (2001). Organizational Process: A Missing Link Between Research and Practice. Psychiatric Services, 52, 1607-1612.



81. Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston, New-York: Houghton Mifflin Company.
82. Spaulding, W.D., Fleming, S.K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D., & Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: implications for psychiatric rehabilitation. Schizophrenia Bulletin, *25*, 275-289.
83. Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. Archives of General Psychiatry, *49*(8), 624-9.
84. Tansella, M., & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. Psychological Medicine, *28*, 503-508.
85. Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? Behavioral Research Therapy, *42*, 1377-1401.
86. Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J., & Humphreys, L. (1999). Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. British Journal of Psychiatry, *174*, 500-504.
87. Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G., & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. British Medical Journal, *317*, 303-307.
88. Test, M. A. (1998). Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. Santé Mentale au Québec, *23*, 119-147.

89. Thornicroft, G., & Rose, D. (2005). Health services research: is there anything to learn from mental health? Journal of Health Services Research and Policy, 10(1), 1-2.
90. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). Quels sont les éléments en faveur des soins et des services de proximité? Réseau des bases factuelles en santé (Health Evidence Network, HEN). Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
91. Triandis, H.C. (1980). Values, Attitudes, and Interpersonal Behavior. Dans Beliefs, Attitudes, and Values. Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln/London: University of Nebraska Press.
92. U.S. Department of Health and Human Services. (1999). Mental Health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
93. van der Maren, J.M. (1995). Chapitre 17: Le contrôle de la qualité des données. Dans: Méthodes de recherche pour l'éducation. Les Presses de l'Université de Montréal.
94. van der Maren, J.M. (1997). Chapitre 2: La rigueur en recherche qualitative. Dans Analyse et Interprétation des données qualitatives. Notes de cours. Université de Montréal.
95. 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, 105-109.
96. Wallot, H. (1999). Évolution des services psychiatriques au Québec. Dans P. Lalonde, J. Aubut, F. Grunberg, & al. Psychiatrie clinique: approche bio-

psycho-sociale. Tome I: Introduction et syndromes cliniques. Québec, Canada: Gaëtan Morin Éditeur.

97. White, D. (1993). Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. Sociologie et sociétés, 25, 75-97.
98. Wykes, T., Reeder, C., Williams, C., Corner, J., Rice, C., & Everitt, B. (2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. Schizophrenia Research, 61, 163-174.
99. Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C., & Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 25, 291-307.
100. Yakobina, S., Yakobina, S., & Tallant, B. K. (1997). I came, I thought, I conquered: Cognitive behaviour approach applied in occupational therapy for the treatment of depressed females. Occupational Therapy in Mental Health, 13(4), 59-73.
101. Yin, R.K. (1994). Case Study Research. Design and Methods. Second edition. California, USA, Sage Publications, Inc.



Université de Montréal

Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive  
pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects cliniques et  
organisationnels.

Par  
Catherine Briand

Département de psychiatrie  
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.  
en Sciences Biomédicales

avril, 2005

© Catherine Briand, 2005



W

4

U58

2006

V.014

t.2

Q



Q

**ANNEXES**

**Annexe IV-1 :**  
**Formulaires de consentement aux participants**  
**(propres à chacun des milieux)**



# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Participants du Centre Hospitalier de Granby

Titre du projet: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects organisationnels et cliniques.

Chercheur principal et collaborateurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Chercheurs institutionnels responsables au CHG: André Delorme MD et Louise Garneau, erg.

Organismes subventionnaires: RSMQ du FRSQ et FRSQ-CQRS-MSSS

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7401 Hochelaga (unité 218 Bédard), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015 poste 3547

### **PARTIE INFORMATION**

#### **1. Nature et objectif de l'étude**

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention (le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner) pour les gens qui souffrent de schizophrénie. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période de 6-9 mois et vont vous permettre de travailler vos fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, d'apprendre à mieux gérer vos émotions, d'augmenter vos habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre vos difficultés quotidiennes. Cette nouvelle approche est déjà utilisée dans des milieux cliniques au Québec et son efficacité a été démontrée.

Vous avez été recruté(e) pour cette étude par les intervenants qui vont animer ce nouveau programme, en collaboration avec votre médecin et vos autres intervenants. Douze personnes seront recrutées au Centre Hospitalier de Granby. Au total, plus de 90 personnes participeront à cette étude.

#### **2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées**

Dans le cadre du projet, en plus de participer deux fois par semaines aux rencontres de groupe, il vous sera demandé de répondre à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à

Une copie du présent formulaire a été remise au sujet. Le formulaire sera inséré au dossier de recherche du sujet (avec une copie au dossier médical). Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche au Centre hospitalier de Granby, le 4 juillet 2001 (et renouvelés le 27 décembre 2002).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinhartz, Briand

Initiales du patient: \_\_\_\_\_

votre maladie, à votre fonctionnement quotidien, à vos fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à votre qualité de vie et à votre satisfaction face aux services. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontres individuelles (pour environ 90 minutes) et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à vos questions. Vous aurez à compléter ces questionnaires à quatre reprises pendant le déroulement de l'étude, environ à tous les trois à quatre mois à partir du début de l'étude. Le personnel de recherche aura également à consulter votre dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec, et ce, pour extraire des données sur les services que vous aurez reçus et leur fréquence.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

En participant à cette étude, vous aurez la possibilité de recevoir un traitement 1-soit plus efficace que le programme traditionnel que vous recevez actuellement, 2-soit équivalent. La participation à cette étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré pour répondre aux différents questionnaires.

### 4. Bénéfices et avantages

Le programme IPT que l'on considère le plus à jour en ce qui a trait à la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie a fait ses preuves par de nombreuses études expérimentales.

Si on se fie aux études déjà entreprises, on peut estimer que le programme IPT a permis: 1-d'améliorer les symptômes de la schizophrénie, particulièrement les difficultés cognitives (attention, concentration, mémoire, etc.); 2-de diminuer les rechutes et les hospitalisations; 3-d'améliorer le fonctionnement dans la vie de tous les jours.

### 5. Autres moyens thérapeutiques possibles

Si vous ne participez pas à l'étude, d'autres approches thérapeutiques déjà offertes au Centre Hospitalier de Granby vous seront proposées.

### 6. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 7. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier sera consulté par certaines personnes de l'équipe de recherche. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

---

Une copie du présent formulaire a été remise au sujet. Le formulaire sera inséré au dossier de recherche du sujet (avec une copie au dossier médical). Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche au Centre hospitalier de Granby, le 4 juillet 2001 (et renouvelés le 27 décembre 2002).

### 8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit suite aux procédures reliées à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, l'hôpital ou les autres organismes impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### 9. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs ou aux intervenants impliqués dans le projet. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

### 10. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547. Vous pouvez également contacter Madame Louise Garneau au (450) 375-8001 poste 2152 qui est responsable du projet au Centre Hospitalier de Granby.

En cas d'urgence, vous pouvez communiquer avec votre médecin ou vos autres intervenants. Si votre état le commande, présentez-vous à l'urgence de l'hôpital.

---

Une copie du présent formulaire a été remise au sujet. Le formulaire sera inséré au dossier de recherche du sujet (avec une copie au dossier médical). Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche au Centre hospitalier de Granby, le 4 juillet 2001 (et renouvelés le 27 décembre 2002).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinharz, Briand

Initiales du patient: \_\_\_\_\_

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du chercheur institutionnel: \_\_\_\_\_

Signature du chercheur institutionnel: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

Une copie du présent formulaire a été remise au sujet. Le formulaire sera inséré au dossier de recherche du sujet (avec une copie au dossier médical). Le projet de recherche et le présent formulaire ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche au Centre hospitalier de Granby, le 4 juillet 2001 (et renouvelés le 27 décembre 2002).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinhartz, Briand

Initiales du patient: \_\_\_\_\_

## ADDENDUM

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ Participants du Centre Hospitalier de Granby

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

### PARTIE INFORMATION

Dans le cadre de l'étude "Implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie", une entrevue diagnostique par le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) est prévue. Pour assurer la fidélité interjuge de l'évaluation, il nous faudrait pouvoir vous enregistrer sur cassette audio pendant l'entrevue.

L'agente de recherche, qui vous fera passer l'entrevue, ainsi qu'une autre personne de l'équipe de recherche formé au SCID aura accès à l'enregistrement afin de corroborer ou d'infirmer le diagnostic établi lors de l'entrevue.

Ces cassettes seront gardées sous clé au Centre de recherche Fernand-Seguin et seront détruites à la fin du projet de recherche (printemps 2003). Seul le personnel de recherche aura accès à ce matériel et ce, uniquement pour l'étude actuelle.

### PARTIE CONSENTEMENT

Dans le cadre de cette étude pour laquelle j'ai déjà signé un formulaire de consentement, j'accepte d'être enregistré sur cassette audio lors de la passation de l'entrevue diagnostique par le SCID.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

L'addendum a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche, au Centre hospitalier de Granby, le 22 février 2002.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

### Participants de l'Hôpital Charles LeMoyne

#### L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves –aspects organisationnels et cliniques.

**Centre de recherche Fernand-Seguin  
7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2  
Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD,  
Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.**

Nom du participant (en lettre majuscule SVP): \_\_\_\_\_

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention pour les gens qui souffrent de schizophrénie. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période de 6-9 mois et vont me permettre de travailler mes fonctions cognitives, d'apprendre à mieux gérer mes émotions, d'augmenter mes habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre mes difficultés quotidiennes. Cette nouvelle approche est déjà utilisée dans des milieux cliniques au Québec et son efficacité a été démontrée.

J'ai été recruté pour cette étude par les intervenants qui vont animer ce nouveau programme, en collaboration avec mon médecin et mes autres intervenants. Ils croient aux bénéfices que peut m'apporter ce nouveau programme et à mes possibilités de participer à une intervention de groupe deux fois par semaine.

Dans le cadre du projet, il me sera demandé de répondre à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à ma maladie, à mon fonctionnement quotidien, à mes fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à ma qualité de vie et ma satisfaction face aux services. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontre individuelle et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à mes questions. Le personnel de recherche aura également à consulter mon dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec, et ce, pour extraire des données sur les services que j'ai reçus et leur fréquence.

Le projet de recherche m'a été clairement décrit. J'ai pu poser l'ensemble de mes questions et on m'a répondu de façon claire. J'ai eu le temps voulu pour prendre ma décision et en aucun temps on m'a forcé à participer. On m'a expliqué que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y participer.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité de déontologie de la recherche, à l'Hôpital Charles Lemoyne, le 21 septembre 2000 (et renouvelés les 13 septembre 2001 et 10 septembre 2002).

On m'a également informé que je suis libre de me retirer en tout temps de l'étude sans pénalité, sans que cela ne nuise aux relations avec mes intervenants et sans que la qualité des soins qui me sont prodigués n'en soit affectée. Je peux faire verbalement ma demande pour quitter le groupe et ce, en tout temps durant le projet de recherche. À ce moment là, je vais continuer de recevoir le traitement requis par mon état.

Ce projet est confidentiel, ce qui veut dire que seul le personnel de recherche aura accès à l'information que je fournirai. Enfin, je comprends que les publications qui pourraient résulter de ce projet ne contiendront que des informations concernant des groupes de personnes et qu'il sera impossible d'identifier une personne en particulier.

Je comprends que si j'avais d'autres questions, je peux contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, au 251-4015.

Je peux également, en cas d'urgence, communiquer avec mon médecin ou mes autres intervenants, ou si mon état le commande, me rendre à l'urgence de l'hôpital.

Une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise.

Je donne maintenant mon accord pour participer à l'étude et répondre aux différents questionnaires décrits plus haut.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'hôpital ou les autres organismes impliqués de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

S'il y a lieu:

Nom du tuteur ou curateur ou mandataire: \_\_\_\_\_

Signature du tuteur ou curateur ou mandataire: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet au participant.

Nom de l'intervenant responsable du projet: \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant responsable du projet: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures: \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité de déontologie de la recherche, à l'Hôpital Charles Lemoyne, le 21 septembre 2000 (et renouvelés les 13 septembre 2001 et 10 septembre 2002).

## ADDENDUM

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ Participants de l'Hôpital Charles LeMoyne

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

#### PARTIE INFORMATION

Dans le cadre de l'étude "Implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie", une entrevue diagnostique par le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) est prévue. Pour assurer la fidélité interjuge de l'évaluation, il nous faudrait pouvoir vous enregistrer sur cassette audio pendant l'entrevue.

L'agente de recherche, qui vous fera passer l'entrevue, ainsi qu'une autre personne de l'équipe de recherche formé au SCID aura accès à l'enregistrement afin de corroborer ou d'infirmier le diagnostic établi lors de l'entrevue.

Ces cassettes seront gardées sous clé au Centre de recherche Fernand-Seguin et seront détruites à la fin du projet de recherche. Seul le personnel de recherche aura accès à ce matériel et ce, uniquement pour l'étude actuelle.

#### PARTIE CONSENTEMENT

Dans le cadre de cette étude pour laquelle j'ai déjà signé un formulaire de consentement, j'accepte d'être enregistré sur cassette audio lors de la passation de l'entrevue diagnostique par le SCID.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

L'addendum a été accepté par le comité de déontologie de la recherche, à l'Hôpital Charles Lemoyne, le 13 septembre 2001.



<p><b>FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ</b></p> <p><b>Participants du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)</b></p>
---

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7401 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3M5, (514) 251-4015

Nom du participant (en lettre majuscule SVP): \_\_\_\_\_

## **PARTIE INFORMATION**

### **1. Nature et objectif de l'étude**

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention (le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner) pour les gens qui souffrent de schizophrénie. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période d'environ 9 mois et vont vous permettre de travailler à améliorer vos fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, d'apprendre à mieux gérer vos émotions, d'augmenter vos habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre vos difficultés quotidiennes. Cette nouvelle approche est déjà utilisée dans des milieux cliniques au Québec et son efficacité a été démontrée.

Vous avez été recruté(e) pour cette étude par les intervenants qui vont animer ce nouveau programme, en collaboration avec votre médecin et vos autres intervenants. Une vingtaine de personnes seront recrutées au CHUM. Au total, plus de 90 personnes, recrutées dans sept milieux cliniques du Québec, participeront à cette étude.

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinhartz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

## 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, en plus de participer deux fois par semaine aux rencontres de groupe, il vous sera demandé de répondre, à quatre reprises, à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à votre maladie, à votre fonctionnement quotidien, à vos fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à votre qualité de vie et à votre satisfaction face aux services. Ces rencontres d'évaluation se dérouleront à tous les quatre mois environ pendant une année complète. Chaque séance d'évaluation totalisera trois heures d'évaluation. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontres individuelles et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à vos questions. Le personnel de recherche aura également à consulter votre dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec, et ce, pour extraire des données sur les services que vous aurez reçus et leur fréquence.

## 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation à cette étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré pour répondre aux différents questionnaires.

## 4. Bénéfices et avantages

Si on se fie aux études déjà entreprises, on peut estimer que le programme IPT a permis: 1-d'améliorer les symptômes de la schizophrénie, particulièrement les difficultés cognitives (attention, concentration, mémoire, etc.); 2-de diminuer les rechutes et les hospitalisations; 3-d'améliorer le fonctionnement dans la vie de tous les jours.

## 5. Autres moyens thérapeutiques possibles

Si vous ne participez pas à l'étude, d'autres approches thérapeutiques déjà offertes au CHUM vous seront proposées. En aucun cas, les services que vous recevrez seront de moindre qualité.

## 6. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

## 7. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier sera consulté par certaines personnes de l'équipe de recherche mandatées par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

### 8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit suite aux procédures reliées à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'hôpital ou les autres organismes impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### 9. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs ou aux intervenants impliqués dans le projet. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

### 10. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547 au centre de recherche Fernand-Seguin ou Madame Lucie Hébert au (514) 281-6000, poste 5654 au campus Notre-Dame.

Vous pouvez également, en cas de plainte, communiquer avec le ou la responsable des plaintes sur chacun des campus: Campus Hotel-Dieu: Renée Duclos au 843-2761; Campus Notre-Dame: Louise Brunelle au 281-6047; Campus St-luc: Mahmoud Dhouib au 281-2121 poste 6366.

Vous pouvez également, en cas d'urgence, communiquer avec votre médecin ou vos autres intervenants, ou si votre état le commande, vous rendre à l'urgence de l'hôpital.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinharz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinharz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE D'INFORMATION  
ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**  
Participants du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal  
Programme Jeunes Adultes Psychotiques (JAP)

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation innovateur pour les personnes ayant vécues un état psychotique –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

Nom du participant (en lettre majuscule SVP): \_\_\_\_\_

**PARTIE INFORMATION**

**1. Nature et objectif de l'étude**

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention (le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner) pour les gens qui souffrent de psychose. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période d'environ 9 mois et vont vous permettre de travailler à améliorer vos fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, d'apprendre à mieux gérer vos émotions, d'augmenter vos habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre vos difficultés quotidiennes. Cette nouvelle approche est déjà utilisée dans des milieux cliniques au Québec et son efficacité a été démontrée.

Vous avez été recruté(e) pour cette étude par les intervenants qui vont animer ce nouveau programme, en collaboration avec votre médecin et vos autres intervenants. Une vingtaine de personnes seront recrutées au CHUM. Au total, plus de 90 personnes, recrutées dans sept milieux cliniques du Québec, participeront à cette étude.

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinhartz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

## 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, en plus de participer deux fois par semaine aux rencontres de groupe, il vous sera demandé de répondre, à quatre reprises, à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à votre maladie, à votre fonctionnement quotidien, à vos fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à votre qualité de vie et à votre satisfaction face aux services. Ces rencontres d'évaluation se dérouleront à tous les quatre mois environ pendant une année complète. Chaque séance d'évaluation totalisera trois heures d'évaluation. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontres individuelles et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à vos questions. Le personnel de recherche aura également à consulter votre dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec, et ce, pour extraire des données sur les services que vous aurez reçus et leur fréquence.

## 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation à cette étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré pour répondre aux différents questionnaires.

## 4. Bénéfices et avantages

Si on se fie aux études déjà entreprises, on peut estimer que le programme IPT a permis: 1-d'améliorer les symptômes liés à un état psychotique, particulièrement les difficultés cognitives (attention, concentration, mémoire, etc.); 2-de diminuer les rechutes et les hospitalisations; 3-d'améliorer le fonctionnement dans la vie de tous les jours.

## 5. Autres moyens thérapeutiques possibles

Si vous ne participez pas à l'étude, d'autres approches thérapeutiques déjà offertes au CHUM vous seront proposées. En aucun cas, les services que vous recevrez seront de moindre qualité.

## 6. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

## 7. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier sera consulté par certaines personnes de l'équipe de recherche mandatées par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

### 8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit suite aux procédures reliées à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'hôpital ou les autres organismes impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### 9. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs ou aux intervenants impliqués dans le projet. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

### 10. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547 au centre de recherche Fernand-Seguin ou Mesdames Annie Lefebvre et Ginette Aubin au (514) 281-2121, poste 6236 au programme JAP du campus St-Luc.

Vous pouvez également, en cas de plainte, communiquer avec le ou la responsable des plaintes sur chacun des campus: Campus Hotel-Dieu: Renée Duclos au 843-2761; Campus Notre-Dame: Louise Brunelle au 281-6047; Campus St-luc: Mahmoud Dhouib au 281-2121 poste 6366.

Vous pouvez également, en cas d'urgence, communiquer avec votre médecin ou vos autres intervenants, ou si votre état le commande, vous rendre à l'urgence de l'hôpital.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinharz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 20 février 2001 (et renouvelés les 20 février 2002 et 20 février 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinharz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_



## ADDENDUM

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ Participants du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

### PARTIE INFORMATION

Dans le cadre de l'étude "Implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie", une entrevue diagnostique par le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) est prévue. Pour assurer la fidélité interjuge de l'évaluation, il nous faudrait pouvoir vous enregistrer sur cassette audio pendant l'entrevue.

L'agente de recherche, qui vous fera passer l'entrevue, ainsi qu'une autre personne de l'équipe de recherche formé au SCID aura accès à l'enregistrement afin de corroborer ou d'infirmier le diagnostic établi lors de l'entrevue.

Ces cassettes seront gardées sous clé au Centre de recherche Fernand-Seguin et seront détruites à la fin du projet de recherche. Seul le personnel de recherche aura accès à ce matériel et ce, uniquement pour l'étude actuelle.

### PARTIE CONSENTEMENT

Dans le cadre de cette étude pour laquelle j'ai déjà signé un formulaire de consentement, j'accepte d'être enregistré sur cassette audio lors de la passation de l'entrevue diagnostique par le SCID.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

L'addendum a été accepté par le comité d'éthique de la recherche, au Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, le 10 septembre 2001.

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinhartz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

### Participants de l'hôpital Louis-H. Lafontaine

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Lesage Alain, Stip Emmanuel, Lalonde Pierre, Nicole Luc, Reinharz Daniel, Catherine Briand; Centre de recherche Fernand-Seguin

Nom du participant (en lettre majuscule SVP): \_\_\_\_\_

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention pour les gens qui souffrent de schizophrénie. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période de 6-9 mois et vont me permettre de travailler mes fonctions cognitives, d'apprendre à mieux gérer mes émotions, d'augmenter mes habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre mes difficultés quotidiennes.

Il me sera demandé de répondre à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à ma maladie, à mon fonctionnement quotidien, à mes fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à ma qualité de vie et ma satisfaction face aux services. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontre individuelle et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à mes questions. Le personnel de recherche aura également à consulter mon dossier médical et ce, pour extraire des données sur les services que j'ai reçus et leur fréquence.

Le projet de recherche m'a été clairement décrit. J'ai pu poser l'ensemble de mes questions et on m'a répondu de façon claire. J'ai eu le temps voulu pour prendre ma décision et en aucun temps on m'a forcé à participer. On m'a également expliqué que je pouvais me retirer en tout temps de l'étude et que si je me retire, je vais continuer de recevoir le traitement requis par mon état. Je peux faire verbalement ma demande pour quitter le groupe et ce, en tout temps durant le projet de recherche.

Ce projet est confidentiel, ce qui veut dire que seul le personnel de recherche aura accès à l'information que je fournirai. Enfin, je comprends que les publications qui pourraient résulter de ce projet ne contiendront que des informations concernant des groupes de personnes et qu'il sera impossible d'identifier une personne en particulier.

Je comprends que si j'avais d'autres questions, je peux contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, au 251-4015.

Une copie de ce formulaire de consentement m'est remise.

Je donne maintenant mon accord pour participer à l'étude et répondre aux différents questionnaires décrits plus haut.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Témoin de la signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Participants de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.  
Département de psychiatrie, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

Chercheurs responsables à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal: Bernadita Caceres et Dr Suzanne Benoit, Clinique Externe de Psychiatrie de Laval, (450) 688-6700

Nom du participant (en lettre majuscule SVP): \_\_\_\_\_

### **PARTIE INFORMATION**

#### **1. Nature et objectif de l'étude**

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention (le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner) pour les gens qui souffrent de schizophrénie. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période de 6-9 mois et vont vous permettre de travailler vos fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, d'apprendre à mieux gérer vos émotions, d'augmenter vos habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre vos difficultés quotidiennes. Cette nouvelle approche est déjà utilisée dans des milieux cliniques au Québec et son efficacité a été démontrée.

Vous avez été recruté(e) pour cette étude par les intervenants qui vont animer ce nouveau programme, en collaboration avec votre médecin et vos autres intervenants. Ils

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le 5 octobre 2000 (et renouvelés le 18 mars 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinharz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

croient aux bénéfiques que peut vous apporter ce nouveau programme et à vos possibilités de participer à une intervention de groupe deux fois par semaine. Douze personnes seront recrutées à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Au total, plus de 90 personnes, recrutées dans sept milieux cliniques du Québec, participeront à cette étude.

## 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, en plus de participer deux fois par semaine aux rencontres de groupe, il vous sera demandé de répondre, à quatre reprises, à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à votre maladie, à votre fonctionnement quotidien, à vos fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à votre qualité de vie et à votre satisfaction face aux services. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontres individuelles et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à vos questions. Le personnel de recherche aura également à consulter votre dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec, et ce, pour extraire des données sur les services que vous aurez reçus et leur fréquence.

## 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation à cette étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré pour répondre aux différents questionnaires.

## 4. Bénéfices et avantages

Si on se fie aux études déjà entreprises, on peut estimer que le programme IPT a permis: 1-d'améliorer les symptômes de la schizophrénie, particulièrement les difficultés cognitives (attention, concentration, mémoire, etc.); 2-de diminuer les rechutes et les hospitalisations; 3-d'améliorer le fonctionnement dans la vie de tous les jours.

## 5. Autres moyens thérapeutiques possibles

Si vous ne participez pas à l'étude, d'autres approches thérapeutiques déjà offertes à l'Hôpital Sacré-Cœur vous seront proposées. En aucun cas, les services que vous recevrez seront de moindre qualité.

## 6. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

## 7. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le 5 octobre 2000 (et renouvelés le 18 mars 2003).

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier sera consulté par certaines personnes de l'équipe de recherche mandatées par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

#### 8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit suite aux procédures reliées à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'hôpital ou les autres organismes impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

#### 9. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs ou aux intervenants impliqués dans le projet. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

#### 10. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547 à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine; ou Madame Bernadita Caceres ou Dr Suzanne Benoit au (450) 688-6700, à la Clinique externe de psychiatrie de Laval de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction générale de l'hôpital, au (514) 338-2222, poste 2730.

Vous pouvez également, en cas d'urgence, communiquer avec votre médecin ou vos autres intervenants, ou si votre état le commande, vous rendre à l'urgence de l'hôpital.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le 5 octobre 2000 (et renouvelés le 18 mars 2003).

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique de la recherche, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le 5 octobre 2000 (et renouvelés le 18 mars 2003).

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinharz, Briand

Paraphe: \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Participants de la Cité de la Santé de Laval

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

---

### **PARTIE INFORMATION**

#### **1. Nature et objectif de l'étude**

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention (le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner) pour les gens qui souffrent de schizophrénie. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période de 6-9 mois et vont vous permettre de travailler vos fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, d'apprendre à mieux gérer vos émotions, d'augmenter vos habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre vos difficultés quotidiennes. Cette nouvelle approche est déjà utilisée dans des milieux cliniques au Québec et son efficacité a été démontrée.

Vous avez été recruté(e) pour cette étude par les intervenants qui vont animer ce nouveau programme, en collaboration avec votre médecin et vos autres intervenants. Douze personnes seront recrutées à la Cité de la Santé de Laval. Au total, plus de 90 personnes participeront à cette étude.

#### **2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées**

Dans le cadre du projet, en plus de participer deux fois par semaines aux rencontres de groupe, il vous sera demandé de répondre à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à votre maladie, à votre fonctionnement quotidien, à vos fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à votre qualité de vie et à votre satisfaction face aux services. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontres individuelles (pour

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique et de la recherche, à la Cité de la Santé de Laval, le 22 décembre 2000 (et renouvelés les 5 février 2002 et 31 janvier 2003).

environ 90 minutes) et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à vos questions. Vous aurez à compléter ces questionnaires à quatre reprises pendant le déroulement de l'étude, environ à tous les trois à quatre mois à partir du début de l'étude. Le personnel de recherche aura également à consulter votre dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec, et ce, pour extraire des données sur les services que vous aurez reçus et leur fréquence.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

En participant à cette étude, vous aurez la possibilité de recevoir un traitement 1-soit plus efficace que le programme traditionnel que vous recevez actuellement, 2-soit équivalent. La participation à cette étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré pour répondre aux différents questionnaires.

### 4. Bénéfices et avantages

Le programme IPT que l'on considère le plus à jour en ce qui à trait à la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie a fait ses preuves par de nombreuses études expérimentales.

Si on se fie aux études déjà entreprises, on peut estimer que le programme IPT a permis: 1-d'améliorer les symptômes de la schizophrénie, particulièrement les difficultés cognitives (attention, concentration, mémoire, etc.); 2-de diminuer les rechutes et les hospitalisations; 3-d'améliorer le fonctionnement dans la vie de tous les jours.

### 5. Autres moyens thérapeutiques possibles

Si vous ne participez pas à l'étude, d'autres approches thérapeutiques déjà offertes à la Cité de la Santé de Laval vous seront proposées. En aucun cas, les services que vous recevrez seront de moindre qualité.

### 6. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 7. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

À des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier sera consulté par certaines personnes de l'équipe de recherche mandatées par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique et de la recherche, à la Cité de la Santé de Laval, le 22 décembre 2000 (et renouvelés les 5 février 2002 et 31 janvier 2003).



### 8. Indemnisation en cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit suite aux procédures reliées à l'étude, vous recevrez tous les soins médicaux nécessaires, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, l'hôpital ou les autres organismes impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### 9. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs ou aux intervenants impliqués dans le projet. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

### 10. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547. Vous pouvez également contacter Dr Martin Vézina, au (450) 662-3665, ou Madame Ghislaine Gauthier, au (450) 662-5490 qui sont responsables du projet à la Cité de la Santé de Laval.

Vous pouvez aussi, en cas d'urgence, communiquer avec votre médecin ou vos autres intervenants, ou si votre état le commande, vous rendre à l'urgence de l'hôpital.

---

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique et de la recherche, à la Cité de la Santé de Laval, le 22 décembre 2000 (et renouvelés les 5 février 2002 et 31 janvier 2003).

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par le comité d'éthique et de la recherche, à la Cité de la Santé de Laval, le 22 décembre 2000 (et renouvelés les 5 février 2002 et 31 janvier 2003).

**ADDENDUM****FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**  
**Participants de la Cité de la Santé de Laval**

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

**PARTIE INFORMATION**

Dans le cadre de l'étude "Implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie", une entrevue diagnostique par le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) est prévue. Pour assurer la fidélité interjuge de l'évaluation, il nous faudrait pouvoir vous enregistrer sur cassette audio pendant l'entrevue.

L'agente de recherche, qui vous fera passer l'entrevue, ainsi qu'une autre personne de l'équipe de recherche formé au SCID aura accès à l'enregistrement afin de corroborer ou d'infirmier le diagnostic établi lors de l'entrevue.

Ces cassettes seront gardées sous clé au Centre de recherche Fernand-Seguin et seront détruites à la fin du projet de recherche (printemps 2003). Seul le personnel de recherche aura accès à ce matériel et ce, uniquement pour l'étude actuelle.

**PARTIE CONSENTEMENT**

Dans le cadre de cette étude pour laquelle j'ai déjà signé un formulaire de consentement, j'accepte d'être enregistré sur cassette audio lors de la passation de l'entrevue diagnostique par le SCID.

Nom du participant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du participant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

L'addendum a été accepté par le comité d'éthique et de la recherche, à la Cité de la Santé de Laval, le 23 août 2001.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

### Participants de l'Hôpital Général du Lakeshore

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

Nom du participant (en lettre majuscule SVP): \_\_\_\_\_

---

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à comprendre les effets d'une nouvelle approche d'intervention (le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner) pour les gens qui souffrent de schizophrénie. Cette nouvelle approche consiste en deux rencontres de groupe par semaine pendant une période de 9-12 mois et vont me permettre de travailler mes fonctions cognitives comme l'attention, la concentration, d'apprendre à mieux gérer mes émotions, d'augmenter mes habiletés à entrer en relation avec les autres et à résoudre mes difficultés quotidiennes. Par des jeux pédagogiques, l'analyse d'images et de situations vécues dans ma vie, par des mises en situation, etc., il me sera possible d'atteindre les objectifs du programme. Ce groupe est orienté vers la solidarité et l'entraide afin de créer des liens de support dans un climat de respect.

Il me sera demandé de répondre à plusieurs questionnaires en ce qui a trait à ma maladie, à mon fonctionnement quotidien, à mes fonctions cognitives comme la mémoire et l'attention, à ma qualité de vie et ma satisfaction face aux services. Ces formulaires seront complétés en groupe ou en rencontre individuelle et en tout temps l'intervenant qui anime les groupes sera présent pour répondre à mes questions. Le personnel de recherche aura également à consulter mon dossier médical et celui du régime d'assurance maladie du Québec, et ce, pour extraire des données sur les services que j'ai reçus et leur fréquence.

Le projet de recherche m'a été clairement décrit. J'ai pu poser l'ensemble de mes questions et on m'a répondu de façon claire. J'ai eu le temps voulu pour prendre ma décision et en aucun temps on m'a forcé à participer. On m'a également expliqué que je pouvais me retirer en tout temps de l'étude et que si je me retire, je vais continuer de

---

Le projet de recherche et le formulaire de consentement éclairé ont été acceptés par la direction générale, à l'Hôpital Général du Lakeshore, le 14 décembre 2000.

Lesage, Stip, Lalonde, Nicole, Reinhartz, Briand

Page 1 de 2

recevoir le traitement requis par mon état. Je peux faire verbalement ma demande pour quitter le groupe et ce, en tout temps durant le projet de recherche.

Ce projet est confidentiel, ce qui veut dire que seul le personnel de recherche aura accès à l'information que je fournirai, sauf dans les mesures prévues par la Loi. Je comprends, aussi, que les publications qui pourraient résulter de ce projet ne contiendront que des informations concernant des groupes de personnes et qu'il sera impossible d'identifier une personne en particulier. Enfin, l'information que je choisirai de divulguer sur moi dans le groupe sera connu par les autres membres du groupe.

Je comprends que si j'avais d'autres questions, je peux contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, au 251-4015.

Une copie de ce formulaire de consentement m'est remise.

Je donne maintenant mon accord pour participer à l'étude et répondre aux différents questionnaires décrits plus haut.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Témoin de la signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

J'ai eu l'occasion de rencontrer \_\_\_\_\_ (nom du participant) , signataire du présent consentement et d'évaluer sa capacité à comprendre la nature de ce programme de recherche de même que les avantages et risques qui y sont liés. J'ai pu évaluer qu'il était capable de formuler un consentement éclairé et que sa condition n'altère pas cette capacité.

Signature: \_\_\_\_\_ M.D. Psychiatre  
Date: \_\_\_\_\_

**Annexe IV-2 :**  
**Formulaires de consentement aux intervenants**

# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Intervenants du Centre Hospitalier de Granby

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

### PARTIE INFORMATION

#### 1. Nature et objectif de l'étude

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre le processus d'implantation et les effets d'une nouvelle approche d'intervention, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, pour les gens qui souffrent de schizophrénie.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

-de décrire l'implantation et le fonctionnement du programme IPT et d'identifier les facteurs organisationnels permettant de prédire la mise en place adéquate du programme IPT;

-de déterminer dans quelle mesure le programme IPT tel qu'implanté dans votre milieu va améliorer la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie.

#### 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, particulièrement pour le volet organisationnel, il vous sera demandé de participer à des entrevues de groupe et individuelles. Ces entrevues nous permettront de documenter le déroulement de l'implantation du programme, les facteurs qui ont limité ou facilité le processus ainsi que les stratégies utilisées pour y faire face.

Pour les cliniciens qui animent le programme IPT, deux entrevues de groupe sont prévues au cours de l'étude, soit à l'hiver 2002. Pour les autres intervenants de l'équipe de soins, une entrevue de groupe est prévue dans votre milieu et ce, à la fin du programme c'est-à-dire au printemps ou été 2003.

Au besoin, vous pourriez également être demandé pour une entrevue individuelle d'environ 1h.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation au ce volet de l'étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré à participer aux entrevues individuelles et de groupes.

### 4. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

### 6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ces entrevues est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

### 7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547.

---



---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de la coordonnatrice du projet (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de la coordonnatrice du projet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Intervenants de l'Hôpital Charles LeMoine

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

### PARTIE INFORMATION

#### 1. Nature et objectif de l'étude

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre le processus d'implantation et les effets d'une nouvelle approche d'intervention, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, pour les gens qui souffrent de schizophrénie.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

-de décrire l'implantation et le fonctionnement du programme IPT et d'identifier les facteurs organisationnels permettant de prédire la mise en place adéquate du programme IPT;

-de déterminer dans quelle mesure le programme IPT tel qu'implanté dans votre milieu va améliorer la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie.

#### 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, particulièrement pour le volet organisationnel, il vous sera demandé de participer à des entrevues de groupe et individuelles. Ces entrevues nous permettront de documenter le déroulement de l'implantation du programme, les facteurs qui ont limité ou facilité le processus ainsi que les stratégies utilisées pour y faire face.

Pour les cliniciens qui animent le programme IPT, deux entrevues de groupe sont prévues au cours de l'étude, soit au printemps 2002. Pour les autres intervenants de l'équipe de soins, une entrevue de groupe est prévue dans votre milieu et ce, à la fin du programme c'est-à-dire au printemps ou été 2002.

Au besoin, vous pourriez également être demandé pour une entrevue individuelle d'environ 1h.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation au ce volet de l'étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré à participer aux entrevues individuelles et de groupes.

### 4. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

### 6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ces entrevues est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

### 7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547.

---

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de la coordonnatrice du projet (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de la coordonnatrice du projet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ Intervenants du CHUM

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

### PARTIE INFORMATION

#### 1. Nature et objectif de l'étude

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre le processus d'implantation et les effets d'une nouvelle approche d'intervention, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, pour les gens qui souffrent de schizophrénie.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

- de décrire l'implantation et le fonctionnement du programme IPT et d'identifier les facteurs organisationnels permettant de prédire la mise en place adéquate du programme IPT;
- de déterminer dans quelle mesure le programme IPT tel qu'implanté dans votre milieu va améliorer la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie.

#### 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, particulièrement pour le volet organisationnel, il vous sera demandé de participer à des entrevues de groupe et individuelles. Ces entrevues nous permettront de documenter le déroulement de l'implantation du programme, les facteurs qui ont limité ou facilité le processus ainsi que les stratégies utilisées pour y faire face.

Pour les cliniciens qui animent le programme IPT, deux entrevues de groupe sont prévues au cours de l'étude, soit au printemps 2002. Pour les autres intervenants de l'équipe de soins, une entrevue de groupe est prévue dans votre milieu et ce, à la fin du programme c'est-à-dire au printemps ou été 2002.

Au besoin, vous pourriez également être demandé pour une entrevue individuelle d'environ 1h.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation au ce volet de l'étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré à participer aux entrevues individuelles et de groupes.

### 4. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

### 6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ces entrevues est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

### 7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547.

---

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de la coordonnatrice du projet (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de la coordonnatrice du projet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ Intervenants de Louis-H. Lafontaine**

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

---

### **PARTIE INFORMATION**

#### **1. Nature et objectif de l'étude**

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre le processus d'implantation et les effets d'une nouvelle approche d'intervention, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, pour les gens qui souffrent de schizophrénie.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

-de décrire l'implantation et le fonctionnement du programme IPT et d'identifier les facteurs organisationnels permettant de prédire la mise en place adéquate du programme IPT;

-de déterminer dans quelle mesure le programme IPT tel qu'implanté dans votre milieu va améliorer la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie.

#### **2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées**

Dans le cadre du projet, particulièrement pour le volet organisationnel, il vous sera demandé de participer à des entrevues de groupe et individuelles. Ces entrevues nous permettront de documenter le déroulement de l'implantation du programme, les facteurs qui ont limité ou facilité le processus ainsi que les stratégies utilisées pour y faire face.

Pour les cliniciens qui animent le programme IPT, deux entrevues de groupe sont prévues au cours de l'étude, soit au printemps ou été 2002. Pour les autres intervenants de l'équipe de soins, une entrevue de groupe est prévue dans votre milieu et ce, à la fin du programme c'est-à-dire au été ou automne 2002.



Au besoin, vous pourriez également être demandé pour une entrevue individuelle d'environ 1h.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation au ce volet de l'étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré à participer aux entrevues individuelles et de groupes.

### 4. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

### 6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ces entrevues est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

### 7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547.

---

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de la coordonnatrice du projet (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de la coordonnatrice du projet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Intervenants de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie – aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinhartz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

### **PARTIE INFORMATION**

#### **1. Nature et objectif de l'étude**

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre le processus d'implantation et les effets d'une nouvelle approche d'intervention, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, pour les gens qui souffrent de schizophrénie.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

-de décrire l'implantation et le fonctionnement du programme IPT et d'identifier les facteurs organisationnels permettant de prédire la mise en place adéquate du programme IPT;

-de déterminer dans quelle mesure le programme IPT tel qu'implanté dans votre milieu va améliorer la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie.

#### **2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées**

Dans le cadre du projet, particulièrement pour le volet organisationnel, il vous sera demandé de participer à des entrevues de groupe et individuelles. Ces entrevues nous permettront de documenter le déroulement de l'implantation du programme, les facteurs qui ont limité ou facilité le processus ainsi que les stratégies utilisées pour y faire face.

Pour les cliniciens qui animent le programme IPT, deux entrevues de groupe sont prévues au cours de l'étude, soit au printemps 2002. Pour les autres intervenants de l'équipe de soins, une entrevue de groupe est prévue dans votre milieu et ce, à la fin du programme c'est-à-dire au printemps ou été 2002.

Au besoin, vous pourriez également être demandé pour une entrevue individuelle d'environ 1h.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation au ce volet de l'étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré à participer aux entrevues individuelles et de groupes.

### 4. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

### 6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ces entrevues est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

### 7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547.

---

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de la coordonnatrice du projet (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de la coordonnatrice du projet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ Intervenants de la Cité de la Santé de Laval

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

### PARTIE INFORMATION

#### 1. Nature et objectif de l'étude

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre le processus d'implantation et les effets d'une nouvelle approche d'intervention, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, pour les gens qui souffrent de schizophrénie.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

-de décrire l'implantation et le fonctionnement du programme IPT et d'identifier les facteurs organisationnels permettant de prédire la mise en place adéquate du programme IPT;

-de déterminer dans quelle mesure le programme IPT tel qu'implanté dans votre milieu va améliorer la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie.

#### 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, particulièrement pour le volet organisationnel, il vous sera demandé de participer à des entrevues de groupe et individuelles. Ces entrevues nous permettront de documenter le déroulement de l'implantation du programme, les facteurs qui ont limité ou facilité le processus ainsi que les stratégies utilisées pour y faire face.

Pour les cliniciens qui animent le programme IPT, deux entrevues de groupe sont prévues au cours de l'étude, soit au printemps 2002. Pour les autres intervenants de l'équipe de soins, une entrevue de groupe est prévue dans votre milieu et ce, à la fin du programme c'est-à-dire au printemps ou été 2002.

Au besoin, vous pourriez également être demandé pour une entrevue individuelle d'environ 1h.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation au ce volet de l'étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré à participer aux entrevues individuelles et de groupes.

### 4. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

### 6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ces entrevues est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

### 7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547.

---

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de la coordonnatrice du projet (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de la coordonnatrice du projet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---



# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

## Intervenants de l'Hôpital Général du Lakeshore

Titre de l'étude: L'implantation dans plusieurs sites d'un module de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie –aspects organisationnels et cliniques.

Chercheurs: Alain Lesage MD, Emmanuel Stip MD, Pierre Lalonde MD, Luc Nicole MD, Daniel Reinharz MD, Catherine Briand, erg.

Adresse et téléphone: Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga (unité 218), Montréal, Québec, H1N 3V2, (514) 251-4015

---

### PARTIE INFORMATION

#### 1. Nature et objectif de l'étude

Nous vous proposons de participer à une étude visant à comprendre le processus d'implantation et les effets d'une nouvelle approche d'intervention, le programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) de Brenner, pour les gens qui souffrent de schizophrénie.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont:

- de décrire l'implantation et le fonctionnement du programme IPT et d'identifier les facteurs organisationnels permettant de prédire la mise en place adéquate du programme IPT;
- de déterminer dans quelle mesure le programme IPT tel qu'implanté dans votre milieu va améliorer la condition clinique et le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie.

#### 2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Dans le cadre du projet, particulièrement pour le volet organisationnel, il vous sera demandé de participer à des entrevues de groupe et individuelles. Ces entrevues nous permettront de documenter le déroulement de l'implantation du programme, les facteurs qui ont limité ou facilité le processus ainsi que les stratégies utilisées pour y faire face.

Pour les cliniciens qui animent le programme IPT, deux entrevues de groupe sont prévues au cours de l'étude, soit au printemps 2002. Pour les autres intervenants de l'équipe de soins, une entrevue de groupe est prévue dans votre milieu et ce, à la fin du programme c'est-à-dire au printemps ou été 2002.

Au besoin, vous pourriez également être demandé pour une entrevue individuelle d'environ 1h.

### 3. Risques, effets secondaires et désagréments

La participation au ce volet de l'étude ne représente aucun risque. Le seul désagrément consiste au temps consacré à participer aux entrevues individuelles et de groupes.

### 4. Versement d'une indemnité

En participant à cette étude, vous ne recevrez aucun dédommagement financier.

### 5. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié(e) que par un code afin de préserver l'anonymat. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Après sept ans, l'ensemble des données seront détruites.

### 6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à ces entrevues est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

### 7. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Madame Catherine Briand, coordonnatrice du projet, au (514) 251-4015, poste 3547.

---

---

## **PARTIE CONSENTEMENT**

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je reconnais qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de l'intervenant (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué les détails du projet de recherche au participant.

Nom de la coordonnatrice du projet (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature de la coordonnatrice du projet: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du témoin des signatures (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

**Annexe IV-3 :**

**Questionnaires cliniques utilisés pour l'analyse des effets**

# PROJET DE RECHERCHE IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT

## Informations sociodémographiques (participant)

Pré-test Test 1 Test 2 Test 3 

Date

2	0	0	
---	---	---	--

Année

--	--

Mois

--	--

Jour

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--

### 1 - Information de base

(À compléter seulement en pré-test sauf nom et matricule du participant)

Nom du participant

Prénom du participant

Matricule du participant

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

Sexe Féminin Masculin 

Date de naissance

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

Année

Mois

Jour

Langue usuelle  
(un seul choix)Français Anglais Autre  spécifiez

Origine ethnique

Blanche Latine Noire Amérindienne Asiatique Autre  spécifiez

Pays de naissance:

Années de scolarité complétées au:

--	--

primaire

--	--

secondaire

--	--

post-secondaire

## 2 - Histoire de la condition psychiatrique (À compléter seulement en pré-test sauf si changement)

### Premier diagnostic psychiatrique

- Troubles de l'humeur  
 Troubles anxieux  
 Schizophrénie et autres troubles psychotiques  
 Troubles de la personnalité  
 Troubles liés à une substance  
 Delirium, démence, tr. amnésique et autres tr. cognitifs  
 Tr. mental relié à une cond. médicale non classée ailleurs  
 Tr. diagnostiqués pendant l'enfance et l'adolescence  
 Autre   
 Inconnu

Date    -   -    
 Année Mois Jour

### Premier diagnostic de schizophrénie

- Schizophrénie  
 Troubles schizo-affectif  
 Troubles schizophréniforme  
 Autre

Date    -   -    
 Année Mois Jour

### Diagnostic actuel

- Schizophrénie  
 Troubles schizo-affectif  
 Troubles schizophréniforme  
 Autre

Autres diagnostics psychiatriques

## 3 - Histoire de la médication

## Histoire de la médication depuis les trois derniers mois ou depuis la dernière évaluation

Nom du médicament	Dose/jour	Date du début de la consommation	Date d'arrêt de la consommation

## 4 - Histoire de l'hospitalisation

## Histoire de l'hospitalisation depuis les trois derniers mois ou depuis la dernière évaluation

Date d'entrée à l'hôpital	Date de sortie de l'hôpital	Participe au groupe (oui ou non)





### **Le questionnaire des plaintes de Francfort (QPF) (Loas et al., 1997b)**

Le Questionnaire des plaintes de Francfort a été élaboré à partir des théories de Poljakow selon lesquelles les perturbations basales de la schizophrénie sont cognitives. Ce questionnaire a fait l'objet de plusieurs remaniements. La version actuelle du QPF correspond à la troisième version. Le QPF contient 98 énoncés évaluant les plaintes cognitives des patients (symptomatologie subjective) à partir d'une échelle dichotomique (oui-non) et par entrevue auprès du patient. La version francophone a été traduite de la version originelle allemande intitulée *The Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)* (Süllwold, 1977, 1986a, 1986b). Une rétro-translation du français à l'allemand a été effectuée tout en ayant accès à la consultation d'un groupe d'experts.

Les énoncés du QPF ont été élaborés à partir d'entrevues réalisées auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Ils se répartissent selon dix dimensions: Perte de contrôle, Perception simple, Perception complexe, Langage, Pensée, Mémoire, Motricité, Perte d'automatisme, Anhédonie et angoisse, Stimulations débordantes (overinclusion). À la suite des 98 énoncés, une rubrique ouverte permet de mentionner les autres plaintes. De plus, une liste de huit stratégies permettant d'améliorer ou de contrôler les plaintes sont mentionnées. Le patient doit indiquer l'utilisation ou non de la stratégie. Une version courte est également disponible. Wield et Schöttner (1991) ont proposé une version à 20 énoncés tandis que Cuesta, Peralta et Irigoyen (1996) en suggèrent une à 18 énoncés.

Une analyse factorielle (Süllwold, 1986a) a permis d'identifier, pour la version longue du QPF, un modèle à quatre facteurs: Perturbations des mécanismes automatiques, Trouble de la perception, Dépressivité et stimulations débordantes. Pour ce qui est des versions courtes, les résultats d'analyses tendent plutôt vers un facteur unique (Wield & Schöttner, 1991; Cuesta, Peralta, & Irigoyen, 1996). La cohérence interne de l'outil de mesure a également été évaluée par plusieurs études autant pour la version longue que pour la version

courte (Süllwold, 1977; Cuesta, Peralta, & Irigoyen, 1996). Les auteurs obtiennent des résultats similaires avec des coefficients alpha de Cronbach de l'ordre de 0,97. D'autres études ont également tenté de voir le lien entre l'évaluation subjective des déficits cognitifs et la performance réelle à des tests cognitifs (Williams et al., 1984; Cuesta, Peralta, & Juan, 1996; Zanello & Huguelet, 2001). Cuesta, Peralta et Juan (1996) identifient des corrélations entre les deux concepts tandis que les résultats de Zanello et Huguelet (2001) contredisent ces conclusions. L'orientation de leurs résultats et leurs argumentations sont étayées par des aspects méthodologiques et conceptuels. Certains auteurs stipulent que la perception subjective des symptômes fait référence à une théorie bien différente de celle relative aux fonctions cognitives (Williams et al., 1984).

#### Références:

- Cuesta, M.J., Peralta, V., & Irigoyen, I. (1996). Factor Analysis of the Frankfurt Complaint Questionnaire in a Spanish sample. *Psychopathology*, 29, 46-53.
- Loas, G., Berner, P., Rien, W., Yon, V., Boyer, P., & Lecrubier, Y. (1997b). Traduction française du questionnaire de plaintes de Francfort (QPF). *L'Encéphale*, XXIII, 364-374.
- Süllwold, L. (1977). *Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen*. Berlin: Springer.
- Süllwold, L. (1986a). Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF). In L. Süllwold., & G. Huber. *Schizophrene Basisstörungen*. Berlin: Springer.
- Süllwold, L. (1986b). *Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)*. Heidelberg: Springer.

Wield, K.H. & Schöttner, B. (1991). Coping with symptoms related to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 525-538.

Williams, R.M., Alagaratnam, W., & Hemsley, D.R. (1984). Relationship between subjective self-report of cognitive dysfunction and objective information-processing performance in a group of hospitalized schizophrenic patients. *European Archives Psychiatry Clinical Neurosciences*, 234, 48-53.

Zanello, A., & Huguelet, P. (2001). Relationship between subjective cognitive symptoms and frontal executive abilities in chronic schizophrenic outpatients. *Psychopathology*, 34, 153-158.

**PROJET DE RECHERCHE**  
**IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT**  
 Questionnaire des plaintes de Francfort - version abrégée  
 (Süllwold, L.; Loas, C. & al.; Cuesta, M.J. & al.)

Pré-test Test 1 Test 2 Test 3 

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--

Matricule du participant

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

Afin d'obtenir une image plus précise de votre état, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes qui se rapportent à différents troubles cognitifs.  
 Vos réponses resteront strictement confidentielles.

À l'aide de l'échelle suivante, veuillez répondre selon votre niveau d'apparition du trouble.

0. Jamais     1. Parfois     2. Souvent     3. Quotidiennement     4. Toujours

Noircir comme ceci :



Pas comme ceci :



1. Souvent ce que je vois devant moi ne pénètre malgré tout pas dans ma tête et je demeure incertain.

0 1 2 3 4

2. Ordonner mes pensées me demande perpétuellement un effort.

0 1 2 3 4

3. Ma concentration devient toujours plus mauvaise parce que mes pensées s'embrouillent continuellement sans que je puisse y changer quelque chose.

0 1 2 3 4

4. Souvent, j'accomplis avec peine même des petites tâches, comme me laver, m'habiller, mettre de l'ordre parce que je dois toujours réfléchir à ce qui vient maintenant et à ce qui vient ensuite.

0 1 2 3 4

5. J'ai l'impression que je ne peux plus concentrer mes pensées sur une chose très précise.

0 1 2 3 4

6. Parfois, je m'interromps au milieu d'un mouvement et je me demande comment le poursuivre.

0 1 2 3 4

7. Souvent, je commence à faire quelque chose et je remarque ensuite que je ne sais plus du tout ce que j'avais l'intention de faire.

0 1 2 3 4

## Questionnaire des plaintes (suite)

À l'aide de l'échelle suivante, veuillez répondre selon votre niveau d'apparition du trouble.

0. Jamais     1. Parfois     2. Souvent     3. Quotidiennement     4. Toujours

8. Lorsque je veux penser avec concentration, des mots inadéquats qui me viennent à l'esprit me détournent	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je ne perçois plus suffisamment clairement et nettement ce qui se passe autour de moi.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ça ne va plus aussi bien avec la parole, les mots ne me viennent pas assez rapidement à l'esprit.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Parfois, je vois tout comme flou sans avoir un sentiment de vertige.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. C'est désagréable que mes pensées disparaissent souvent comme si elles étaient balayées.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. De temps à autres, j'aimerais parler mais je ne peux pas car les mots ont tout d'un coup disparu.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je fais tout plus lentement qu'auparavant parce que je dois m'efforcer de me concentrer sur tout.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Même dans des activités très courantes, je suis, de manière inexplicable, incertain de les effectuer correctement.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. De temps à autre, je m'arrête au milieu d'une phrase sans l'avoir prévu.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Même des travaux de routine me fatiguent, car je dois toujours de nouveau réfléchir à tout.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Je remarque souvent que je ne me comporte pas comme je le souhaite car je ne peux plus suffisamment moduler mon comportement.	0	1	2	3	4
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5367084621

**PROJET DE RECHERCHE**  
**IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT**  
 Questionnaire des plaintes de Francfort - version abrégée  
 (Süllwold, L.; Loas, C. & al.; Cuesta, M.J. & al.)

Pré-test Test 1 Test 2 Test 3 

date

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Matricule de l'intervenant

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

Matricule du participant

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

To help us gain a more accurate idea of your problems, we would like to answer the following questions.

Answer on the basis of how often these nervous troubles occur. Mark as follows :

0. Never     1. Sometimes     2. Often     3. Usually     4. Almost always

Noircir comme ceci :



Pas comme ceci :



1. I don't understand the things I see in front of me, and this makes me insecure.

0 1 2 3 4

2. Ordering my thoughts requires a continual effort.

0 1 2 3 4

3. My ability to concentrate is decreasing day by day, because my thoughts get mixed up and I can't do anything about it.

0 1 2 3 4

4. Doing simple daily tasks I have to think carefully about what comes first and what comes next.

0 1 2 3 4

5. I feel that I can't concentrate on particular things.

0 1 2 3 4

6. I find that I have to stop in the middle of a movement in order to think about how to continue.

0 1 2 3 4

7. I start an activity and then realize that I don't know what I really wanted to do.

0 1 2 3 4

## Questionnaire des plaintes (suite)

Answer on the basis of how often these nervous troubles occur. Mark as follows :

0. Never    1. Sometimes    2. Often    3. Usually    4. Almost always

8. When I try to concentrate, I get distracted by inappropriate words that they appear in my mind.

0 1 2 3 4

9. I am not aware of what is happening around me.

0 1 2 3 4

10. I don't speak so well as I used to because the words don't come to my mind quick enough.

0 1 2 3 4

11. I see everything blurred, although I don't feel dizzy.

0 1 2 3 4

12. I had the unpleasant sensation that my things vanish without trace.

0 1 2 3 4

13. The right words disappear from my mind very quickly: I want to speak, but I can't.

0 1 2 3 4

14. Everything happens more slowly than before because I have to try so hard to concentrate.

0 1 2 3 4

15. I continually have to be careful to behave appropriately, even in simple everyday situations.

0 1 2 3 4

16. I stop in the middle of sentences without meaning to.

0 1 2 3 4

17. Even when doing routine tasks I have to concentrate as if they were new activities.

0 1 2 3 4

18. I observe that I don't behave as I would like: I can't control my behavior sufficiently.

0 1 2 3 4

**Client Assessment of Strengths Interests and Goals - version francophone**  
(CASIG) (Wallace et al., 2001)

Le CASIG évalue les buts et besoins de la personne ayant un trouble mental grave, ses habiletés de vie quotidienne, son assiduité à la médication, les effets secondaires qu'elle subit, ses droits, ses difficultés cognitives, sa qualité de vie, la qualité des traitements qu'elle reçoit, les symptômes ainsi que la présence de comportements sociaux inacceptables. C'est un outil de mesure qui représente une batterie d'évaluation complète du fonctionnement général de la personne. Le CASIG version francophone a été conçu grâce à une méthode de rétro-translation et les auteurs en ont profité pour ajouter deux nouvelles sections qui portent sur les droits des personnes et leurs difficultés cognitives (Lecomte et al., in press). L'intérêt de cet outil de mesure est qu'il tente de suivre la démarche clinique habituelle d'évaluation en vue du plan de traitement. Deux versions peuvent être utilisées en parallèle: l'une est un questionnaire administré par entrevue auprès du patient (CASIG-S: Self-report) et l'autre complétée par les intervenants selon leur connaissance du patient (CASIG-I: Informant version). Les deux versions comportent exactement les mêmes sections mis à part celles relatives à la qualité de vie et à la qualité de traitement qui n'apparaissent pas dans le CASIG-I. Elles permettent de comparer l'opinion du patient face à son fonctionnement de celle de l'équipe traitante.

La section sur les buts permet, à l'aide de questions ouvertes, d'identifier pour cinq sphères de fonctionnement les buts du patient et le type de soutien qu'il a besoin pour les atteindre. La section sur les habiletés de vie quotidienne identifie, quant à elle et selon un mode de questions à réponse dichotomique (oui-non), les habiletés de la personne dans neuf sphères du fonctionnement (gestion de l'argent, gestion de la santé, hygiène, alimentation, loisirs, etc.). Cette section est une adaptation du questionnaire intitulé *Independent Living Skills Survey (ILSS)* (Wallace et al., 1985). La section sur la médication évalue l'assiduité de la personne à la médication qui lui est prescrite par le biais de huit questions



dichotomiques (type oui-non) et identifie les effets secondaires ressentis (18 énoncés). La section sur les droits entend saisir la connaissance de la personne quant à ses droits (6 énoncés de type oui-non). En ce qui concerne la section sur les difficultés cognitives, elle permet d'identifier grâce à six énoncés (de type dichotomique), les difficultés de fonctionnement cognitif rencontrées par la personne. La section sur la qualité de vie permet en dix énoncés, d'évaluer sur une échelle à cinq points, la qualité de vie générale de la personne. À partir de cinq énoncés sur les habiletés du psychiatre, de cinq autres énoncés sur la satisfaction envers l'équipe multidisciplinaire et d'un énoncé général, le CASIG évalue la qualité des traitements reçus. Cette section utilise la même échelle à cinq points que la section précédente. La section sur les symptômes permet d'évaluer six symptômes en identifiant sur une échelle dichotomique leur présence ou absence. Cette section est une adaptation d'un questionnaire intitulé *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (Lukoff et al., 1986). Enfin, la section sur les comportements perturbateurs permet d'identifier dix comportements jugés inacceptables dans la société (échelle de type oui-non).

Plusieurs études ont été effectuées pour la validation du CASIG-S et du CASIG-I (Wallace et al., 2001). Pour s'assurer de sa validité de contenu, les auteurs de la version anglophone ont suivi les recommandations du *National Institute of Mental Health* quant aux sphères importantes à considérer dans l'évaluation et le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux graves. En parallèle, ils ont demandé l'opinion à plus de 100 cliniciens et administrateurs dans le domaine de la santé mentale et ont aussi consulté un groupe de travail du réseau de santé mentale de la Californie regroupant des cliniciens seniors, des administrateurs et des patients. Quant aux caractéristiques psychométriques, les résultats de cohérence interne présentent des coefficients modérés à excellents pour les deux questionnaires (CASIG-S: 0,44-0,93, CASIG-I: 0,39-0,94). Les coefficients sont aussi satisfaisants lorsqu'il s'agit d'évaluer la fidélité test-retest (0,63-0,95), mis à part pour les sous-sections Alimentation (0,49) et Amitié (0,44). Toutefois, les auteurs indiquent des résultats de fidélité inter-juges plutôt

décevants tout en spécifiant qu'ils sont comparables à des résultats obtenus pour des outils de mesure semblables. Des études de validité concomitante ont également été effectuées permettant ainsi de conclure que le CASIG-S est significativement corrélé avec des outils similaires tels que le SF-36 et le BASIS-32.

Pour la validation des versions francophones, Lecomte et collaborateurs (in press) ont reproduit des résultats similaires quant à la cohérence interne, la fidélité test-retest et la validité concomitante. En résumé, les auteurs concluent à la validité des versions francophones du CASIG ainsi qu'à son ajustement à la réalité du système de santé canadien. Ils présentent aussi une analyse factorielle et une comparaison significative avec le *Camberwell Assessment of Needs (CAN)* (Phelan et al., 1995).

#### Références:

- Lecomte, T., Wallace, C.J., Caron, J., Perreault, M., & Lecomte, J. Further validation of the Client Assessment of Strengths Interests and Goals (CASIG). *Schizophrenia Research* (in press).
- Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., & Ventura, J. (1986). Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 5, 589-595.
- 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, 105-109.

Wallace, C.J., Kochanowicz, N., & Wallace, J. (1985). *Independent Living Skills Survey*. Unpublished manuscript, Mental Health Clinical Research Center to the Study of Schizophrenia, West Los Angeles VA Medical Center, Rehabilitation Medicine Service (Brentwood Division), Los Angeles, CA.

FIBEC <sup>(C)</sup> traduction française de CASIG (Wallace, Lecomte, Wilde et Liberman)

Forces, Intérêts, et Buts Évalués par le Client (version communautaire)

Intervieweur : \_\_\_\_\_ Date \_\_ / \_\_ / \_\_ Nom ou n° du client \_\_\_\_\_

BUTS DU CLIENT - LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Où souhaiteriez-vous demeurer et dans quel environnement aimeriez-vous vivre dans un an? \_\_

---

---

---

Que possédez-vous actuellement (p. ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? \_\_\_\_\_

---

---

De quel type d'aide (p. ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?

---

---

BUTS DU CLIENT - SITUATION FINANCIÈRE/PROFESSIONNELLE (TRAVAIL)

Aimeriez-vous améliorer votre situation financière d'ici un an? (oui ou non) \_\_\_\_ Si oui : Comment pourriez-vous l'améliorer? \_\_\_\_\_

---

---

Si non mentionné dans la question précédente : Désirez-vous travailler, étudier ou suivre un programme de formation dans l'année qui vient? \_\_\_\_\_ Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

---

---

---

Si oui : *Quels sont vos buts professionnels(travail) ou éducationnels?* \_\_\_\_\_

---

---

*Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

*De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

#### BUTS DU CLIENT - RELATIONS INTERPERSONNELLES

*Aimeriez-vous améliorer vos relations interpersonnelles (en général), avec vos amis, votre famille ou améliorer votre relation de couple au cours de l'année?(oui ou non)\_\_\_\_\_ Si oui : Comment pourriez vous améliorer cette (ou ces) relation(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

*Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

*De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

## BUTS DU CLIENT - SPIRITUALITÉ ET RELIGION

Avez-vous des buts en ce qui concerne la spiritualité ou la religion?(oui ou non) \_\_\_\_ Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? \_\_\_\_\_

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?\_

## BUTS DU CLIENT - SANTÉ

A- Aimeriez-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, cesser de consommer des drogues ou de l'alcool, faire plus d'exercice) pour l'année? \_\_\_\_\_

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? \_\_\_\_\_

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?\_

B- Aimeriez-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 les symptômes, prendre les médicaments sans aide) pour l'année?* \_\_\_\_\_

---

---

---

\_\_\_\_\_ *Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_ *De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

**SOUTIEN POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE**

*À part le soutien et les services que vous avez mentionnés plus tôt, de quelles autres ressources ou de quels types d'aide auriez-vous besoin pour améliorer votre qualité de vie?* \_\_\_\_\_

---

---

Les questions suivantes se rapportent aux trois derniers mois, donc depuis le mois de \_\_\_\_\_.

### GESTION DE L'ARGENT

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Reçu de l'argent/ chèque (paie, prestation d'aide sociale) directement (sans personne interposée)? .....	___	___	___
2. Payé comptant ou par chèque votre loyer et votre nourriture?.....	___	___	___
3. Gardé votre argent dans un endroit sécuritaire?.....	___	___	___
4. Gardé la plus grande partie de votre argent et résisté à l'envie de le donner?.....	___	___	___
5. Fait un budget et évité de faire des dépenses folles afin de ne pas manquer d'argent?..	___	___	___
6. Conservé une carte d'identité valide vous permettant de changer vos chèques?.....	___	___	___

But : *Voulez-vous vous fixer comme but 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 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### GESTION DE LA SANTÉ

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Pris vous-même vos rendez-vous avec votre médecin, travailleur social, etc?.....	___	___	___
2. Respecté vos rendez-vous sans que quelqu'un vous les rappelle?.....	___	___	___
3. Acheté vous-même vos médicaments (pas nécessairement avec votre argent)?.....	___	___	___
4. Pris vous-même vos médicaments?.....	___	___	___
5. Pris soin de vous-même lorsque vous avez été un peu malade (p.ex., grippe)?.....	___	___	___
6. Eu en votre possession votre carte d'assurance maladie?.....	___	___	___



But :  *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'améliorer la gestion de votre santé? (oui ou non) \_\_\_\_\_*

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

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

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

#### NUTRITION

*Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :*

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Planifié vos repas de façon équilibrée? .....	___	___	___
2. Préparé des repas simples comme des sandwiches ou des mets congelés?.....	___	___	___
3. Utilisé un micro-ondes pour la préparation de vos repas?.....	___	___	___
4. Utilisé une cuisinière pour la préparation de vos repas?.....	___	___	___
5. Nettoyé et rangé la vaisselle et les ustensiles au moins une fois tous les trois jours?....	___	___	___
6. Fait vous-même votre épicerie?.....	___	___	___
7. Fait assez de provisions pour ne pas manquer de nourriture?.....	___	___	___

But :  *Voulez-vous vous fixer comme but 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 : \_\_\_\_\_

### CÔTÉ PROFESSIONNEL (EMPLOI)

Posez les questions dans l'ordre, dès qu'une question est suivie d'un \* oui ➔, passez à la question 8a.

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Eu un emploi rémunéré dans la communauté (temps partiel ou temps plein)?.....	---	---	---
2. Eu un emploi payé dans le cadre d'un programme d'intégration à l'emploi?.....	---	---	---
3. Participé à une activité ou à un atelier de travail à l'intérieur et/ou à l'extérieur de l'hôpital?	---	---	---
4. Eu recours à un service de réadaptation spécialisé en santé mentale pour trouver un emploi ou pour recevoir une formation?.....	---	---	---
5. Suivi ou réussi un programme de formation professionnelle? (p.ex., formation en entretien ménager, cours informatique)? .....	---	---	---
<b>Si oui, quel programme ? _____</b>			
6. Passé une entrevue pour un emploi, une activité reliée à un emploi, un programme de formation ou un programme d'intégration à l'emploi?.....	---	---	---
7. Fait du bénévolat (temps partiel ou temps plein)?.....	---	---	---
8a. Êtes-vous à l'aise à l'idée de travailler 4 heures de suite?.....	---	---	---
8b. (Si 8a est * non ➔, posez la question, sinon cochez * oui ➔) Êtes vous à l'aise à l'idée de travailler 1 heure sans arrêt?.....	---	---	---
9. Avez-vous votre carte d'assurance sociale en votre possession ou en connaissez-vous le numéro?.....	---	---	---

But : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel de trouver ou de conserver un emploi (temps partiel ou plein temps)? (oui ou non)\_\_\_\_\_*

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

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

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## TRANSPORT

*Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :*

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Eu un permis de conduire valide? .....	___	___	___
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)?.....	___	___	___

But : *Voulez-vous vous fixer comme but 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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AMITIÉS

*Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :*

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Entretenu des amitiés? .....	___	___	___
Si oui, qui et combien? _____			
2. Passé du temps à parler avec vos amis?.....	___	___	___
3. Fait des activités avec vos amis?.....	___	___	___
4a. Eu des contacts quotidiens avec vos amis?.....	___	___	___
4b. (Si 4a est *non ➔ posez la question, sinon cochez * oui ➔) Eu des contacts hebdomadaires avec vos amis?.....	___	___	___
4c. (Si 4b est *non ➔ posez la question, sinon cochez * oui ➔) Eu des contacts			

- mensuels avec vos amis?..... — — —
5. Réussi à vous faire un (ou plus) nouvel(le) ami(e)..... — — —

But : *Voulez-vous vous fixer comme but 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 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES**

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Praticqué un passe-temps? .....	—	—	—
Si oui, lequel (ou lesquels)? .....			
2. Praticqué une activité physique ou sportive?.....	—	—	—
3. Joué à un jeu de société, électronique ou autres?.....	—	—	—
4. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou avez-vous assisté à un événement sportif par vous-même?.....	—	—	—
Si oui, quoi? .....			
5. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou avez-vous assisté à un événement sportif avec des amis?.....	—	—	—
Si oui, quoi? .....			
6. Lu un livre, une revue ou un journal?.....	—	—	—
7. Envoyé une lettre ou un e-mail à un parent ou ami?.....	—	—	—
8. Écouté de la musique, regardé la télévision ou navigué dans Internet?.....	—	—	—
9. Praticqué une activité artistique (écriture, musique, peinture, etc)?.....	—	—	—

But : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'améliorer vos activités récréatives?* (oui ou non) \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos activités récréatives?*

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

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HYGIÈNE PERSONNELLE

*Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :*

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Pris une douche ou un bain au moins 3 fois au cours de la dernière semaine?.....	___	___	___
2. Brossé vos dents tous les jours 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 au moins une fois au cours des 2 derniers jours (cochez *oui +si de sexe féminin ou si le client porte une barbe propre)?.....	___	___	___
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?.....	___	___	___

But : *Voulez-vous vous fixer comme but 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 : \_\_\_\_\_

## EFFETS PERSONNELS

*Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :*

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Lavé vos vêtements au moins une fois au cours des 2 dernières semaines?.....	___	___	___
2. Fait le ménage de votre chambre ou appartement 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?.....	___	___	___

But : *Voulez-vous vous fixer comme but 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 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### PRISE DE MÉDICAMENTS

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Si votre médecin vous prescrit un médicament, le prenez-vous tel qu'on vous l'a indiqué?.....	___	___	___
2. Au cours des derniers 3 mois, avez-vous pris vos médicaments tel qu'on vous l'avait indiqué?.....	___	___	___
3. Croyez-vous que les médicaments vous aident?.....	___	___	___
4. Les médicaments sont-ils une part importante de votre traitement?.....	___	___	___
5. Devez-vous continuer à prendre vos médicaments même si vous vous sentez mieux?..	___	___	___
6. Quels médicaments prenez-vous? _____ (*oui+si exact).....	___	___	___
7. Comment vos médicaments sont-ils supposés vous aider? _____ _____ (*oui+si exact).....	___	___	___
8. Êtes-vous satisfait des médicaments que vous prenez et de leur dosage?.....	___	___	___

A. But : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'améliorer vos connaissances concernant vos médicaments?* (oui ou non) \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos connaissances concernant vos médicaments?*

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

B. But : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel de prendre vous-même vos médicaments? (oui ou non)* \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour prendre vous-même vos médicaments?*

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

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

### EFFETS SECONDAIRES

*Est-ce que vos médicaments vous causent des problèmes tels que:*

<u>Effets</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>	<u>Effets</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Soif?.....	___	___	___	10. Tremblements?.....	___	___	___
2. Nervosité?.....	___	___	___	11. Nausée et vomissements?	___	___	___
3. Vision brouillée?....	___	___	___	12. ( <b>Hommes</b> ) Impuissance?.	___	___	___
4. Constipation?.....	___	___	___	13. Bouche sèche?.....	___	___	___
5. Bave?.....	___	___	___	14. Étourdissements?.....	___	___	___
6. Maux de tête?.....	___	___	___	15. Mouvement de la mâchoire?__	___	___	___
7. Fatigue?.....	___	___	___	16. Perte ou gain de poids?....	___	___	___
8. Rigidité des muscles?__	___	___	___	17. Coups de soleil?.....	___	___	___
9. Diarrhée?.....	___	___	___	18. Changement d'appétit?....	___	___	___

But : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel de diminuer les effets secondaires de vos médicaments? (oui ou non)* \_\_\_\_\_

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_



## DROITS

*J'aimerais vérifier ce que vous connaissez par rapport à vos droits.*

*Avez-vous le droit de :*

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Refuser de prendre les médicaments que votre médecin vous a prescrits?.....	___	___	___
2. Refuser de participer aux activités faisant partie de votre traitement?.....	___	___	___
3. Demander que les informations vous concernant demeurent confidentielles ?.....	___	___	___
4. Réviser votre plan de traitement et de modifier les services que vous recevez?.....	___	___	___
5. Rencontrer un représentant du comité des bénéficiaires (ou ombudsman) pour vous plaindre d'un mauvais traitement ou service?.....	___	___	___
6. Décider des buts et objectifs de votre traitement?.....	___	___	___

Information d'ordre général :

A. Êtes-vous sous tutelle ou sous curatelle?.....	___	___	___
B. Vous êtes-vous déjà plaint auprès du comité des bénéficiaires (ou ombudsman)?.....	___	___	___
Si oui, quel fut le résultat? _____			

But : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'améliorer vos connaissances concernant vos droits? (oui ou non)\_\_\_\_\_*

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour mieux connaître vos droits?*

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

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

## DIFFICULTÉS COGNITIVES

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :*

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. D'avoir de la difficulté à vous rappeler ce que vous deviez faire?.....	___	___	___
2. D'avoir de la difficulté à vous rappeler où vous aviez rangé telle ou telle chose?.....	___	___	___

3. D=avoir de la difficulté à vous concentrer sur une tâche plus de quelques minutes?.....      \_ \_ \_
4. D=avoir de la difficulté à reconnaître un problème lorsque vous y étiez confronté?.....      \_ \_ \_
5. D=avoir de la difficulté à résoudre les problèmes auxquels vous étiez confrontés?.....      \_ \_ \_
6. D=avoir de la difficulté à choisir ou à mettre en application la meilleure façon de résoudre un problème?.....      \_ \_ \_

But : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'améliorer votre mémoire, votre attention ou vos capacités de réflexion? (oui ou non) \_\_\_\_\_*

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre mémoire, votre attention ou vos capacités de réflexion?*

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

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

## QUALITÉ DE VIE

*J'aimerais connaître votre opinion sur votre vie et vos conditions de vie.*

*Comment vous sentez-vous en ce qui concerne :*

	(1)= Insatisfait	(2)= Plutôt satisfait	(3)= Satisfait	(4)= Très satisfait	<u>Commentaires</u>
1. L'argent que vous avez?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
2. Le plaisir que vous avez?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
3. La sécurité quant à vos effets personnels?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
4. Votre sécurité personnelle?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
5. Votre santé?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
6. Votre famille?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
7. Vos amis?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
8. Vos conditions de logement?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	
9. Vos habiletés?.....	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )	

10. Votre vie en général?..... (1) (2) (3) (4)

But : *Si vous pouviez changer quelque chose dans votre vie, ce serait quoi?* \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour atteindre ce but?*

1-----2-----3-----4

Pas du tout            Un peu            Assez            Beaucoup

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

## QUALITÉ DU TRAITEMENT

*J'aimerais connaître votre opinion sur votre traitement.*

*Comment vous sentez-vous en ce qui concerne :*

	(1)= Insatisfait	(2)= Plutôt satisfait	(3)= Satisfait	(4)= Très satisfait	<u>Commentaires</u>
1. Les habiletés de votre psychiatre?.	(1)	(2)	(3)	(4)	
2. Sa courtoisie? .....	(1)	(2)	(3)	(4)	
3. Sa disponibilité? .....	(1)	(2)	(3)	(4)	
4. Son écoute et son attention par rapport à vos inquiétudes?.....	(1)	(2)	(3)	(4)	
5. Son explication du traitement?....	(1)	(2)	(3)	(4)	
6. Les habiletés des membres du personnel?.....	(1)	(2)	(3)	(4)	
7. Leur courtoisie? .....	(1)	(2)	(3)	(4)	
8. Leur disponibilité?.....	(1)	(2)	(3)	(4)	
9. Leur écoute et leur attention par rapport à vos inquiétudes?.....	(1)	(2)	(3)	(4)	
10. Leur explication du traitement?..	(1)	(2)	(3)	(4)	
11. Votre traitement en général?.....	(1)	(2)	(3)	(4)	



But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes?* (oui ou non)\_\_\_\_\_

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :*

Oui      Non      Pas rép.

4. De vous sentir exceptionnellement bien, au-dessus de tout, ou comme sur un nuage et cela, sans raison particulière? \_\_\_ D'avoir l'impression que vos pensées se bousculaient dans votre tête? \_\_\_ Que vous aviez besoin de moins de sommeil ou que vous parliez plus rapidement que d'habitude?.....

\_\_\_\_\_

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes?* (oui ou non)\_\_\_\_\_

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :*

Oui      Non      Pas rép.

5. D'entendre ou de voir des choses faisant référence à vous à la télévision, à la radio ou dans les journaux? \_\_\_ D'avoir l'impression que les événements ou les choses avaient un sens particulier pour vous non reconnu par les autres? \_\_\_ Que des gens vous voulaient du mal? \_\_\_ Que quelqu'un mettait des pensées dans votre tête? \_\_\_ D'avoir des délires ou troubles de la pensée?.....

\_\_\_\_\_

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes?* (oui ou non)\_\_\_\_\_

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :*

Oui      Non      Pas rép.

6. De voir, d'entendre ou de sentir des choses que personne d'autre n'avait vues, senties ou entendues? \_\_\_ Si oui, quoi? \_\_\_\_\_ De voir des choses inhabituelles comme un fantôme ou un esprit? \_\_\_ D'entendre quelqu'un vous parler alors que cette personne n'était pas présente? \_\_\_ Que ces phénomènes se produisent seulement avant que vous vous endormiez? \_\_\_ D'avoir des hallucinations?.....

\_\_\_\_\_

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes?* (oui ou non)\_\_\_\_\_

Oui      Non      Pas rép.

7. Pouvez-vous sentir quand vos problèmes psychologiques sont sur le point de s'aggraver ou de s'intensifier? \_\_\_ Y a-t-il des changements dans votre pensée ou des sensations qui vous préviennent que vos symptômes vont s'accroître? \_\_\_ Y a-t-il un ou des signes qui vous avertissent que vos symptômes peuvent s'aggraver et rendre vos activités régulières difficiles? .....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

Si oui, quels sont ces signes? \_\_\_\_\_

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de reconnaître et d'utiliser ces signes afin d'éviter que vos symptômes s'aggravent?*  
(oui ou non) \_\_\_\_\_

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

COMPORTEMENTS DANS LA COLLECTIVITÉ

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :*

Oui      Non      Pas rép.

1. De consommer de la drogue?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de cesser de consommer de la drogue?* (oui ou non) \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour cesser de consommer de la drogue?*

1-----2-----3-----4

Pas du tout      Un peu      Assez      Beaucoup

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :*

Oui      Non      Pas rép.

2. De consommer de l'alcool au point d'être saoul au moins une fois par mois?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de cesser ou de contrôler votre consommation d'alcool?* (oui ou non) \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour*



*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :* Oui    Non    Pas rép.

6. De participer à des actes sexuels illégaux qui brimaient les droits d'autrui?.....

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de cesser ces actes?* (oui ou non) \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour cesser ces actes?*

1-----2-----3-----4

Pas du tout    Un peu    Assez    Beaucoup

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :* Oui    Non    Pas rép.

7. De fumer (cigarette, cigare ou pipe) de manière irresponsable (p.ex., au lit)?.....

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de fumer de manière responsable?* (oui ou non) \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour fumer de manière responsable?*

1-----2-----3-----4

Pas du tout    Un peu    Assez    Beaucoup

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :* Oui    Non    Pas rép.

8. De voler des objets, vêtements, cigarettes ou argent?.....

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de cesser de voler?* (oui ou non) \_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour cesser de voler?*

1-----2-----3-----4

Pas du tout    Un peu    Assez    Beaucoup

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :* Oui    Non    Pas rép.

9. De détruire ou d'endommager la propriété d'autrui?.....

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de cesser ces comportements?* (oui ou non) \_\_\_\_\_



*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour cesser ces comportements?*

1-----2-----3-----4

Pas du tout    Un peu    Assez    Beaucoup

*Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé :*

Oui    Non    Pas rép.

10. De faire une fugue de votre lieu de résidence ou de traitement?.....

\_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

But : Si oui : *Voulez-vous vous fixer comme but de cesser de fuguer?*

(oui ou non)\_\_\_\_\_

*Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour cesser de fuguer?*

1-----2-----3-----4

Pas du tout    Un peu    Assez    Beaucoup

Commentaires ou observations : \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

CASIG<sup>(C)</sup> (Wallace, Lecomte, Wilde and Liberman)

Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals (community version)

Interviewer: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Name or client # \_\_\_\_\_

CLIENT'S HOUSING/ LIVING GOALS

*One year from now, where would you like to live and what would you like your living arrangements to be?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*What do you currently have (e.g.: assets, past experience or resources) that could help you meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*What type of help (e.g.: support or services) would you need to meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CLIENT'S FINANCIAL/ VOCATIONAL GOALS

*Would you like to improve your financial situation in the next year? (yes or no) \_\_\_\_\_ If yes: How might you improve it?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*If not mentioned in the previous question: Do you wish to work or attend either a school or a training program in the coming year?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If yes: *What are your vocational (work) or educational goals?* \_\_\_\_\_

---

---

*What do you currently have (e.g.: assets, past experience or resources) that could help you meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

*What type of help (e.g.: support or services) would you need to meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

---

#### CLIENT'S RELATIONSHIP GOALS

*Would you like to improve your relationships with people (in general), friends, family or intimate partner (couple) in the next year?(yes or no)\_\_\_\_\_ If yes: How could you improve this (or these) relationship(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

*What do you currently have (e.g.: assets, past experience or resources) that could help you meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

*What type of help (e.g.: support or services) would you need to meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

---

CLIENT'S SPIRITUAL/ RELIGIOUS GOALS

*Do you have spiritual or religious goals?(yes or no) \_\_\_\_ If yes: What are they? \_\_\_\_\_*

---

---

*What do you currently have (e.g.: assets, past experience or resources) that could help you meet that(these) goal(s)? \_\_\_\_\_*

---

---

*What type of help (e.g.: support or services) would you need to meet that(these) goal(s)? \_\_\_\_\_*

---

---

---

CLIENT'S HEALTH GOALS

*A- Would you like to improve your physical health in the next year? (yes or no) \_\_\_\_*

*If yes: What are your physical health goals (e.g.: work on physical problems, stop using street drugs, exercise more) in the coming year? \_\_\_\_\_*

---

---

---

*What do you currently have (e.g.: assets, past experience or resources) that could help you meet that(these) goal(s)? \_\_\_\_\_*

---

---

*What type of help (e.g.:support or services) would you need to meet that(these) goal(s)? \_\_\_\_\_*

---

---

---

B- *Would you like to improve your mental health in the next year? (yes or no)*\_\_\_\_\_

*If yes: What are your mental health goals (e.g.: symptom management, taking meds without help) in the coming year?* \_\_\_\_\_

---

---

---

*What do you currently have (e.g.: assets, past experience or resources) that could help you meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

*What type of help (e.g.: support or services) would you need to meet that(these) goal(s)?* \_\_\_\_\_

---

---

---

LIFESTYLE SUPPORTS

*Besides the support and services you already mentioned before, what other help would you need to improve your quality of life?* \_\_\_\_\_

---

The following questions pertain to the last 3 months, so since the month of \_\_\_\_\_.

**MONEY MANAGEMENT**

*In the last 3 months, did you:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Receive income/assistance payments directly (not through a third party).....	___	___	___
2. Pay by cash or check for your food and rent?.....	___	___	___
3. Keep your money in a safe place?.....	___	___	___
4. Keep most of your money and resist giving it away?.....	___	___	___
5. Budget your money and avoid making foolish purchases so you wouldn't run out?....	___	___	___
6. Have a valid picture ID you could use to cash checks?.....	___	___	___

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve how you manage your money? (yes or no)* \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve how you manage your money ?*

1-----2-----3-----4  
 None            A little            A fair amount            A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HEALTH MANAGEMENT**

*In the last 3 months, did you:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Make most of your own appointments with your doctor, social worker, etc?.....	___	___	___
2. Keep these appointments without reminders from someone?.....	___	___	___
3. Buy your own medication (not necessarily with your money)?.....	___	___	___
4. Administer your own medication?.....	___	___	___
5. Care for yourself when you had a mild illness (e.g.: flu)?.....	___	___	___
6. Have in your possession your medicare card?.....	___	___	___

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve how you manage your health? (yes or no)* \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve how you manage your health?*

1-----2-----3-----4  
 None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**NUTRITION**

*In the last 3 months, did you:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Plan your meals with a healthy balance of foods? .....	—	—	—
2. Prepare simple meals like sandwiches or tv dinners?.....	—	—	—
3. Use a microwave to prepare meals?.....	—	—	—
4. Use a stove or oven to prepare meals?.....	—	—	—
5. Clean and store dishes and silverware at least once every 3 days?.....	—	—	—
6. Buy your own groceries?.....	—	—	—
7. Stay well-stocked enough so you wouldn't run out of food?.....	—	—	—

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve your nutrition and your food preparation? (yes or no)* \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve your nutrition and your food preparation?*

1-----2-----3-----4  
 None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VOCATIONAL

Ask the questions in order, as soon as a question is answered «yes», skip to 8a.

<i>In the last 3 months, did you:</i>	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Have a paid job in the community (full-time or part-time)?.....	___	___	___
2. Have a paid job within a work integration program?.....	___	___	___
3. Participate in a workshop or activity within or outside the hospital?.....	___	___	___
4. Use rehabilitation services specialized in mental health in order to find a job or get training?.....	___	___	___
5. Participate or graduate from a job training program (e.g.: janitorial training, computer lessons)?.....	___	___	___
<b>If yes, which program?</b> _____			
6. Have an interview for a job, workshop or a training in a work integration program?.....	___	___	___
7. Do volunteer work (part-time or full time)?.....	___	___	___
8a. Do you feel comfortable working 4 hours in a row?.....	___	___	___
8b. (If 8a is «no», ask the question, otherwise check «yes») Do you feel comfortable working 1 hour without break?.....	___	___	___
9. Do you have a social insurance card with you or do you know the number?.....	___	___	___

Goal: *Do you want to make it a personal goal to obtain or maintain a job (part-time or full time)?*

(yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to obtain or maintain a job?*

1-----2-----3-----4

None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TRANSPORTATION

<i>In the last 3 months, did you:</i>	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Have a valid driver's license? .....	___	___	___
2. Drive a car (yours or someone else's)?.....	___	___	___



3. Use public transportation alone (bus, metro or train)?.....               

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve your getting around by using the public, or your own transportation system? (yes or no)*\_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve your getting around by using the public, or your own, transportation system?*

1-----2-----3-----4  
 None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FRIENDS

*In the last 3 months, did you:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Maintain friendships?.....	---	---	---
If yes, who and how many?_____			
2. Spend time talking to your friends?.....	---	---	---
3. Do things together with your friends?.....	---	---	---
4a. Have daily contacts with your friends?.....	---	---	---
4b. (If 4a is «no», ask the question, otherwise check «yes») Have weekly contacts with your friends?.....	---	---	---
4c. (If 4b is «no», ask the question, otherwise check «yes») Have monthly contacts with your friends?.....	---	---	---
5. Make one (or more) new friend(s)?.....	---	---	---

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve your friendships or to make new ones? (yes or no)*\_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve your friendships or to make new ones?*

1-----2-----3-----4

None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

LEISURE

*In the last 3 months, did you:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Spend time on a hobby? .....	—	—	—
If yes, which one(s)? _____			
2. Do a physical activity or sport?.....	—	—	—
3. Play a table game, computer or other games?.....	—	—	—
4. Go to a movie, play, sporting event or shopping mall by yourself?.....	—	—	—
5. Go to a movie, play, sporting event or shopping mall with friends?.....	—	—	—
6. Read a book, magazine or newspaper?.....	—	—	—
7. Write a letter or e-mail to a friend or relative?.....	—	—	—
8. Listen to music, watch tv or surf the net?.....	—	—	—
9. Do an artistic activity (e.g.: writing, playing music, painting, etc)?.....	—	—	—

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve your leisure activities? (yes or no)\_\_\_\_\_*

*How much help or support would you need to improve your leisure activities ?*

1-----2-----3-----4  
 None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PERSONAL HYGIENE

*Without reminders or assistance, did you:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Take a shower or bath at least 3 times in the last week?.....	—	—	—
2. Brush your teeth everyday for the past week?.....	—	—	—
3. Put on clean clothes at least 3 times in the last week?.....	—	—	—
4. Shave at least once in the last 2 days ( <b>check «yes» if a woman or if the client wears a well-groomed beard</b> )?.....	—	—	—
5. Brush or comb your hair everyday in the last week ( <b>check «yes» if bald</b> )?.....	—	—	—
6. Put on deodorant everyday for the past week?.....	—	—	—

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve your personal hygiene?* (yes or no)\_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve your personal hygiene ?*

1-----2-----3-----4  
 None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

CARE OF PERSONAL POSSESSIONS

*In the last 3 months, without reminders or assistance, did you:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Wash your clothes at least once in the past 2 weeks?.....	—	—	—
2. Clean your room or apartment at least once in the past week?.....	—	—	—
3. Make your bed at least once in the past 3 days?.....	—	—	—
4. Put away your clothes at least once in the last three days?.....	—	—	—
5. Discard unwanted items and empty your trash at least once in the past week?.....	—	—	—

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve how you care for your personal possessions?* (Yes or no)\_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve how you care for your personal possessions ?*

1-----2-----3-----4  
 None            A little            A fair amount            A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**MEDICATION PRACTICES**

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. If your physician prescribes medication for you, do you take it as prescribed?.....	___	___	___
2. For the last 3 months, have you usually taken your medication as prescribed?.....	___	___	___
3. Do you think that medication helps you?.....	___	___	___
4. Is medication an important part of your treatment?.....	___	___	___
5. Do you need to continue to take medication once you feel better?.....	___	___	___
6. What medication(s) do you take? _____ («yes» if correct).....	___	___	___
7. How are your meds supposed to help you? _____ («yes» if correct).	___	___	___
8. Do you feel good about your current medications and their dosages?.....	___	___	___

A. Goal:     *Do you want to make it a personal goal to learn more about your medications? (yes or no)\_\_\_\_\_*

*How much help or support would you need to learn more about your medications ?*

1-----2-----3-----4  
 None            A little            A fair amount            A lot

B. Goal:     *Do you want to make it a personal goal to take care of your own medications?(yes or no)\_\_\_\_\_*

*How much help or support would you need to take care of your own medications ?*

1-----2-----3-----4  
 None            A little            A fair amount            A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SIDE EFFECTS**

*Does your current medication cause problems like:*

<u>Effects</u>	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>	<u>Effects</u>	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Thirsty?.....	___	___	___	10. Tremors/ shaking?.....	___	___	___
2. Nervous, jittery?....	___	___	___	11. Nausea/ vomiting?.....	___	___	___
3. Blurred vision?.....	___	___	___	12. (Men) Impotence?.....	___	___	___
4. Constipation?.....	___	___	___	13. Dry mouth?.....	___	___	___
5. Drooling?.....	___	___	___	14. Dizziness?.....	___	___	___
6. Headaches?.....	___	___	___	15. Jaw movements?.....	___	___	___
7. Tired, sluggish?....	___	___	___	16. Weight gain or loss?.....	___	___	___
8. Rigid muscles?.....	___	___	___	17. Sunburn.?.....	___	___	___
9. Diarrhea?.....	___	___	___	18. Appetite changes?.....	___	___	___

Goal: *Do you want to make it a personal goal to diminish those side-effects?(yes or no)*\_\_\_\_\_

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**RIGHTS**

*I would like to find out how much you know about your rights.*

*Do you have the right to:*

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>No ans.</u>
1. Refuse to take medication that your physician has prescribed for you?.....	___	___	___
2. Refuse to participate in activities that are part of your treatment?.....	___	___	___
3. Have information about you kept confidential?.....	___	___	___
4. Review your treatment plan and change the services you receive?.....	___	___	___
5. See the hospital's patient representative (or ombudsman) to complain about poor			

- treatment or services?.....
6. Set goals for your treatment?.....

General information:

- A. Are you on conservatorship (or curatorship)?.....
- B. Have you ever complained to the patient representative (or ombudsman)?.....
- If yes, how did it turn out? \_\_\_\_\_

Goal: *Do you want to make it a personal goal to learn more about your rights?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to learn more about your rights?*

1-----2-----3-----4

None            A little            A fair amount            A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_

**COGNITIVE DIFFICULTIES**

*In the past 3 months, did you:*

- |  | <u>Yes</u>               | <u>No</u>                | <u>No ans.</u>           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Have trouble remembering things you had to do?.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have trouble remembering where you put things?.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have trouble concentrating on a specific task for more than a few minutes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have trouble recognizing problems when they occur?.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have trouble solving problems when they occur?.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Have trouble choosing or carrying out the best way to solve a problem?.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Goal: *Do you want to make it a personal goal to improve your memory, attention or thinking abilities?* (Yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to improve your memory, attention or thinking abilities?*

1-----2-----3-----4

None            A little    A fair amount            A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

QUALITY OF LIFE

*I would like to know how you feel about your life and living conditions.*

*How do you feel about:* (1)= dissatisfied (2)= somewhat satisfied (3)= satisfied (4)= very satisfied

Comments

- 1. The money you have?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 2. The fun you have?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 3. The safety of your personal belongings? .....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 4. Your personal safety?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 5. Your health?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 6. Your family?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 7. Your friends?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 8. Your housing?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 9. Your abilities?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 10. Your life in general?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_

Goal: *What would you like to change in your life, if anything?* \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to meet that goal ?*

1-----2-----3-----4

None                      A little                      A fair amount                      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

QUALITY OF TREATMENT

*I would like to know how you feel about your treatment.*

*How do you feel about:* (1)= dissatisfied (2)= somewhat satisfied

(3)= satisfied (4)= very satisfied

Comments

- 1. Your psychiatrist's skills?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 2. His/her courtesy? .....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 3. His/her availability?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 4. His/her listening to you and your  
concerns?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 5. His/her explanation of treatment?..\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 6. The staff's skills?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 7. Their courtesy?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 8. Their availability?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 9. Their listening to you and your  
concerns?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 10. Their explanation of treatment?..\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_
- 11. Your treatment in general?.....\_(1)\_ \_ (2)\_ \_ (3)\_ \_ (4)\_

Goal: *What would you like to change in your treatment, if anything?* \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to meet that goal ?*

1-----2-----3-----4

None            A little            A fair amount            A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_



## SYMPTOMS

As soon as a statement is answered «yes», check «yes» for the question and go to the Goal.

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

1. Felt very fearful, worried, nervous or anxious? \_\_\_

Found it difficult to concentrate on doing things because you were so worried

or anxious? \_\_\_ Felt your nervousness interfered with your thinking and ability to do  
your usual activities like eating, sleeping, or working? \_\_\_ .....

\_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to learn to manage  
these symptoms?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

2. Felt very sad, hopeless or depressed? \_\_\_ Felt your sadness interfered with your

thinking and your ability to do your usual activities like eating, sleeping, or working?...

\_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to learn to manage  
these symptoms?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

3. Felt so hopeless that you thought about hurting yourself? \_\_\_ Felt things were so bad

that you often thought about ending your life? \_\_\_ .....

\_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to learn to manage  
these symptoms?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

4. Felt unusually good, «high», or elated for no reason? \_\_\_ Had the impression

your thoughts were racing through your mind? \_\_\_ Felt you needed less sleep or that

you spoke faster than usual? \_\_\_ .....

\_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to learn to manage  
these symptoms?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

5. Seen references to yourself on TV or in the newspaper? \_\_\_ Felt things

or events had a special meaning or a personal significance to you that was not

recognized by others? \_\_\_ Felt that people were out to get you? \_\_\_

CASIG\_version anglaise

Had someone put thoughts into your head? \_\_\_ Had delusions  
or thought disorders? \_\_\_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to learn to manage  
these symptoms?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*In the past 3 months, have you:* Yes No No ans.

6. Heard sounds, seen things, or smelled things that no one else has? \_\_\_  
If yes, what? \_\_\_\_\_ Seen anything unusual like a ghost  
or a spirit? \_\_\_ Heard someone talking to you but that person was not there? \_\_\_  
Experienced this only when you were going to sleep? \_\_\_ Had hallucinations? \_\_\_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to learn to manage  
these symptoms?* (yes or no) \_\_\_\_\_

Yes No No ans.

7. Can you tell when your psychological problems are about to become worse or more  
intense? \_\_\_ Are there certain changes in how you're feeling or thinking that warn you  
there will be a change in your symptoms? \_\_\_ Are there warnings that your symptoms  
may become more intense and interfere with your ability to do your usual activities?.. .  
If yes, what are these signs \_\_\_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to learn to recognize and use these signs in  
order to prevent your symptoms from getting worse?* (yes or no) \_\_\_\_\_

Comments or observations: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## COMMUNITY BEHAVIORS

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

1. Used street drugs?..... \_\_\_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to quit using street drugs?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to quit using street*

*drugs ?*            1-----2-----3-----4

None            A little            A fair amount            A lot

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

2. Drunk enough alcohol to get drunk at least once a month?..... \_\_\_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to quit or control your drinking?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to quit or control your*

*drinking ?*            1-----2-----3-----4

None            A little            A fair amount            A lot

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

3. Hurt someone by hitting, scratching, kicking, or other acts of violence?..... \_\_\_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to control your anger and violent outbursts?* (yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to control your anger*

*and violent outbursts?*

1-----2-----3-----4

None            A little            A fair amount            A lot

*In the past 3 months, have you:* Yes    No    No ans.

4. Yelled, threatened, insulted or otherwise verbally assaulted someone?..... \_\_\_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to control your anger and verbal aggressiveness?* (Yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to control your*

CASIG\_version anglaise

*anger and verbal aggressiveness?*

1-----2-----3-----4

None      A little      A fair amount      A lot

*In the past 3 months, have you:*

Yes      No      No ans.

5. Hurt yourself intentionally or even attempted to kill yourself?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to stop wanting to hurt yourself?* (Yes or no)\_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to stop wanting to hurt yourself?*

1-----2-----3-----4

None      A little      A fair amount      A lot

*In the past 3 months, have you:*

Yes      No      No ans.

6. Engaged in an illegal sexual activity that violated the rights of others?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to stop engaging in these behaviors?* (Yes or no)\_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to stop engaging in these behaviors?*

1-----2-----3-----4

None      A little      A fair amount      A lot

*In the past 3 months, have you:*

Yes      No      No ans.

7. Smoked (cigarettes, cigars or pipe) irresponsibly (e.g. in bed)?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to smoke safely?* (Yes or no)\_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to smoke safely?*

1-----2-----3-----4

None      A little      A fair amount      A lot

*In the past 3 months, have you:*

Yes      No      No ans.

8. Stolen other's property like money, cigarettes or clothes?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to stop stealing?*

(Yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to stop stealing?*

1-----2-----3-----4

None      A little      A fair amount      A lot

*In the past 3 months, have you:*

Yes      No      No ans.

9. Damaged or destroyed other's property?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to stop such*

*behaviors? (Yes or no) \_\_\_\_\_*

*How much help or support would you need to stop such behaviors ?*

1-----2-----3-----4

None      A little      A fair amount      A lot

*In the past 3 months, have you:*

Yes      No      No ans.

10. Gone AWOL from your residence or treatment program?.....

\_\_\_      \_\_\_      \_\_\_

Goal: If yes, *Do you want to make it a personal goal to stop running away?*

(Yes or no) \_\_\_\_\_

*How much help or support would you need to stop running away ?*

1-----2-----3-----4

None      A little      A fair amount      A lot

Comments or observations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PROJET DE RECHERCHE**  
**IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT**  
 Évaluation de la symptomatologie  
 Extrait de l'Évaluation Par l'Intervenant du Client (EPIC)  
 Traduction française du SOCI (Wallace, Lecompte, Wilde & Liberman)

Pré-test Test 1 Test 2 Test 3 

Date

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--

Matricule du participant

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

**Au cours des 3 derniers mois, le client a-t'il présenté des symptômes de :**

- |  |  |
|--|--|
| <b>1. Anxiété?</b><br>(appréhension, peur, tension, panique, inquiétudes constantes rendant la participation du client à des activités difficiles) | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS RÉP. |
| <b>2. Dépression?</b><br>(tristesse, découragement, faible estime de soi la plupart du temps)  | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS RÉP. |
| <b>3. Pensées suicidaires?</b><br>(ou d'auto-mutilation)   | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS RÉP. |
| <b>4. Comportements de manie?</b><br>(euphorie, sentiment exagéré de bien-être, estime de soi gonflée sans raison)                                 | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS RÉP. |
| <b>5. Délires?</b><br>(croyances bizarres non-expliquées par le bagage culturel du client)   | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS RÉP. |
| <b>6. Hallucinations?</b><br>(visuelle, auditive, tactile ou olfactive sans présence de stimulus)  | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS RÉP. |
| <b>7. Signes précurseurs</b><br>(signaux, pensées ou symptômes légers annonçant une rechute)   | <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> PAS RÉP. |

**Quel est votre niveau de certitude que le "portrait" que vous décrivez ressemble au client?**

- Élevé  
  Bon  
  Moyen  
  Faible

5324578149

**PROJET DE RECHERCHE**  
**IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT**  
**Symptoms section of Staff Observation and Client Information (SOCI)**  
**(Wallace, Lecompte, Wilde & Liberman)**

Pré-test Test 1 Test 2 Test 3 

Date

2	0	0	-			-		
Year				Month			Day	

Interviewer #

--	--	--	--

Client #

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

In the past 3 months, has there been evidence of the client experiencing:

**1. Anxiety?**

(apprehension, fear, tension, panic, worry that occur most of the time and make it difficult for the client to attend to things)

YES    NO    NO ANS.

**2. Depression?**

(sad, unhappy, hopeless, poor self-esteem most of the time)

YES    NO    NO ANS.

**3. Suicidal thoughts?**

(thoughts of physical harm to oneself)

YES    NO    NO ANS.

**4. Manic behaviors?**

(exaggerated euphoria, well-being, and self-esteem for no apparent reason)

YES    NO    NO ANS.

**5. Delusions thought disorder?**

(irrational beliefs not explained by cultural background)

YES    NO    NO ANS.

**6. Hallucinations?**

(visual, tactile, olfactory, or auditory perceptions with no identifiable stimulus)

YES    NO    NO ANS.

**7. Prodromal signs**

(warning signs, mild symptoms, and/or feelings that precede a major symptomatic relapse)

YES    NO    NO ANS.

How certain are you that this is an accurate "picture" of the client?

Very    Good    Fair    Poor

### **Le «Multnomah Community Ability Scale» version française (MCAS);**

Barker & Barron, 1997; Barker et al., 1994a, 1994b)

Selon les concepteurs, le MCAS est un questionnaire composé de 17 énoncés soit compris dans une seule et même échelle soit répartis sur quatre sous-échelles intitulées: Obstacles au fonctionnement (5 énoncés), Adaptation à la vie quotidienne (3 énoncés), Compétences sociales (5 énoncés) et Problèmes de comportements (4 énoncés). Cet outil de mesure a été développé par des professionnels de la santé œuvrant dans des services offerts dans la communauté pour les personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale. Le MCAS est administré par le professionnel de la santé qui évalue son patient en fonction des trois à six derniers mois en utilisant une échelle oscillant de 1 à 5 pour chaque énoncé. Plus la valeur de l'échelle est élevée et plus la personne présente un fonctionnement général qui est adéquat ou autonome. Lors de l'évaluation, le professionnel de la santé se réfère à une définition de l'énoncé ainsi qu'à une note pour coter adéquatement le niveau de fonctionnement de son client.

En termes de validité, Barker et collaborateurs (1994a) mentionnent une structure à un ou quatre facteurs pour représenter l'ensemble des énoncés, mais aucun détail de ces résultats d'analyses n'est accessible. Ils soulignent un coefficient alpha élevé de l'ordre de 0,90 pour l'ensemble des 17 énoncés. Quant à la validité prédictive, les personnes qui présentent un score plus faible au MCAS, comparées à celles qui ont un score plus élevé, ont tendance à utiliser plus souvent les services hospitaliers. En termes de fidélité, un coefficient test-retest (période de 2 à 4 semaines) égal à 0,83 est obtenu pour le score total. Barker et collaborateurs (1994a) ont identifié des coefficients de corrélation *intra*class (fidélité inter-juges) satisfaisants et supérieurs à 0,6 pour l'ensemble des énoncés, excepté pour cinq d'entre eux: Santé physique, Réseau social, Activités significatives, Fidélité au traitement pharmacologique et Contrôle des impulsions.



Corbière, Crocker, Lesage et collaborateurs (2002) ont réalisé des analyses factorielles confirmatoires auprès de deux échantillons composés de personnes francophones ayant des problèmes sévères de santé mentale (N = 199 et N = 214), lesquels ont été recueillis à partir de deux études indépendantes menées à Montréal. En tenant compte des repères théoriques des concepteurs du MCAS (Barker et al., 1994a), deux modèles ont été testés, celui à un seul facteur et celui à quatre facteurs. Les résultats d'analyses montrent qu'une solution à quatre facteurs est la plus satisfaisante en termes d'indices d'ajustement. Cependant, il est nécessaire de retrancher 5 énoncés aux quatre facteurs du MCAS pour obtenir un modèle qui s'ajuste adéquatement aux données empiriques. Trois de ces cinq énoncés soit Santé physique, Activités significatives et Contrôle des impulsions sont également ceux qui présentent un faible coefficient de fidélité *intra*class dans l'étude de Barker et collaborateurs (1994a). La force de cette nouvelle solution à 12 énoncés se situe à différents niveaux. D'une part, cette solution respecte la conception des auteurs du MCAS en visant un mode plus parcimonieux dont les sous-échelles: Obstacles au fonctionnement, Adaptation à la vie quotidienne, Compétences sociales et Problèmes de comportements, comprennent respectivement trois énoncés. D'autre part, il est possible de confirmer cette solution factorielle auprès d'un autre échantillon francophone indépendant (Corbière, Crocker, Lesage et al., 2002). Finalement, quel que soit l'échantillon francophone observé, les coefficients alpha varient de 0,60 à 0,76 pour les quatre sous-échelles.

## Références:

- Barker, S., & Barron, N. (1997). *Multnomah Community Ability Scale- User's manual*. Portland (OR): Network Behavioral Health Care, Inc.
- Barker, S., McFarland, BH., Bigelow DA. (1994a). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part I – reliability and validity. *Community Mental Health Journal*, 30, 363-379.
- Barker, S., McFarland, BH., Bigelow DA., & Carnahan, T. (1994b). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part II – Applications. *Community Mental Health Journal*, 30, 459-472.
- Corbière, M., Crocker, AG., Lesage, AD., Latimer, E., Ricard, N., & Mercier, C. (2002). Factor structure of the Multnomah Community Ability Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 1-8.

# PROJET DE RECHERCHE IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT.

**Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Backer, S. & Barron, N)**  
(version française : Division psychosociale Centre de Recherche de l'hôpital Douglas)

Pré-test Test 1 Test 2 Test 3 

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--	--

Matricule du participant

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

**NOIRCIR LE CERCLE** qui correspond au fonctionnement du client au cours des 3 DERNIERS MOIS, à l'exception de la section 4 (problèmes de comportement) qui devrait refléter le fonctionnement du client au cours des 6 DERNIERS MOIS. (Dans le but d'alléger le texte, le genre masculin sera utilisé dans les énoncés.)

Noircir comme ceci :   
Pas comme ceci :

## Section 1: OBSTACLES AU FONCTIONNEMENT

Cette section se rapporte aux symptômes physiques et psychiatriques qui rendent la vie plus difficile au client. Plusieurs de ces symptômes peuvent être améliorés par la médication, mais d'autres sont permanents. Quel que soit le cas, évaluez le fonctionnement du client avec les médicaments et les services actuels.

**1. Santé physique : Dans quelle mesure le fonctionnement du client est-il affecté par son état de santé physique?**

**NOTE :** On fait référence à des problèmes de santé physique chroniques et/ou à la fréquence et à la sévérité de maladies physiques aiguës, non pas à des problèmes psychiatriques.

- Incapacité physique très grave
- Incapacité physique prononcée
- Incapacité physique modérée
- Incapacité physique légère
- Aucune incapacité physique

**2. Fonctionnement intellectuel : Quel est le niveau de fonctionnement intellectuel général du client?**

**NOTE :** Un fonctionnement intellectuel faible peut être dû à un ensemble de raisons autres que la déficience intellectuelle congénitale : p. ex., dommages organiques dus à un abus chronique d'alcool ou de drogues, sénilité, traumatismes, analphabétisme ou scolarité minimale, etc. Ne pas tenir compte ici des limitations aux processus cognitifs dues à des symptômes psychotiques qui sont évalués plus loin. Évaluer le fonctionnement sans tenir compte des symptômes psychotiques.

- Fonctionnement intellectuel extrêmement faible
- Fonctionnement intellectuel assez faible
- Fonctionnement intellectuel faible
- Fonctionnement intellectuel un peu sous la normale
- Fonctionnement intellectuel normal ou au-dessus de la normale

**3. Processus de la pensée : Quel est le degré de perturbation du processus de la pensée du client se manifestant par des symptômes tels que des hallucinations, des délires, un discours digressif, un relâchement net des associations, une perturbation du temps de réponse, de l'ambivalence, de l'incohérence, etc.?**

- Processus de la pensée extrêmement perturbé
- Processus de la pensée perturbé de façon prononcée
- Processus de la pensée perturbé de façon modérée
- Processus de la pensée légèrement perturbé
- Processus de la pensée normal, non perturbé

**4. Perturbation de l'humeur : Quel est le degré de perturbation de l'humeur du client se manifestant par des symptômes tels qu'une étendue trop limitée de l'humeur, des sautes d'humeur extrêmes, la dépression, la rage, la manie, etc.**

- Humeur extrêmement perturbée
- Humeur perturbée de façon prononcée
- Humeur modérément perturbée
- Humeur légèrement perturbée
- Humeur normale

**E :** Évaluer la perturbation de l'humeur selon son étendue, son intensité et la mesure dans laquelle elle est appropriée aux circonstances.

## Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (suite)

**Réaction au stress et anxiété : Dans quelle mesure le client est-il affecté par ses réactions inappropriées ou dysfonctionnelles au stress ou par son anxiété?**

NOTE : Le client pourrait être affecté par des réactions inappropriées à des événements stressants (p. ex., réactions extrêmes ou aucune réaction à des événements qui devraient susciter des inquiétudes) et/ou difficultés à composer avec l'anxiété, manifestées par de l'apathie, de la persévérance, une incapacité à résoudre des problèmes, etc.

- Réactions extrêmement inappropriées
- Réactions inappropriées de façon prononcée
- Réactions modérément inappropriées
- Réactions légèrement inappropriées
- Réactions normales

### Section 2 : ADAPTATION À LA VIE QUOTIDIENNE

Cette section se rapporte à la façon dont votre client fonctionne dans la vie quotidienne et à la façon dont il s'est adapté aux limites imposées par sa maladie mentale. Évaluez son comportement, non pas son potentiel.

**6. Capacité à gérer son argent : Dans quelle mesure le client réussit-il à gérer son argent et à contrôler ses dépenses? Dépense-t-il selon ses revenus ?**

- Ne gère presque jamais son argent adéquatement
- Gère rarement son argent adéquatement
- Gère parfois son argent adéquatement
- Gère son argent adéquatement une bonne partie du temps
- Gère presque toujours son argent adéquatement

**7. Autonomie dans la vie quotidienne : Dans quelle mesure le client fonctionne-t-il de façon autonome dans la vie quotidienne?**

NOTE : On fait référence à l'hygiène personnelle, à la tenue vestimentaire, au régime alimentaire, et à l'entretien ménager et aussi à sa capacité de le faire. Si le client vit en centre d'accueil cotez 3 ou moins, itinérant mais utilise les ressources cotez 3.

- Ne fonctionne presque jamais de façon autonome
- Fonctionne rarement de façon autonome
- Fonctionne parfois de façon autonome
- Fonctionne souvent de façon autonome
- Fonctionne presque toujours de façon autonome

**8. Acceptation de la maladie : Dans quelle mesure le client accepte-t-il (par opposition à nier) sa maladie?**

NOTE : Ne pas tenir compte de l'assiduité à la médication.

- N'accepte presque jamais sa maladie
- Accepte rarement sa maladie
- Accepte parfois sa maladie
- Accepte sa maladie une bonne partie du temps
- Accepte presque toujours sa maladie

### Section 3 : COMPÉTENCES SOCIALES

Cette section se rapporte à la capacité du client à s'engager dans des relations interpersonnelles appropriées et dans des activités culturellement significatives.

**9. Acceptabilité sociale : En général, comment les gens réagissent-ils au client?**

Note : Prendre en considération l'apparence physique général, la tenue vestimentaire, les comportements dans un lieu public i.e. les gens sont inconfortables par sa présence cotez 3.

- Réactions très négatives
- Réactions assez négatives
- Réactions mixtes, légèrement négatives à légèrement positives
- Réactions assez positives
- Réactions très positives

**10. Intérêt social : À quelle fréquence le client engage-t-il des contacts sociaux ou répond-il à des contacts engagés par d'autres?**

NOTE : On ne considère pas la réaction de l'interlocuteur, mais la fréquence du client à rechercher un contact avec les autres.

- Très rarement
- Assez rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent

## Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (suite)

### 11. Efficacité sociale : Quel est le degré d'efficacité du client dans ses interactions avec les autres ?

NOTE : Par "efficacité" on entend dans quelle mesure le client se comporte de façon appropriée dans des situations sociales, c.-à-d. à quel point il parvient à minimiser les frictions interpersonnelles, à répondre à ses besoins personnels, à atteindre ses objectifs de manière socialement appropriée, et à se comporter de manière sociable. Des comportements agressifs intrusifs, inappropriés, immoraux, sont cotés 3 ou moins.

- Très inefficace
- Inefficace
- Variable ou douteux
- Efficace
- Très efficace

### 12. Réseau social : Quelle est l'étendue du réseau de soutien social du client ?

NOTE : Un réseau de soutien social peut comprendre des membres de la famille, des amis, des connaissances, des professionnels, des collègues de travail, des personnes provenant des programmes de socialisation, etc. L'étendue du réseau ne dépend pas de l'acceptabilité sociale des personnes impliquées.

- Réseau très limité
- Réseau limité
- Réseau modérément étendu
- Réseau étendu
- Réseau très étendu

### 13. Activités significatives : À quelle fréquence le client participe-t-il à des activités significatives qui lui apportent satisfaction ?

NOTE : Par "activité significative" on entend des activités telles que l'artisanat, la lecture, le cinéma, etc.

- Ne participe presque jamais
- Participe rarement
- Participe parfois
- Participe souvent
- Participe presque toujours

## Section 4 : PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

Cette section se rapporte aux comportements qui rendent difficile l'intégration de l'utilisateur dans la communauté ou son adhésion au traitement prescrit. Note : Évaluez le comportement actuel en tenant compte d'événements survenus au cours des 6 DERNIERS MOIS.

### 14. Fidélité au traitement pharmacologique : À quelle fréquence le client adhère-t-il au traitement pharmacologique ?

NOTE : Cette question ne porte pas sur l'efficacité de la médication. Les clients qui n'ont pas reçus de prescriptions durant les six derniers mois ou qui prennent leurs médicaments avec dosette de façon régulière cotez 5.

- N'adhère presque jamais
- Adhère rarement
- Adhère parfois
- Adhère habituellement
- Adhère presque toujours

### 15. Collaboration avec les intervenants/professionnels : À quelle fréquence le client collabore-t-il avec les intervenants/ professionnels, par exemple en respectant ses rendez-vous, en adhérant à des plans de traitement, et en répondant à des demandes raisonnables ?

NOTE : Cependant si un client se présente à ses rendez-vous mais n'est pas impliqué cotez 2.

- Ne collabore presque jamais
- Collabore rarement
- Collabore parfois
- Collabore habituellement
- Collabore presque toujours

### 16. Abus d'alcool et/ou de drogues : À quelle fréquence le client abuse-t-il de drogues ou d'alcool ?

NOTE : "Abus" renvoie à une consommation qui nuit au fonctionnement de l'individu.

- Abuse fréquemment
- Abuse souvent
- Abuse parfois
- Abuse rarement
- N'abuse presque jamais

### 17. Contrôle des impulsions : À quelle fréquence le client manifeste-t-il des épisodes de passages à l'acte (acting out) extrêmes ?

NOTE : "Passage à l'acte" renvoie à des comportements excessifs comme accès de colère, des achats inconsidérés, des actes agressifs, des gestes suicidaires, des comportements sexuels inappropriés, etc.

- Passages à l'acte fréquents
- Passages à l'acte assez fréquents
- Passages à l'acte occasionnels
- Passages à l'acte rares
- Presque jamais de passages à l'acte



6031

# PROJET DE RECHERCHE IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT

## Multnomah Community Ability Scale (MCAS) (Backer, S. & Barron, N)

Pré-test Test 1 Test 2 Test 3 

Date

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Matricule de l'intervenant

--	--	--	--	--

Matricule du participant

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

FILL THE CIRCLE which corresponds with the consumer's functioning during the PAST 3 MONTHS except for Section 4 (*Behavioural Problems*), which should reflect the consumer's functioning during the PAST 6 MONTHS.

Noircir comme ceci : Pas comme ceci :  

### Section One: INTERFERENCE WITH FUNCTIONING

This section pertains to those physical and psychiatric symptoms that make life more difficult for the consumer. Many of these can be lessened with medications but others are permanent. Regardless, rate the consumer as he/she functions with current medications and services.

1. *Physical Health*: How impaired is the consumer by his/ her physical health status?

NOTE: Impairment may be from chronic physical health problems and/or frequency and severity of acute illness, not from psychiatric problems.

- Extreme physical health impairment
- Marked physical health impairment
- Moderate physical health impairment
- Slight physical health impairment
- No physical health impairment

2. *Intellectual Functioning*: What is the consumer's level of general intellectual functioning?

NOTE: Low intellectual functioning may be due to a variety of reasons besides congenital mental deficiency: e.g. organic damage due to chronic alcohol/drug abuse, senility, trauma, etc. It should, however, be distinguished from impaired cognitive processes due to psychotic symptoms, which are covered in later questions. Rate functioning independent of psychotic symptoms.

- Extremely low intellectual functioning
- Moderately low intellectual functioning
- Low intellectual functioning
- Slightly low intellectual functioning
- Normal or above level of intellectual functioning

3. *Thought Processes*: How impaired are the consumer's thought processes as evidenced by such symptoms as hallucinations, delusions, tangentiality, loose associations, response latencies, ambivalence, incoherence, etc.?

- Extremely impaired thought processes
- Markedly impaired thought processes
- Moderately impaired thought processes
- Slightly impaired thought processes
- No impairment, normal thought processes

4. *Mood Abnormality*: How abnormal is the consumer's mood as evidenced by such symptoms as constricted mood, extreme mood swings, depression, rage, mania, etc.

NOTE: Rate abnormality based on range, intensity and appropriateness mood.

- Extremely abnormal mood
- Markedly abnormal mood
- Moderately abnormal mood
- Slightly abnormal mood
- No impairment, normal mood



5. *Response to Stress and Anxiety:* How impaired is the consumer by inappropriate and/or dysfunctional responses to stress and anxiety?

NOTE: Impairment could be due to inappropriate responses to stressful events (e.g. extreme responses or no response to events that should be of concern) and/or difficulty in handling anxiety as evidenced by agitation, perseveration, inability to problem-solve, etc.

- Extremely impaired response
- Markedly impaired response
- Moderately impaired response
- Slightly impaired response
- Normal response

**Section Two: ADJUSTMENT TO LIVING**

This section pertains to how the consumer functions in his/her daily life and how he/she has adapted to the disability of mental illness. Rate behavior, not potential.

6. *Ability to Manage Money:* How successfully does the consumer manage his/her money and control expenditures?

- Almost never manages money successfully
- Seldom manages money successfully
- Sometimes manages money successfully
- Manages money successfully a fair amount of the time
- Almost always manages money successfully

7. *Independence in Daily Life:* How well does the consumer perform independently in day to day living

NOTE: Performance includes personal hygiene, dressing appropriately, obtaining regular nutrition, and housekeeping.

- Almost never performs independently
- Often does not perform independently
- Sometimes performs independently
- Often performs independently
- Almost always performs independently

8. *Acceptance of Illness:* How well does the consumer accept (as opposed to deny) his/ her illness?

- Almost never accepts illness
- Infrequently accepts illness
- Sometimes accepts illness
- Accepts illness a fair amount of the time
- Almost always accepts illness

**Section Three: SOCIAL COMPETENCE**

This section pertains to the capacity of the consumer to engage in appropriate interpersonal relations and culturally meaningful activities.

9. *Social Acceptability:* In general, what are people's reactions to the consumer:

- Very negative
- Fairly negative
- Mixed, mildly negative to mildly positive
- Fairly positive
- Very positive

10. *Social Interest:* How frequently does the consumer initiate social contact or respond to others' initiation of social contact:

- Very infrequently
- Fairly infrequently
- Occasionally
- Fairly frequently
- Very frequently

11. *Social Effectiveness:* How effectively does he/ she interact with others?

NOTE: "Effectively" refers to how successfully and appropriately the client behaves in social settings, i.e., how well he or she minimizes interpersonal friction, meets personal needs, achieves personal goals in a socially appropriate manner, and behaves prosocially.

- Very ineffectively
- Ineffectively
- Mixed or dubious effectiveness
- Effectively
- Very effectively



6031

12. *Social Network*: How extensive is the consumer's social support network?

**NOTE:** A support network may consist of family, friends, acquaintances, professionals, coworkers, socialization programs, etc. Note: How extensive the network is does not depend on the social acceptability of the sources.

- Very limited network
- Limited network
- Moderately extensive network
- Extensive network
- Very extensive network

13. *Meaningful Activity*: How frequently is the consumer involved in meaningful activities that are satisfying to him or her?

**NOTE:** Meaningful activities might include arts and crafts, reading, going to a movie, etc.

- Almost never involved
- Seldom involved
- Sometimes involved
- Often involved
- Almost always involved

#### Section Four: BEHAVIOURAL PROBLEMS

This section pertains to those behaviours that make it difficult for the consumer to integrate successfully in the community or comply with his/her prescribed treatment. **NOTE: Rate consumer's current behaviour, considering as appropriate events during the PAST 6 MONTHS.**

14. *Medication Compliance*: How frequently does the consumer comply with his/ her prescribed medication regimen?

**NOTE:** This question does not relate to how much those medications help your client.

- Almost never complies
- Infrequently complies
- Sometimes complies
- Usually complies
- Almost always complies

15. *Cooperation with Treatment Providers*: How frequently does the consumer cooperate as demonstrated by, for example, keeping appointments, complying with treatment plans, and following through on reasonable requests?

- Almost never cooperates
- Infrequently cooperates
- Sometimes cooperates
- Usually cooperates
- Almost always cooperates

16. *Alcohol/Drug Abuse*: How frequently does the consumer abuse drugs and/or alcohol?

**NOTE:** "Abuse" means to use to the extent that it interferes with functioning.

- Frequently abuses
- Often abuses
- Sometimes abuses
- Infrequently abuses
- Almost never abuses

17. *Impulse Control*: How frequently does the consumer exhibit episodes of extreme acting out?

**NOTE:** Acting out" refers to such behavior as temper outbursts, spending sprees, aggressive actions, suicidal gestures, inappropriate sexual acts, etc.

- Frequently acts out
- Acts out fairly often
- Sometimes acts out
- Infrequently acts out
- Almost never acts out



### **Entrevue Clinique Structurée pour le DSM-III-R et le DSM-IV (versions I et II)**

(Barden et collaborateurs, Laboratoire de psychogénétique moléculaire, Centre Hospitalier de l'Université Laval; Lapalme & Hodgins, 1998).

L'Entrevue Clinique Structurée pour le DSM-III-R (SCID-I) est un outil de mesure créé pour établir des diagnostics basés sur les critères du Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Elle comporte neuf modules totalisant approximativement 360 énoncés et permet d'identifier 33 diagnostics de l'Axe I: troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles liés à l'usage de substances psychoactives, troubles de l'anxiété, etc. Le SCID-I est fondé sur le principe de l'arbre décisionnel où le diagnostic se précise progressivement lors de l'entrevue avec le patient. Par conséquent, les modules qui ne présentent pas de pertinence peuvent alors être éliminés. Le SCID-I comprend également une section d'introduction (overview), laquelle est composée de questions ouvertes visant à dessiner une vue d'ensemble de l'état actuel et passé de la personne: données démographiques, historiques et développement de la maladie. Trois versions sont disponibles pour le diagnostic des désordres majeurs de l'axe I. Le SCID-P devrait être utilisé avec des patients hospitalisés. Le SCID-OP est conçu afin d'être utilisé avec des patients psychiatriques non-hospitalisés tandis que le SCID-NP est utilisé avec des personnes qui ne sont pas identifiées comme des patients psychiatriques. Pour mesurer les désordres de l'axe II, le SCID-II est disponible et permet d'évaluer douze troubles de la personnalité.

Quant au SCID DSM-IV, il a été adapté aux changements des critères diagnostiques du DSM. Les modules sont alors plus détaillés et en plus grand nombre. Par exemple, des modules optionnels précisent davantage des sous-types diagnostiques (par exemple la dépression mineure) ou détailler l'histoire des épisodes antérieurs de maladie. Des énoncés ont également été ajoutés dans les modules déjà existants afin de vérifier la présence ou non d'une cause organique aux désordres qui ont été identifiés.

Le SCID est un outil de mesure traduit en plusieurs langues (chinois, allemand, portugais, français, etc.). Les versions francophones ont été élaborées à partir des versions originelles en anglais, intitulées *Structured Clinical Interview for DSM* (Spitzer et al., 1992; Williams et al., 1992; First et al., 1997a, 1997b). Il s'agit de traductions libres, lesquelles réalisées avec l'autorisation des concepteurs. À notre connaissance, aucune étude ne semble pas être publiée à propos de la validation de la version francophone du SCID. Par contre, plusieurs études répertoriées dans un article de Segal et collaborateurs (1994) ont été effectuées avec la version originelle en anglais.

En ce qui concerne la fidélité inter-juges du SCID-I inhérente au DSM-III-R, Skre et collaborateurs (1991) mentionnent des taux d'accord (kappa) de 0,85-0,96 pour une majorité de diagnostics et de 0,70-0,80 pour les troubles anxieux et de l'humeur (sauf pour le trouble obsessionnel-compulsif à 0,40). Seuls les troubles somatoformes présentent des divergences en termes d'accords inter-juges (-0,03). Pour ce qui est du SCID-II relatif au DSM-III-R, Segal et collaborateurs (1994) mentionnent plusieurs études de fidélité inter-juges dont les coefficients de corrélation intra-classe oscillent de 0,60 à 1,00 pour la plupart de troubles de personnalité. Des études de fidélité test-retest (Segal et al., 1994) ont également été entreprises sur le SCID-I et le SCID-II relatifs au DSM-III-R. Williams et collaborateurs (1992) identifient des coefficients kappa de 0,40 à 0,86 pour l'ensemble des diagnostics de l'Axe I; O'Boyle et Self (1990) obtiennent un coefficient moyen de 0,74 pour l'ensemble des troubles de personnalité. Une autre étude a également permis de comparer le diagnostic établi par le SCID-I au diagnostic clinique habituel (Steiner et al., 1995). Les résultats font montre de coefficients kappa très faibles pour l'ensemble des diagnostics dont les plus élevés sont ceux obtenus pour les diagnostics de schizophrénie et de trouble bipolaire. Quant aux plus bas, ils sont associés au trouble schizoaffectif. Les auteurs concluent que d'un lieu de pratique à l'autre, l'évaluation des diagnostics différent rendant ainsi difficile la comparaison entre les sites. Ces résultats

renforcent l'idée qu'il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure standardisés pour établir des diagnostics psychiatriques appropriés et adéquats.

#### Références:

- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997a). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168<sup>th</sup> Street, New York, NY 10032.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B., & Benjamin, L. (1997b). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168<sup>th</sup> Street, New York, NY 10032.
- Lapalme, M., & Hodgins, S. (1998). *Groupe de Recherche sur le Développement des Troubles Affectifs*. Département de Psychologie, Université de Montréal.
- O'Boyle, M., & Self, D. (1990). A comparison of two interviews for DMS-III-R personality disorders. *Psychiatry Research*, 32, 85-92.
- Segal, D.L., Hersen, M., & Van Hasselt, V.B. (1994). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 316-327.
- Skre, I., Onstad, S., Torgerson, S., & Kringlen, E. (1991) High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinava*, 84, 167-173.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, Rationale, and Description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.

Steiner, J.L., Tebes, J.K., Sledge, W.H., & Walker, M.L. (1995). A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 183(6), 365-369.

Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davis, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., & Rounsaville, B. (1992). The structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II: Multisite Test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

3906

**PROJET DE RECHERCHE  
IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT  
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)**

Date de l'évaluation

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Matricule du participant

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

**1- SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES**

	<u>Prévalence à vie (passé)</u>		<u>Rencontre les symptômes diagnostiques dans les derniers 6 mois (présent)</u>		
	Absent	Présent	Absent	Présent	
Schizophrénie (p. C5)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	
<i>Type de schizophrénie</i> (p.C6 à C7)	<input type="radio"/> paranoïde	<input type="radio"/> catatonique	<input type="radio"/> désorganisé	<input type="radio"/> indifférencié	<input type="radio"/> résiduel
Trouble schizophréniforme (p.C8)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	
Trouble schizo-affectif (p.C11)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	
Trouble délirant (p.C13)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	
Trouble psychotique bref (p.C15)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	
Trouble psychotique dû à une affection médicale générale (p.C17)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	
Trouble psychotique induit par une substance (p.C19)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	
Trouble psychotique NS (p.C20)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	



## )- TROUBLES DE L'HUMEUR

### Prévalence à vie (passé)

### Rencontre les symptômes diagnostiques dans les derniers 6 mois (présent)

Absent                      Présent                      Absent                      Présent

<b>Trouble bipolaire 1</b> (p. D1)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Trouble bipolaire 2</b> (p. D2)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Autre trouble bipolaire</b> (trouble cyclothymique ou trouble bipolaire NS) (p. D5-D6)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Trouble dépressif majeur</b> D7)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Trouble dépressif mineur</b> (p. J4)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Trouble dépressif NS</b> (p. D9-D10)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale</b> (p. A45)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Trouble de l'humeur dû à une intoxication (induit par une substance)</b> (p. A48)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3





3906

**TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE**

	<u>Prévalence à vie (passé)</u>		<u>Rencontre les symptômes diagnostiques dans les derniers 6 mois (présent)</u>	
	Absent	Présent	Absent	Présent
<b>Abus d'alcool</b> (p. E3 et E6)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance à l'alcool</b> (p. E6 et E7)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus de sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance aux sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus de cannabis</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance aux cannabis</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus de stimulants</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance aux stimulants</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus d'opiacés</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance aux opiacés</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus de cocaïne</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance à la cocaïne</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus d'hallucinogènes et de PCP</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance aux hallucinogènes et aux PCP</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus de plusieurs drogues</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance à plusieurs drogues</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Abus d'autres drogues</b> (p. E23)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3
<b>Dépendance à d'autres drogues</b> (p. E17 et E18)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 3

## **Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)**

(Robbins et al., 1994; Fray & Robbins, 1996).

CANTAB est une batterie informatisée d'évaluation des fonctions cognitives tant pour les personnes ayant des pathologies psychiatriques que celles ayant des problèmes neurologiques. CANTAB contient 13 tests répartis en trois batteries distinctes, chacune évaluant un domaine cognitif en particulier: Mémoire visuo-spatiale, Attention et Planification. Deux mesures sont également disponibles, l'une de la vitesse de traitement et l'autre de la coordination visuo-motrice de base. La batterie CANTAB, d'interface ludique et stimulante, a la particularité de contenir uniquement un matériel visuo-spatial soit non-verbal, de façon à contrôler les différents niveaux de langage et de culture des personnes interrogées. Les données sont enregistrées et calculées directement par le logiciel. S'il s'agit d'une personne anglophone, des normes peuvent être également établies selon l'âge et le quotient intellectuel (NART) de la personne. L'utilisation du logiciel requiert un écran digital et une clé d'enregistrement (bouton de réponse) reliés à un ordinateur. Pour de plus amples informations sur la batterie, il est possible de consulter le site Internet suivant: <http://www.cenex.co.uk>.

L'utilisation de la batterie cognitive avec une population francophone est possible étant donné l'absence de contenu verbal. Le protocole d'administration, disponible en anglais sur le site Internet, a été traduit et validé en langue française dans le cadre d'un projet de recherche au Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (Prouteau, 2001a, 2001b).

D'autres études ont été effectuées chez l'animal, notamment le singe, ainsi qu'auprès d'une grande variété de populations cliniques (maladies psychiatriques et neurodégénératives) (De Jager et al., 2002; Dolan et Park, 2002; Dorion et al., 2002, Elliot et al., 1998; Golub, 2002; Sweeney et al., 2000). Par le truchement d'une analyse factorielle, Robbins et collaborateurs (1994) ont identifié un



modèle à quatre facteurs: L'apprentissage général et la mémoire (expliquant 28% de la variance), La vitesse de réponse aux tests de mémoire et d'attention sélective (expliquant 14% de la variance), La mémoire de travail (expliquant 11% de la variance) et La perception visuelle (expliquant 8% de la variance). Lowe et Rabbitt (1998) ont réalisé une étude de fidélité test-retest, laquelle a abouti à des résultats plutôt décevants pour plusieurs tâches de CANTAB (coefficients intra-classe inférieurs à 0,75 pour la plupart des variables). Ces résultats semblent confirmer la difficulté de reproduire des données dans le temps avec ce genre de batterie cognitive. En conséquences, les auteurs proposent des stratégies d'utilisation des données CANTAB à des fins d'évaluation du changement à travers le temps. Cet ensemble de stratégies est également disponible sur le site internet.

#### Références:

- De Jager, C.A., Milwain, E., & Budge, M. (2002). Early detection of isolated memory deficits in the elderly: the need for more sensitive neuropsychological tests. *Psychological Medecine*, 32(3),483-491.
- Dolan, M., & Park, I. (2002). The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychological Medecine*, 32(3), 417-427.
- Dorion, A.A., Sarazin, M., Hasboun, D., Hahn-Barma, V., Dubois, B., Zouaoui, A., Marsault, C., & Duyme, M. (2002). Relationship between attentional performance and corpus callosum morphometry in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*,40(7), 946-956.
- Elliot, R., McKenna, P.J., Robbins, T.W., & Sahakian, B.J. (1998). Specific neuropsychological deficits in schizophrenic patients with preserved intellectual function. *Cognitive Neuropsychiatry*, 3(1), 45-70.

- Fray, P.J., & Robbins, T.W. (1996). CANTAB Battery: Proposed utility in neurotoxicology. *Neurotoxicology and Teratology*, 18(4), 499-504.
- Golub, M.S. (2002). Cognitive testing (delayed non-match to sample) during oral treatment of female adolescent monkeys with the estrogenic pesticide methoxychlor. *Neurotoxicology Teratology*, 24(1), 87-92.
- Lowe, C., & Rabbitt, P. (1998). Test/re-retest reliability of the CANTAB and ISPOCD neuropsychological batteries: theoretical and practical issues. *Neuropsychologia*, 36(9), 915-923.
- Prouteau, A. (2001a). *CANTAB: Description générale et validation. Revue de littérature*. Projet IPT, Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, Canada.
- Prouteau, A. (2001b). *CANTAB: Guide de passation*. Projet IPT, Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, Canada.
- Robbins, T.W., James, M., Owen, A.M., Sahakian, B.J., McInnes, L., & Rabbitt, P. (1994). Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): A factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers. *Dementia*, 5, 266-281.
- Sweeney, J.A., Kmiec, J.A., Kupfer, D.J. (2000). Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery. *Biology Psychiatry*, 48(7),674-684.

**Annexe IV-4 :**  
**Canevas d'entrevue de satisfaction auprès des participants**

Questions pour les participants
---------------------------------

Aimez-vous cela le Programme IPT?

Qu'est-ce que vous aimez le plus? (ambiance, travail de groupe, activités, intervenants, ce que vous apprenez, etc.)

Qu'est-ce que vous aimez le moins? (ambiance, travail de groupe, activités, intervenants, ce que vous apprenez, etc.)

Est-ce que le fait de participer au Programme a changé quelque chose dans votre vie?

Appliquez-vous dans votre quotidien les choses que vous avez apprises ici?

---

Do you appreciate the IPT Program?

What do you appreciate the most in the IPT Program? (atmosphere, team work, activities, health professionals, what you are learning, etc.)

What do you like the least in the IPT Program? (atmosphere, team work, activities, health professionals, what you are learning, etc.)

Has your participation in the IPT Group changed something in your life?

Do you try out what you have learned in the IPT Program in your day-to-day life?

**Annexe IV-5 :**  
**Questionnaire maison complété par les participants**

<b>Questionnaire pour évaluer votre satisfaction au Programme IPT</b>
---

Milieu:

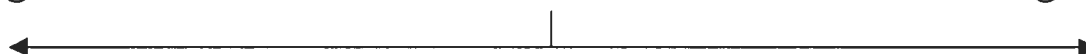
Date:

**1. Avez-vous eu du plaisir à participer au programme IPT?**

Non, pas du tout



Oui, beaucoup

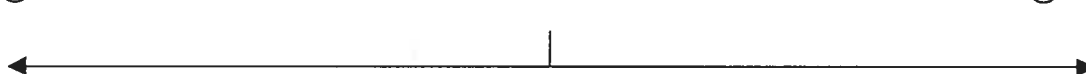


**2. Pensez-vous avoir tiré profit de votre participation au programme IPT ?**

Non, pas du tout



Oui, beaucoup



**3. Si vous avez répondu positivement à la dernière question, à quel(s) profit(s) pensiez-vous?**

j'apprends des choses

ça m'occupe, ça me distrait

ça me permet d'être avec des gens

ça me stimule à faire des choses positives pour moi

ça me calme, me rassure

autre : ..... (précisez)

**Questionnaire designed to evaluate your satisfaction of the IPT Program**

**Milieu: Lakeshore**

**Date:**

**1. Did you enjoy participating in the IPT Program?**

No, not at all



Yes, very much



**2. Do you think you gained some benefits from your participation in the IPT Program?**

No, not at all



Yes, very much



**3. If you answered positively at the last question, what kind of benefit(s) did you experience?**

I'm learning some things

It keeps me busy, it is entertaining

It allows me to be with some people

It stimulates me to do positive things for myself

It calms me, it is reassuring

other : ..... (name it)

**Annexe IV-6 :**  
**Journal de bord complété par les intervenants**



8207539914

# PROJET DE RECHERCHE IMPLANTATION DU PROGRAMME IPT

## Journal de bord

À compléter après chacune des séances

Date de la séance

2	0	0		-			-		
Année					Mois			Jour	

Heures de la séance

				À				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

Durée de la séance  
(en minutes)

--	--	--

Matricule de l'animateur principal

--	--	--	--	--

Matricule du co-animateur

--	--	--	--	--

Matricule de l'autre animateur

--	--	--	--	--

Cocher dans quel module IPT s'inscrit cette séance:

- Différenciation cognitive
- Perception sociale
- Communication verbale
- Compétence sociale
- Gestion des émotions
- Résolution de problèmes





4540539910

# Journal de bord (suite)

## Contenu de la séance

--	--

## Matériel utilisé

--	--

7626539918

# Journal de bord (suite)

Appréciation générale (points forts et à améliorer du programme)

--	--

**Annexe IV-7 :**  
**Canevas d'entrevue auprès des intervenants**

**Entrevue de groupe auprès**  
**des intervenants qui ont animé l'IPT**  
**(1 groupe de discussion par milieu, 9 au total)**

**Consignes:**

L'entrevue va durer 1h30 et va se diviser en 2 sections principales:

- 1- Votre satisfaction au programme IPT et l'intégration à votre pratique (20 min)
- 2- Le contexte d'implantation du programme IPT dans votre milieu (50 min)

Si vous avez besoin d'ajouter des choses dont nous n'aurions pas discuté, nous allons terminer avec une période libre.

Essayez du mieux que vous pouvez de répondre aux questions. (comme si je ne vous connaissais pas....)

**Confidentialité et anonymat:**

Je peux vous assurer que toutes les informations que vous allez me divulguer vont rester confidentielles. En aucun cas, il sera possible de vous identifier lors de présentation des résultats de l'étude ou de publication. Seul le personnel de recherche qui s'occupe du volet organisationnel aura accès à l'information pour en faire l'analyse.

\*Formulaire de consentement à faire signer....si pas déjà fait.

\*\*Enregistrement audio



### **Introduction: Description des personnes interviewées**

Pouvez-vous me décrire votre rôle dans l'hôpital? (me décrire votre place dans l'organigramme de l'hôpital)

Vous êtes engagé par qui et pourquoi?

Depuis combien de temps vous êtes au service de l'hôpital?

### **Section 1: Satisfaction au programme IPT et intégration à sa pratique**

#### **Satisfaction générale: points forts, faibles et adaptations**

**(passer rapidement...déjà fait en corroborant info journal de bord)**

A. De façon général, comment avez-vous apprécié le programme IPT?

A1. Quels sont les éléments que vous avez appréciés le plus?

A2. Quels sont les éléments que vous avez le moins appréciés?

A3. Quels sont les modifications que vous feriez au programme IPT?

#### **Satisfaction module par module: points forts, faibles et adaptations**

**(passer rapidement...déjà fait en corroborant info journal de bord)**

B. De façon plus spécifique, comment avez-vous apprécié chacun des modules auxquels vous avez participé (prendre chacun des modules un à un)?

B1. Quels sont les éléments que vous avez appréciés?

B2. Quels sont ceux que vous avez le moins appréciés?

B3. Quels sont les modifications que vous avez apportées ou que vous apporteriez?

#### **Convergence/Divergence**

C. Pensez-vous avoir la même opinion sur l'IPT? Pouvez-vous m'indiquer vos points de convergence et de divergence?

#### **Intégration de l'innovation à votre pratique**

D. Pensez-vous continuer à utiliser le programme IPT dans votre pratique?

#### **Type de pratique/Valeurs personnelles et du milieu**

E1. Pouvez-vous me décrire votre type de pratique, votre façon d'intervenir, de voir les choses? (vos modèles théoriques, vos modèles d'intervention, vos approches...) Avez-vous déjà utilisé des approches similaires à l'IPT?

E2. Est-ce que votre type de pratique est conforme à ce qui se fait dans votre milieu?

Quelles sont les valeurs de votre milieu? Est-ce que ces valeurs sont imposées par votre direction professionnelle, par l'institution, par l'équipe avec qui vous travaillez, etc.

E3. L'IPT a-t-il changé votre pratique ou votre façon d'intervenir ou de voir les choses?

## Section 2: Implantation de l'IPT

### Contexte préalable à l'implantation de l'IPT

A. Pouvez-vous me décrire comment c'est fait le choix de l'implantation de l'IPT (de participer à l'étude) dans votre milieu?

A1. Pensez-vous que dans votre milieu le contexte était favorable à l'implantation d'un nouveau programme? Est-ce que c'était un bon timing? Pourquoi?

A2. Pour qui, pensez-vous que c'était un avantage d'implanter l'IPT? Et, pourquoi?

A3. Pour qui, pensez-vous, c'était un inconvénient d'implanter l'IPT? Pourquoi?

A4. Est-ce qu'il y avait une situation qui devait être améliorée par l'arrivée de l'IPT?

Le cas échéant,

A5. Est-ce que l'IPT a changé cette situation?

A6. Que serait-il arrivé de cette situation si l'IPT n'avait pas été implanté?

### Processus d'implantation et rôles des personnes-clés

B. Pouvez-vous me décrire comment s'est déroulé le processus d'implantation dans votre milieu?

B1. Quels sont les facteurs selon vous qui ont facilités l'implantation de l'IPT?

B2. Quels sont les facteurs selon vous qui ont limités l'implantation de l'IPT?

B3. Quels sont les stratégies qui ont été utilisées pour contrer ses obstacles à l'implantation?

B4. Quelles sont les personnes-clés qui ont contribué à l'implantation de l'IPT? Et pourquoi?

### Motivation/participation de l'intervenante

C. Pouvez-vous me décrire qu'est-ce qui a motivé votre participation au projet de recherche? Est-ce que c'était par demande de la direction, par motivation personnelle, pour être stratégique, etc.

C1. Quel a été votre rôle dans l'implantation de l'IPT et dans la mise en place des stratégies énumérées plus tôt?

### Résultat

D. Selon vous, est-ce que l'IPT a été implanté avec succès dans votre milieu? Pourquoi?

### Implantation prochaine de l'IPT

E. Voulez-vous implémenter à nouveau l'IPT dans votre nouveau milieu? Si oui, comment allez-vous procéder?

E1. Quels sont les choses que vous feriez de la même façon et les choses que vous feriez différemment?

### Autres commentaires

F. Avez-vous d'autres informations que vous auriez aimé me dire et que nous n'avons pas abordé?

F1. Selon vous, quelles sont les personnes que je devrais rencontrer pour leur parler de l'IPT?

**Annexe IV-8 :**  
**Lexique pour l'analyse des journaux de bord**

## Lexique pour les journaux de bord

\* Abuser des mémos!!! Pour le contexte, expliquer le codage, référer à un commentaire précédent, etc.

### Milieu:

AP: Pavillon Albert Prévost, Hôpital du Sacré-Coeur

CHUM: Centre hospitalier de l'Université de Montréal,  
Cliniques externes

CITE: Cité de la Santé de Laval

CJA: Clinique des jeunes adultes, Louis-H. Lafontaine

HCLM: Hôpital Charles LeMoyne

CHUM JAP: Jeunes Adultes Psychotique, St-Luc

LAKESHORE: Hôpital de Pointe-Claire

GRANBY: Centre Hospitalier de Granby

HLHL: Louis-H. Lafontaine, groupe de psychiatrie tertiaire

**Numéro d'exercices:**

\*Coder le numéro de l'exercice seulement si le commentaire y est directement lié.

ex. intro: pour introduire le module

**MODULE 1**

- 1-1.1: Cartes
- 1-2.1: Définition de mots
- 1-2.2: Synonymes
- 1-2.3: Antonymes
- 1-2.4: Hiérarchie de concepts
- 1-2.5: Cartes concepts de mots
- 1-2.6: Concepts à significations différentes
- 1-3.1: Jeu des 30 questions

**Module 2**

- 2-1.1: Recueil d'info: Recueil d'information sur diapositives (observation; description)
- 2-1.2: Interprétation: Interprétation et discussion
- 2-1.3: Recherche d'un titre

**Diapositives utilisées:** à utiliser lorsque les milieux nomment le numéros ou le titre des diapositives qu'ils ont utilisées

**Module 3**

- 3-1.1: Reproduction littérale de phrases
- 3-2.1: Reproduction sémantique de phrase
- 3-3.1: Questions et réponses sur un thème choisi
- 3-4.1: Article
- 3-5.1: Communication libre

**Module 4**

- 4-1: Préparation cognitive (général)
  - 4-1.1: Présentation de la situation et définition des objectifs (choisi imposé des participants)
  - 4-1.2: Préparation du dialogue
  - 4-1.3: Proposer un titre
  - 4-1.4: Anticiper difficultés, évaluer les difficultés
  - 4-1.5: Répartition des observations

## 4-2: Mise en pratique (général)

- 4-2.1: Démonstration par modèle et discussion
- 4-2.2: Jeux de rôles (filmé ou non) et discussion
- 4-2.3: Devoirs

Niveau A: à faible risque (remercier, complimenter, féliciter, reconnaître, s'informer, refuser)

Niveau B: risque plus élevé (critiquer, réclamer, s'affirmer, s'excuser, faire des demandes, prendre contact, mettre en route une activité commune)

Niveau C: Complexe

**Module 5**

- 5-1.1: Diapositives
- 5-1.2: Évocation de vécu similaire
- 5-2.1: Description d'expériences personnelles de gestion de cette émotion
- 5-2.2: Recherche d'autres stratégies
- 5-2.3: Sélection de stratégies
- 5-3.1: Jeux de rôles (filmés ou non) pour essayer plusieurs stratégies
- 5-3.2: Évaluation des stratégies (pour contre)
- 5-3.3: Jeux de rôles qui pratiquent la stratégie individuelle
- 5-3.4: Devoirs

Attention: Les jeux de rôle peuvent revenir à 2 endroits.

**Module 6**

- 6-1.1: Identification et analyse du problème
  - 6-2.1: Élaboration cognitive du problème
  - \*\* peu auront fait 6-2.1 parce que pas décrite dans livre
  - 6-3.1: Recherche de solutions alternatives
  - 6-4.1: Discussion des solutions alternatives
  - 6-5.1: Choix de l'une des solutions alternatives
  - 6-6.1: Mise en pratique de la solution
  - 6-7.1: Évaluation de l'efficacité de la solution
- ex. devoirs

**ex. bilan:** bilan de chaque module

**ex. ajouté ou modifié:** tout exercice ajouté ou modifié de façon importante (activité extérieure, vidéo, etc.). Si dans + ou -, ne mettre ce code que si le commentaire s'applique directement à l'exercice mentionné. Sinon se retrouvera à 3 endroits.

**Modifications:**

**ex. ajouté:** Exercice ajouté

**Modification des consignes:** Modification des consignes de l'exercice, modification de l'activité, modification de l'exercice (si modification très importante = Ex. ajout)

**Retrait exercice:** Exercice pas fait

**Expliquer plus ou moins:** Explication supplémentaire nécessaire (ou pas), etc.

**Répétition nécessaire:** Lorsque l'intervenant propose de répéter l'exercice, que c'est nécessaire...

N.B.

**Type d'animation:** cesser par exemple la cothérapie ou le modeling

**Structure IPT:** Remettre en question la structure, faire des suggestions.

Qualité des exercices:

+:

**Exercices appréciés (plus général):** exercices intéressants, appréciés, agréables...général quoi!

**Exercices appropriés:** approprié, adapté, répond aux objectifs, pertinent, utiles, efficaces, etc.

**Exercices stimulants:** stimulant, demande efforts, réflexion, défi, amène de la compétition, etc.

**Exercices amusants:** plaisir, amusant, drôle, ludique, jeu, etc.

**Exercices simples:** simples, faciles, compréhensibles, non-exigeants, etc.

**Exercices normalisants:** normalisants, comme les autres, comme si sans maladie, ressemblent à la réalité et à la vie "normale", etc.

**Exercices sécurisants:** sécurisent, rassurent, calment, etc.

**Exercices non-confrontants:** contraire de confrontants, non-menaçants

**Exercice valorisant:** l'exercice permet aux pts d'être valorisé

-:

**Exercices non-appréciés:** (général)

**Exercice inapproprié:** inapproprié, non-adapté, ne répond pas aux objectifs/besoins, etc.

**Exercice non stimulant:**

**Exercices ennuyants:** Exercices trop peu amusants, ennuyants

**Exercices trop faciles:** Exercices trop faciles, enfantins, infantilisants

**Exercice trop long:**



**Exercices non-normalisants:** contraire de normalisants

**Exercices confrontants:** Exercices qui font réagir, qui augmentent le sentiment de compétition (performance obligatoire), qui confrontent les participants à leurs difficultés, etc.

**Exercices exigeants:** Exercices difficiles, exigeants, demandant beaucoup d'efforts, d'attention soutenue...

**Exercices redondants:** exercices similaires à un autre, les patients veulent passer à autre chose

But des exercices (et/ou des principes IPT, type d'animation):

+:

**Favorise habiletés cognitives:** Demande concentration, attention, mémoire, permet le travail intellectuel, travaille la structure cognitive, le cognitif, la cognition, etc.

**Favorise habiletés sociales:** IPT, Programme, module, exercice... permettent les interactions, la discussion, l'argumentation, la critique positive, le partage des opinions, le consensus, l'expression, la socialisation, etc. et tout le non-verbal (regard, geste, etc.), prendre sa place, confiance en soi, etc.

**Favorise imagination:** Permet l'imagination, la créativité, etc.

**Favorise l'expression corporelle:** Permet l'utilisation du corps, l'expression par le corps, etc.

**Favorise l'expression du vécu:** Permet l'expression des expériences personnelles vécues hors du groupe, des buts, des émotions, des situations personnelles ou problématiques, etc.

**Favorise résolution de problèmes:** Permet une meilleure résolution de problèmes, une meilleure gestion des problèmes, etc.

**Favorise la généralisation:** Permet de comprendre les applications concrètes de leur vie quotidienne, de l'appliquer dans leur vie de tous les jours, de généraliser, de pratiquer les habiletés dans d'autres situations, etc.

**Favorise la prise en charge:** Permet la prise en charge, de responsabiliser le patient, la prise d'initiative, etc.

**Favorise la gestion du stress:** Permet de mieux tolérer la pression, le stress, de mieux gérer les émotions, etc.

**Favorise le regard sur soi:** Favorise la prise de conscience de ses difficultés, de focaliser sur elles, etc.

**Favorise observation du patient:** Permet l'observation des capacités/incapacités des participants

**Favorise compréhension du module:** ???

-:

**Ne favorise pas les habiletés cognitives:**

**Ne favorise pas les habiletés sociales:**

**Ne favorise pas l'expression du vécu:**

**Ne favorise pas la généralisation:** Les exercices ne permettent pas de faire de liens entre le programme et la vie quotidienne

**Processus du groupe:**

**Ambiance:** Tout ce qui a trait à l'ambiance, le climat, l'atmosphère, le niveau de confort, d'aisance, d'anxiété, de fatigue, sentiment d'être dépassé, niveau d'énergie, etc.

**Rythme:** Tout ce qui a trait au rythme du groupe, de l'exercice, la vitesse d'exécution, etc.

**Déroulement de la séance:** Groupe qui se déroule bien, bon groupe, gros groupe, petit groupe, etc.

**+:**

**Participation:** Tout ce qui a trait à la participation des participants, leur collaboration, leur investissement, l'implication dans les exercices, actif, etc.

**Motivation:** Tout ce qui a trait à la motivation, à l'intérêt, à l'attention des participants envers le programme ou les exercices, la hâte, enthousiasme, etc.

**Assiduité:** Arrive à l'heure, se présente au groupe

**Sentiment d'appartenance:** Sentiment d'appartenance, cohésion, niveau de confiance entre les participants, ouverture, entraide, partage, travail (esprit) d'équipe, travail de groupe, alliance, se valorise entre eux, dynamique de groupe, plus en plus de liens, se soutiennent, etc. (+, -)

**-:**

**Manque de participation:** Peu de participation, d'implication, de collaboration, passif, etc.

**Manque de motivation:** peu de motivation, d'intérêt ou d'attention envers les exercices ou le programme ((plus général que "exercice ennuyant"))

**Manque d'assiduité:** Il y a des absences en grand nombre, retards

**Peu de sentiment d'appartenance:**

**Hétérogénéité:** Les participants ne sont pas tous au même niveau, ne vont pas tous à la même vitesse.

**Attentes déçues/irréalistes:** Les résultats du programme ne sont pas tels qu'on l'attendait

**Facultés des participants:** ((Général)) Tout ce qui a trait aux habiletés des participants, à leur performance dans les activités, à leur compréhension d'un exercice et des consignes, etc. *Les participants ont été capables de...*

**Déficits/Incapacités des patients:** Symptômes, difficultés, perfectionnisme, diminution rapide de l'attention et de la concentration, incapacité à comprendre des consignes, un exercice, etc.

**Qualité du programme IPT:**

**Structure IPT:** Tout ce qui a trait à la structure du programme IPT (des séances), les principes directeurs, les consignes, le lien entre les différents modules, les exercices fournis dans le livre, l'horaire, pause, fréquence des groupes, les directives d'application, etc. (+, -, mod)

**Type d'animation:** Tout ce qui a trait au type d'animation, thérapeute/cothérapeute, à la méthode du tour de table, au feedback donné par les thérapeutes, à la relation entre les thérapeutes, organisation et préparation des séances, au travail en équipe etc. (+, -, mod)

**Local:** Tout ce qui a trait au local, à l'équipement utilisé (table, chaise, espace, éclairage, etc.) (+, -, mod)

**Matériel utilisé:** positif ou négatif, fourni par le guide ou pas. (+, -, mod)

**Équipe de recherche:** Impact de l'équipe de recherche (visite, soutien, etc.)

**+ :**

**Validité d'apparence:** A de la validité d'apparence, les patients et ou les intervenants voient le but sous-jacent à un exercice, au module, aux principes directeurs, etc.

**- :**

**Manque de validité d'apparence:** Participants (ou intervenants) ne comprennent pas le but de l'exercice, les intervenants doivent revenir aux principes directeurs, à la théorie sous-jacente, etc.

**Insécurité des thérapeutes:** Lorsque les intervenants précisent leur insécurité face aux exercices, modules, etc.

**Questionnements des thérapeutes:** Toutes les questions des thérapeutes...

**À vérifier:** Code à utiliser lorsqu'un code attribué est incertain ou lorsque l'on doit revérifier auprès des intervenants.

**Annexe IV-9 :**  
**Exemple de compilation des données objectives**  
**de mise en œuvre**





Milieu: EXEMPLE						
Module	Date	Minutes	Thérapeute	Co-thérapeute	Exercices	Matériel en surplus
1	01-05-2001	75	6002	6001 et stagiaire	introduction; 2.1;	chemise pour les participants;
1	03-05-2001	75	6001	6003 et stagiaire	2.1; 2.2; 2.3	feuilles d'information
1	08-05-2001	75	6001	6002 et stagiaire	2.3	support rigide pour écrire
1	10-05-2001	85	6003	6001 et stagiaire	2.4; commentaires	aucun
1	15-05-2001	75	6002	6001 et stagiaire	2.4	aucun
1	17-05-2001	75	6001	6003 et stagiaire	2.5; 2.6;	aucun
1	22-05-2001	85	6001	6002 et stagiaire	3.1	aucun
Nombre total de séances:			7			
Nombre total de minutes:			545			
Exercices faits en plus:			aucun			
Exercices faits en moins:			1.1			
Liste des exercices du module :						
1.1 exercice des cartes						
2.1 définition de mots						
2.2 Synonymes						
2.3 Antonymes						
2.4. Hiérarchie de concepts						
2.5 Cartes concepts de mots						
2.6 Concepts à significations différentes						
3.1 Jeu questions						



Milieu: EXEMPLE						
Module	Date	Minutes	Thérapeute	Co-thérapeute	Exercice	Matériel en surplus
3	19-06-2001	80	Stagiaire	6002-6001	ronde de chuchotement; 1.1 (9 neutre, 9 affectif)	
3	21-06-2001	75	Stagiaire	6003-6001	2.1; 3.1; 4.1; choisir article en devoir	
3	26-06-2001	75	6001	6004	2.1; 3.1 (thème: travail); 4.1 (choix article)	
3	28-06-2001	130	Stagiaire	0001 et 0002	4.1 (3 articles)	
3	03-07-2001	80	6001	6002	4.1 (1 article)	
3	05-07-2001	80	6003	6001	observation par Virginie; 4.1 (1 article)	
3	10-07-2001	80	6002	6001	4.1 (2 articles)	
3	12-07-2001	80	6001	6004	4.1 (2 articles)	
3	17-07-2001	80	6004	6001	4.1 (1 article)	
3	19-07-2001	80	6001	6004	5.1 (thème: sport)	
3	14-08-2001	75	6002	6001	5.1 (les activités durant les 3 semaines); info sur T1	Horaire évaluation
3	16-08-2001	85	6001	6003	5.1 (voyages); info temps 1	
Nombre total de séances:		12				
Nombre total de minutes:		1000				
Exercices faits en plus:		aucun				
Exercices faits en moins:		aucun				
Liste des exercices du module :						
1.1 Reproduction littérale de phrases (préciser nbr de mots; tonalité neutre ou affective)						
2.1 Reproduction sémantique de phrases (préciser tonalité neutre ou affective)						
3.1 Questions réponses sur un thème choisi (diff. A ou B)						
4.1 Article						
5.1 Communication libre (préciser sujet)						

Milieu EXEMPLE								
Module	Date	Minutes	Thérapeute	Co-therapeute	Exercice	Matériel en surplus		
4	01-08-28	80	6001	6004	Intro mod 4, inventaires relations sociales difficiles à gérer (ils semblent ne jamais mentionner de dialogues))	feuille descriptive du mod 4 et modalités utilisées		
4	01-08-30	80	6003	6001	Retour séance précéd: choix des pts parmi sit. Sociales diff. au tableau (niv A: refuser); 1: 2 2			
4	01-09-04	80	6001	6004	retour obj: Mod 4: choix sit. (niv. B: difficulté à s'affirmer avec compagnon de voyage); 1: 2 2 (x2)			
4	01-09-06	85	6001	6003	retour séance précéd: choix de la sit. (niv. B: enlamer convers. Ds contxt de loisir); 1: 2 2			
4	01-09-11	80	6001	6004+stagiaire	présentation stagiaire: proposition de sit. 1: 2 2; parlé d'un évén. De l'actualité; résumé séance précéd.: choix sit. (niv. B: s'affirmer avec parents); 1: 2 2 (x2)			
4	01-09-13	85	6003	6001+stagiaire	face à un refus des parents); 2.2			
4	01-09-18	85	6004	6001+stagiaire	ventiler: retour séance précéd.: 1 (niv. B: affirmer sa colère avec un ami au téléphone qui tient des propos blessants); 2.2 (x2)			
4	01-09-20	80	6001	stagiaire	jeux de rôles à partir de thèmes définis par thér.;			
4	01-09-25	70	6004	6001+stagiaire	résumé séance précéd: jeu de compétences; retour rappel obj: Mod. 4 et annonce fin. valorisation efforts d'implication de tous: Bilan+partage des exp+ vérification de leur généralisation; intro Mod 5;			
4	01-09-27	80	6003	6001+stagiaire				
4	01-10-02	75	6001	6004+stagiaire	Niveau A: à faible risque. Niveau B: risque plus élevé. Niveau C: Complexe			
Nombre total de séances: 11								
Nombre total de minutes: 880								
					1. Préparation cognitive			
					1.1 présentation de la situation et définition des objectifs (choix imposé ou des participants)			
					1.2 Préparation du dialogue			
					1.3 Proposer un titre			
					1.4 Anticiper difficultés, évaluer les difficultés			
					1.5 Répartition des observations			
					2. Mise en pratique			
					2.1 Démonstration par modèle, discussion			
					2.2 Jeux de rôle, discussion (filmé ou non)			
					2.3 Devoir			

Milieu EXEMPLE						
Module	Date	Minutes	Therapeute	Co-therapeute	Exercice	Materiel en surplus
5	01-10-04	85	6003	6001+stagiaire	retour séance précéd, intro mod 5 avec feuille: 1.1; 1.2; 2.1; 2.2; 2.3; 3.1 ou 3.3;	feuille d'intro du module 5
5	01-10-09	80	6001	6004+stagiaire	retour 3.4; 1.1 (tristesse); 1.2	
5	01-10-11	75	6001	6003+stagiaire	interv. d'un pt pour ventiler; retour séance précéd; présentation collage (1.1M); 1 et travail sur émo positives (enthousiasme, joie, plaisir, motivation); 2.1; 2.2	
5	01-10-16	80	6004	6001	Brainstorming thèmes reliés aux sentiments et émo; sélection émo pour explorer dans jeu de rôle (affirmation liberté de choisir) (3.1M ou 3.3M); transposition émo (contxt réel) (3.1M ou 3.3M); 3.2	
5	01-10-18	80	6003	6001+stagiaire	chacun exprime émo vécue semaine; extrait vidéo (express de la colère) (1.1M); analyse extrait (3.2M) en lien avec leur exp. perso. (1.2M)	
5	01-10-23	80	6001	6004+stagiaire	trouver émo vécues semaine. Chacun élabore contxt et éven entourant émo vécue	
5	01-10-25	80	6003	stagiaire	retour séance précéd, pt apporte problème; demander à chacun émo vécues dans semaine; vidéo (1.1M) + disc(3.2M); perception et traitement émo recherchées (peur et inquiétude); 1.2; 3.1 ou 3.3	
5	01-10-30	90	6004	stagiaire	Info divers; retour séance précéd; émo vécues semaine; 3.1 ou 3.3 (proposé par pt); 3.2	
5	01-11-01	80	stagiaire	6003+6001	émo vécues au sujet annonce fin du groupe; présentation d'un conflit par un pt (1.2 ou 3.1 ou 3.3); 3.2; 2.2; 2.3	
5	01-11-06	90	6001	6004+stagiaire	émo vécues semaine; disc sur "envie et injustice" proposée par pt; 2.2; Abordons inquiétudes+émo face fin du groupe; disc sur l'identification des émo ressenties; 2.1	
5	01-11-08	80	6001	6003+stagiaire		
5	01-11-13	80	stagiaire	6004+6001	Retour sur les émo semaine; disc sur "sentiment de rejet lorsqu'il y a de l'incompréhension dans les communications"; 1.2 ou 2.1; partage autour du thème; Résumé de la séance précéd; pt questionne sur ses hallucinations; 2.1 (anxiété) par un pt; 1.2+2.1(rous);	
5	01-11-15	75	6003	6001+stagiaire	Retour dernière séance; choix situations pour jeux de rôles; 3.1 ou 3.3 (2x); discussion (3.2?)	
5	01-11-20	80	6004	stagiaire	Retour séance précéd; Info ressources communautaires Laval; émo vécues semaine; 2.2M-2.3M-3.2M (situation vécue par pt) 3.1Mou3.3M(même situation); commentaires sur gestion de l'émo(3.2)	
5	01-11-22	90	6001	6003+stagiaire	Info fin module; fin groupe pour stagiaire et arrêt pour Noël; appréciation du module par pts; appréciation des jeux de rôles par pts; émo vécues semaine.	
5	01-11-27	75	stagiaire	6004+6001		
Nombre total de séances:					16	
Exercices faits en plus:					1300	
Exercices faits en moins:						
Liste des exercices du module :						
1.1 Diapositives						
1.2 Evocation de vécu similaire						
2.1 Description d'expériences personnelles de gestion de cette émotion						
2.2 Recherche de stratégies						
2.3 Sélection de stratégies						
3.1 Jeux de rôles (filmés ou non) pour essayer plusieurs stratégies						
3.2 Evaluation des stratégies (pour contre)						
3.3 Jeux de rôle qui pratiquent la stratégie individuelle						
3.4 Devoirs						

Module	Date	Minutes	Thérapeute	Co-thérapeute	Exercice	Matériel en surplus	
Milieu EXEMPLE							
6	01-11-29	80	6003	6001+stagiaire	Reprise commentaires mod5 pour absents mod5; Intro mod 6; brainstorming identifier probl vécus par membres; retenu un et appliqué la démarche résolution de probl; retour sur la séance.		
6	01-12-04	85	6001	6004+stagiaire	Info diverses; rappel thèmes apportés sem. passée; retour mise en application des sol. proposées; (6 1); choix problématique (1 1); démarche résolution de probl; retour sur la séance. Retour séance précéd; poursuite probl séance précéd (difficulté à socialiser); 3 1; soulignons départ stagiaire.		
6	01-12-06	75	6001	6003+stagiaire	expression vécu annulation gr. partage projets Noël; Présentation diff. problématiques par le gr. choix; l'affirmation, démarche résolution, dîner avec tous les membres de l'équipe externe		
6	01-12-13	80	6003	6001	Verbalisations au sujet des fêtes, rappel séance précéd et du mod 6, choix problématique: manque de discipline dans vie quotidienne et loisirs, début démarche de résolution.		
6	02-01-15	80	6001	6004	6004		
6	02-01-17	80	6001	6003+Catherine	Présentation Cath, satisfaction des pls, démarche de résolution de problèmes.		
6	02-01-22	80	6004	6001	Choix de la problématique; discussion du thème; démarche de résolution de problème		
6	02-01-24	80	6003	6001+Infirmière	pin expose probl; présentation infirmière en visite (elle fait maîtrise en sc cognitives); retour séance précéd; démarche résolution probl: avoir attentes élevées dans relations interperso		
6	02-01-29	80	6001	6004	pin apporte obstacle rencontré dans démarche résoudre difficulté (veille du matin); disc+démarche de résolution probl.		
6	02-01-31	80	6001		Démarche résolution probl à partir difficulté apportée par membre groupe: tenir une conversation		
6	02-02-05	80	6004	6001	Démarche résolution probl à partir d'une difficulté apportée par un membre du groupe: changements qu'amènera pour chacun l'interruption du groupe		
6	02-02-07	75	6001	6003	Rappel séance précéd; disc fin gr IPT (stratégies de résolution de problèmes appliquées à une difficulté présentée par une pin)		
6	02-02-12	80	6001	6004	Discussion autour de la fin du groupe		
6	02-02-14	80	6003	6001	Demands aux pls de s'exprimer sur un sujet libre. Pas de directives, on organise la discussion		
		14					
		1115					
Liste des exercices du module :							
	1.1 Identification et analyse du problème						
	2.1 Elaboration cognitive du problème						
	3.1 Recherche de solutions alternatives						
	4.1 Discussion des solutions alternatives						
	5.1 Choix de l'une des solutions alternatives						
	6.1 Mise en pratique de la solution						
	7.1 Évaluation de l'efficacité de la solution						

**Annexe IV-10 :**

**Grille de comparaison des données de mise en œuvre**







**Annexe IV-11 :**  
**Lexique et grilles pour l'analyse des entrevues**  
**auprès des intervenants**

## Lexique – Entrevue organisationnelle avec les intervenants

### **1. Organisation longitudinale et temporelle des données (Identification des archétypes?)**

\*\*L'identification des archétypes (moments clés) se fait selon l'histoire de chaque milieu. Il peut donc y avoir un autre moment à documenter à l'intérieur des trois proposés. Ces trois moments sont proposés comme point de départ étant donné que le guide d'entrevue a été réalisé autour de ces trois moments là! Et répond à trois questions bien spécifiques de la transférabilité: 1) la capacité de choisir d'implanter l'IPT, 2) la capacité de l'implanter, 3) la capacité de maintenir le programme dans le milieu

**Choix de l'implantation:** Documente le moment où les intervenants ont choisi de participer au programme IPT, avant l'implantation, la mise en œuvre de l'IPT (vert)

**Implantation du programme:** Documente le moment où les intervenants ont appliqué le programme IPT dans leur milieu, pendant l'implantation, la mise en œuvre (bleu)

**Perspective d'avenir:** Documente le moment où les intervenants ont terminé d'appliquer le programme IPT et se projette dans l'avenir, après l'implantation (rose)

### **2. Organisation transversale des données (Niveaux organisationnels)**

\*\*L'identification des niveaux organisationnels d'analyse (et par conséquent les groupes d'acteurs impliqués) se fait selon l'histoire de chaque milieu. Certains niveaux peuvent avoir été impliqués, d'autres pas...à voir avec l'histoire de chaque milieu.

**Individu:** Niveau individuel d'analyse, propre à la personne, lorsqu'elle parle d'elle ((voir aussi numéro de l'individu)) NE DEVRAIT PAS ÊTRE UTILISÉ COMME UNITÉ D'ANALYSE ÉTANT DONNÉ QUE NOUS PARTONS DE DONNÉES D'ENTREVUE DE GROUPE...PAR CONTRE, CE NIVEAU PEUT NOUS PERMETTRE DE MIEUX COMPRENDRE LES DYNAMIQUES DES ACTEURS DANS LE GROUPE

**Groupe ou Intervenants IPT:** Niveau d'analyse du groupe IPT, propre au groupe d'intervenants IPT, lorsqu'ils parlent d'eux. Le plus documenté.

**Équipe:** Niveau d'analyse d'équipe multidisciplinaire, propre à l'équipe élargie d'intervenants avec qui ils travaillent habituellement, lorsqu'ils parlent d'eux

**Département:** Niveau d'analyse du département de psychiatrie, propre au département, lorsqu'ils parlent du département

**Hôpital:** Niveau d'analyse de l'hôpital, propre à l'hôpital, lorsqu'ils parlent de l'hôpital

**Régional:** Niveau régional d'analyse, propre à la région, à la ville, etc.

**National:** Niveau national d'analyse, propre à la province ou au pays

### **3. Nature des facteurs d'implantation identifiés (codification pour l'analyse de contenu)**

#### **1) En lien avec la motivation des acteurs du changement:**

→ Se fait pour le groupe des intervenants IPT uniquement, pour comprendre leur motivation/intention à participer et aux raisons qui permettent d'expliquer leur motivation. C'est leur point de vue qui nous intéresse, l'interprétation qu'ils ont fait de leur expérience.

→ Selon le modèle de Triandis, la motivation est influencé par l'affect, les convictions personnelles, les conséquences perçues et les facteurs sociaux ou incitatifs. (traduction libre)

**Affect:** Sentiments associés à l'action ou au comportement: joie, plaisir, exaltation, dépression, dégoût, mécontentement, haine, peur, embarras, etc. de la personne ou du groupe de personnes.

- Satisfaction ou insatisfaction envers son travail (présent ou passé)
- Besoins
- Sentiment de reconnaissance, valorisation
- Confiance en soi pour appliquer l'IPT: Confiance des intervenants en leur capacité à appliquer l'IPT
- Attentes/Déceptions

**Convictions personnelles:** Conviction importante à agir, situation pertinente pour la personne ou pour le groupe de personne, en lien avec ses valeurs et déterminants personnels.

- Croyance au bien-fondé de l'IPT: Lorsque les intervenants sont convaincus du bien-fondé du programme IPT.
- Croyance au projet de recherche
- Défense des droits des psychotiques: Lorsque les intervenants défendent les droits de services des psychotiques en ce qui a trait à des programmes de réadaptation, etc.
- Croyance aux thérapies cognitivo-comportementales :
- Importance accordée aux activités signitatives et concrètes, à la généralisation des apprentissages
- Croyance au travail multidisciplinaire

**Conséquences perçues:** Estimation des conséquences (positives ou négatives) de l'action ou du comportement par la personne ou le groupe de personnes, dimension cognitive de l'attitude

\*\*Distinguer conséquences perçues avec **conséquences réelles observées** (surtout dans la partie implantation)

**En lien avec le projet de recherche:**

- Nature du projet de recherche: Fait référence au projet qui permet d'essayer des choses nouvelles dans le milieu, lorsque l'implication de la recherche a favorisé l'implication ou la motivation des participants et/ou des intervenants.
- Projet cliniquement applicable: Lorsque les intervenants estiment que le projet sera applicable pour eux directement dans leurs actions cliniques auprès du patient.
- Projet bien organisé: Lorsque les intervenants prévoient que le projet de recherche sera bien orchestré.
- Exigence du projet de recherche: Lié aux contraintes engendrées par le projet de recherche (évaluation, journaux de bord, etc.), limites/contraintes occasionnées par le projet de recherche
- Retombées envisagées: Identification de retombées en lien avec l'implication de la recherche (structure leurs interventions, amène de l'innovation dans le milieu)

**En lien avec les caractéristiques de l'innovation:**

- Contenu/Modalités: relatif aux modalités thérapeutiques du programme IPT
- Contenu concret et près du quotidien
- Format fermé du groupe: avantage et désavantage d'un groupe où l'on accepte aucun patient supplémentaire en cours de route (en comparaison au groupe ouvert où les patients arrivent et partent constamment)
- Structure du groupe: relatif à la structure hiérarchique du programme IPT
- Souplesse/Adaptabilité
- Principes d'animation: relatif au principe de co-animation favorisé dans l'IPT ainsi qu'à ceux liés au fait de tenir compte des déficits cognitifs des participants
- Informations disponibles: relatif aux informations du livre IPT et à celles reçues lors de la formation IPT et que les intervenants disposent pour appliquer l'IPT
- Ressources nécessaires: relatif aux ressources humaines, matériels, etc. requises pour appliquer l'IPT
- Résultats IPT observables: Lorsque les intervenants IPT observent des résultats auprès de la clientèle

**En lien avec les caractéristiques de la clientèle:** Relatif aux participants qui composent les groupes IPT dans chacun des milieux

- Homogénéité/Hétérogénéité: relatif au niveau de difficulté des participants et à leur différence dans le groupe
- Difficultés observées: relatif aux difficultés (déficits, incapacités) des personnes atteintes de schizophrénie qui viennent faciliter ou limiter l'implantation du programme (exemple: généralisation des acquis)

### **En lien avec le succès de l'implantation et l'implantation future de l'IPT**

- Préparation requise: importance et exigence de la préparation pour appliquer le programme IPT
- Exigence de la première application: relatif aux difficultés de la première application
- Processus de recrutement
- Perception des désistements
- Évaluation du niveau de succès de l'implantation
- Implantation future: Estimation de la faisabilité d'implanter l'ipt à nouveau dans le milieu

### **En lien avec le processus des intervenants**

- Apprentissage à consolider: apprentissage consolidé pour les thérapeutes et/ou les participants
- Apprentissages réalisés en cours de projet (à tous les niveaux)
- Amélioration de leurs interventions

**Facteurs sociaux/Incitatifs**: Internalisation de la personne ou du groupe de personnes de son référent culturel et des conventions sociales en regard des autres. Croyances normatives, pressions sociales, rôles internalisés, etc.

- Légitimité accordée au programme IPT au Qc: Lorsqu'une légitimité est accordée à l'IPT par d'autres et qui influence les intervenants.
- Pressions du milieu

**2) En lien avec l'expérience et les habitudes des intervenants**: Séquence de comportements automatiques ne nécessitant aucune auto-instruction, reflète à la fois l'habileté relative de l'individu ou du groupe d'individu à agir et à apprendre de ses expériences passées (selon récompense ou punition associées à l'action ou au comportement)(selon Triandis, traduction libre)

- Familiarité: Lorsque les intervenants sont familiarisés avec...
  - avec les approches de réadaptation: les principes de la réadaptation (faire avec), etc.
  - avec les approches cognitivo-comportementales: les principes de l'approche c.-c. et qui les ont déjà appliqués
  - avec les approches de groupe: les principes de la thérapie de groupe
- Intégration: Lorsque les intervenants intègrent de façon importante à leur pratique....
  - des approches de réadaptation
  - des approches c.-c. à la pratique
  - des approches de groupe
  - des approches psychoéducatives
- Formations spécifiques reçues
- Expérience des intervenants à travailler ensemble, complicité
- Expérience en animation de groupe
- Modèles de pratique (acquisitionnel, Kielhofner, etc.)

- Importance accordée aux activités significatives et concrètes: Relatif au sens de l'activité propre au travail de l'ergothérapeute, près du quotidien des participants

### 3) En lien avec les actions et stratégies des intervenants IPT

- Toutes actions ou stratégies utilisées par les intervenants IPT pour faciliter l'implantation du programme...et le reconnaissance de leur implication
- En lien avec le choix d'implanter l'IPT, le processus de recrutement, la mise en œuvre du programme, la diffusion de l'information, le maintien du programme, etc.
- \*\*Distinguer les **actions et stratégies effectuées** et les **actions et stratégies envisagées** pour le futur (surtout dans la partie maintien du programme).

### 4) En lien avec le contexte d'implantation et le jeu des autres acteurs:

- Selon les composantes de Hinnings et Greenwood (traduction de Reinharz adaptée à notre niveau d'analyse).
- Relatif à la configuration organisationnelle et aux schèmes interprétatifs de chaque niveau organisationnel identifié (acteur collectif).
- Se fait à l'intérieur d'un même archétype et d'un même niveau organisationnel

**Configuration organisationnelle:** Rend compte du concept de structure sociale: 1) du cadre prescrit (prescribed framework)(partie formelle) (tâches et positions, règles et procédures établies, autorité formelle, budget, ressources humaines, etc.) et 2) des actions réelles des acteurs dans cette structure (emergent interactions)(partie informelle)(activités réelles des acteurs, pouvoir informel, respect des règles, etc.).

- **Rôles et responsabilités**: Rôles et responsabilités, place occupé dans l'organigramme formel ou informel
  - Rôles occupés: Actions entreprises par ce niveau organisationnel (exemple : rôles et responsabilités de l'équipe de recherche)
  - Mandat établi: Mandat accordé à ce niveau organisationnel
  - Priorités: Priorités identifiés par ce niveau organisationnel
  - Changement de rôles et responsabilités
  - Charge de travail
- **Mécanisme de décision**: Manière par laquelle les décisions sont prises par rapport au fonctionnement interne ou aux relations avec les autres partenaires
  - Processus de recrutement: Relatif au processus et aux critères de recrutement
  - Organisation des services offerts :
    - Continuité des services: Relatif à la façon dont s'organise les services entre eux, la continuité des services favorise que les thérapeutes suivent le pt peut importe la structure dans laquelle il se trouve (unité de soins, clinique externe, etc.)
    - Services par clientèle: Services spécialisées par clientèle
    - Interventions individualisées: Interventions mises en place selon les besoins individuels des patients, PII ou autres formes de plan de traitement
    - Uniformisation des services: Même services offerts de part et d'autre

- Processus de circulation de l'information: Relatif aux informations divulguées aux autres thérapeutes via les notes au dossier, les réunions d'équipe, etc.
- Type de travail d'équipe: multi, inter-disciplinaire, aucun
- Type de collaboration, appui, soutien, etc.
- Distribution formelle et informelle du pouvoir
  - Leadership émergent: Leadership individuel ou collectif qui émerge de ce niveau organisationnel
- **Gestion des ressources humains**: Mécanismes impliqués dans l'embauche et le contrôle de l'activité de chacun des membres
  - Disponibilité des ressources humaines: Relatif aux ressources humaines dégagées pour appliquer l'IPT (nombre, ajout de personnel, libération, etc.)
  - Répartition des ressources médicales et/ou professionnelles:
  - Partages des tâches: Partages des tâches entre les acteurs
  - Changement au niveau des ressources humaines :
- **Acquisition des ressources**: Contrôle sur l'obtention et la gestion des ressources allouées
  - Disponibilité des ressources monétaires: Relatif à l'argent disponible pour aller à la formation, pour acheter le matériel, etc.
  - Disponibilité des locaux: Relatif aux espaces physiques disponibles pour appliquer l'IPT et leur état (lumière, bruits, espace, etc.)
  - Acquisition de matériel :
  - Formation du personnel: Relatif à la formation du personnel en ce qui a trait à l'IPT

**Schémas interprétatifs**: Fait référence au sens, à la signification donnée à la configuration organisationnelle pour rester cohérente (intentions, aspirations, buts, valeurs, idées, croyances, etc.)

- **Domaines occupés**: Terrain d'activité reconnu ou terrain sur lequel elle ou il se reconnaît une légitimité (pas nécessairement réelle, qui pourrait lui être refusé)
  - Reconnaissance d'une expertise: Lorsqu'un niveau organisationnel se reconnaît ou reconnaît à un autre une expertise particulière. (exemple: les interventions de groupe)
  - Crédibilité: Lorsque l'implication de ce niveau organisationnel a apporté de la crédibilité au projet d'implantation du programme IPT

**Principes propres au potentiel de changement du milieu:**

- Habitudes peu établies: Milieu jeune sans histoire, sans habitudes pré-établies
- Milieu innovateur/dynamique: Lorsqu'un milieu est attiré par les choses nouvelles, les idées novatrices, etc.



- **Principes de l'organisation:** Valeurs et idées qui sous-tendent la perception de comment elle ou il devrait être structurée
  - Principes propres aux modèles pratiques et théoriques valorisés:**
    - Modèle médical valorisé: Modèle traditionnel valorisant le rôle du médecin et de l'infirmière
    - Présence ou pas de valeurs de réadaptation
    - Intégration des approches c-c à la pratique:
    - Importance accordée à l'évaluation: Lorsqu'on valorise l'évaluation des participants pour mieux identifier leurs besoins, difficultés, etc.
    - Valeurs communes: Valeurs partagées entre les acteurs
    - Importance de s'impliquer dans des projets de recherche
  - Principes propres au climat de travail:**
    - Liberté professionnelle: Lorsque les acteurs ont une liberté d'action, liberté de pensée, etc.
    - Confiance envers les professionnels:
    - Coopération/Solidarité: Coopération entre les acteurs
    - Reconnaissance/valorisation de l'expertise
- **Critères d'évaluation:** Mécanismes par lesquels une évaluation des activités est réalisée
  - Démarche formelle d'évaluation du processus:
  - Évaluation du niveau de satisfaction envers le travail :

MILIEU: \_\_\_\_\_

**1. Choix de l'implantation**

Selon les intervenants IPT, qu'est-ce qui explique le choix d'implanter l'IPT dans leur milieu?  
(Période couverte: avant la première mise en œuvre de l'IPT)

**A. LA MOTIVATION DES INTERVENANTS IPT**

<b>Affect:</b>
<b>Convictions personnelles:</b>
<b>Conséquences perçues:</b>
<b>Facteurs sociaux:</b>

**B. LES HABITUDES DES INTERVENANTS IPT**

<b>Habitudes:</b>

**C. LES ACTIONS ET STRATÉGIES DES INTERVENANTS IPT**

<b>Actions et stratégies utilisées:</b>

D. LE CONTEXTE D'IMPLANTATION ET LE JEU DES AUTRES ACTEURS (propre à chacun des milieux selon les acteurs identifiés par les intervenants)

Chef de discipline	Direction du département de psychiatrie	Collègues para-médicaux
<b>Configuration organisationnelle:</b>		
<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---	<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---	<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---
<u>Mécanismes de décision:</u> • ---	<u>Mécanismes de décision:</u> • ---	<u>Mécanismes de décision:</u> • ---
<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---	<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---	<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---
<u>Acquisition des ressources:</u> • ---	<u>Acquisition des ressources:</u> • ---	<u>Acquisition des ressources:</u> • ---
<b>Schémas interprétatifs:</b>		
<u>Domaines occupés:</u> • ---	<u>Domaines occupés:</u> • ---	<u>Domaines occupés:</u> • ---
<u>Principes de l'organisation:</u> • ---	<u>Principes de l'organisation:</u> • ---	<u>Principes de l'organisation:</u> • ---
<u>Critères d'évaluation:</u> • ---	<u>Critères d'évaluation:</u> • ---	<u>Critères d'évaluation:</u> • ---

MILIEU: \_\_\_\_\_

## **2. Implantation**

Selon les intervenants IPT, qu'est-ce qui explique la capacité de mise en œuvre du programme IPT dans le milieu?  
(Période couverte: pendant la mise en œuvre du programme IPT)

### **A. LA MOTIVATION DES INTERVENANTS IPT**

<b>Affect:</b>
<b>Convictions personnelles:</b>
<b>Conséquences perçues:</b>
<b>Facteurs sociaux:</b>

### **B. LES HABITUDES DES INTERVENANTS IPT**

<b>Habitudes:</b>

### **C. LES ACTIONS ET STRATÉGIES DES INTERVENANTS IPT**

<b>Actions et stratégies utilisées:</b>

D. LE CONTEXTE D'IMPLANTATION ET LE JEU DES AUTRES ACTEURS (propre à chacun des milieux selon les acteurs identifiés par les intervenants)

Chef de discipline	Direction du département de psychiatrie	Collègues para-médicaux
<b>Configuration organisationnelle:</b>		
<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---	<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---	<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---
<u>Mécanismes de décision:</u> • ---	<u>Mécanismes de décision:</u> • ---	<u>Mécanismes de décision:</u> • ---
<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---	<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---	<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---
<u>Acquisition des ressources:</u> • ---	<u>Acquisition des ressources:</u> • ---	<u>Acquisition des ressources:</u> • ---
<b>Schémas interprétatifs:</b>		
<u>Domaines occupés:</u> • ---	<u>Domaines occupés:</u> • ---	<u>Domaines occupés:</u> • ---
<u>Principes de l'organisation:</u> • ---	<u>Principes de l'organisation:</u> • ---	<u>Principes de l'organisation:</u> • ---
<u>Critères d'évaluation:</u> • ---	<u>Critères d'évaluation:</u> • ---	<u>Critères d'évaluation:</u> • ---

MILIEU: \_\_\_\_\_

**3. Perspective d'avenir**

Selon les intervenants IPT, qu'est-ce qui explique la capacité de maintenir l'IPT dans le milieu?  
(Période couverte: après la première mise en œuvre de l'IPT)

**A. LA MOTIVATION DES INTERVENANTS IPT**

Affect:
Convictions personnelles:
Conséquences perçues:
Facteurs sociaux:

**B. LES HABITUDES DES INTERVENANTS IPT**

Habitudes:
------------

**C. LES ACTIONS ET STRATÉGIES DES INTERVENANTS IPT**

Actions et stratégies utilisées:
----------------------------------

D. LE CONTEXTE D'IMPLANTATION ET LE JEU DES AUTRES ACTEURS (propre à chacun des milieux selon les acteurs identifiés par les intervenants)

Chef de discipline	Direction du département de psychiatrie	Collègues para-médicaux
<b>Configuration organisationnelle:</b>		
<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---	<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---	<u>Rôles et responsabilités:</u> • ---
<u>Mécanismes de décision:</u> • ---	<u>Mécanismes de décision:</u> • ---	<u>Mécanismes de décision:</u> • ---
<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---	<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---	<u>Gestion des ressources humaines:</u> • ---
<u>Acquisition des ressources:</u> • ---	<u>Acquisition des ressources:</u> • ---	<u>Acquisition des ressources:</u> • ---
<b>Schémas interprétatifs:</b>		
<u>Domaines occupés:</u> • ---	<u>Domaines occupés:</u> • ---	<u>Domaines occupés:</u> • ---
<u>Principes de l'organisation:</u> • ---	<u>Principes de l'organisation:</u> • ---	<u>Principes de l'organisation:</u> • ---
<u>Critères d'évaluation:</u> • ---	<u>Critères d'évaluation:</u> • ---	<u>Critères d'évaluation:</u> • ---

**Annexe IV-12 :**

**Lexique et grilles pour l'analyse du journal de chercheur**



## **Lexique – Journal du chercheur**

\*\*Le terme chercheur est pris dans son sens large. Il implique le chercheur principal mais également le reste de l'équipe de recherche.

\*\*Chaque information est associée à un moment-clé du processus (Choix, Implantation, Perspective d'avenir)

### **Implication de l'équipe de recherche**

1. Fréquence des interventions de l'équipe de recherche
2. Type d'interventions
  - technique: relatif au projet de recherche uniquement
  - clinique: relatif à l'expérience clinique de l'équipe de recherche (avis demandé, etc.)
  - stratégique: relatif à la crédibilité de l'équipe de recherche auprès des instances décisionnelles

### **Relation entre le chercheur et les intervenants IPT**

1. Nature de la relation (amicale vs professionnelle, investie vs utilitaire)
2. Attitude du chercheur envers les intervenants (favorable vs défavorable)(impliquée vs neutre)
3. Attitude des intervenants envers les interventions et/ou commentaires du chercheur (réceptive vs défensive)
4. Lien de confiance (confiance élevée vs basse)
5. Franchise des intervenants envers le chercheur (franc vs évasif)

### **Climat de travail/Ambiance dans le milieu**

1. Nature du climat de travail (relaxe vs tendue)(chaleureuse vs froide)
2. Type de collaboration (coopérative vs chacun pour soi)
3. Lien de confiance (confiance élevée vs basse)
4. Dynamique du groupe IPT

### **Perception de la motivation des intervenants**

- Envers le programme IPT
- Envers le projet de recherche

### **Perception de la capacité d'agir des intervenants**

- Pour choisir d'implanter IPT dans le milieu
- Pour implanter IPT dans le milieu
- Pour maintenir IPT dans le milieu

MILIEU: \_\_\_\_\_

## PERCEPTION DU CHERCHEUR

### 1. Choix d'implantation

<b>Implication de l'équipe de recherche:</b>
Fréquence des interventions: • Type d'interventions: •
<b>Relation entre le chercheur et les intervenants:</b>
Nature de la relation: • Attitude du chercheur envers les intervenants: • Attitude des intervenants envers le chercheur: • Lien de confiance: • Franchise des intervenants en entrevue: •
<b>Climat de travail/Ambiance dans le milieu:</b>
Nature du climat de travail: • Type de collaboration: • Lien de confiance: •
<b>Perception de la motivation des intervenants:</b>
•
<b>Perception de la capacité d'agir des intervenants:</b>
•

## 2. Implantation

<p><b>Implication de l'équipe de recherche:</b></p> <p>Fréquence des interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Type d'interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<p><b>Relation entre le chercheur et les intervenants:</b></p> <p>Nature de la relation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Attitude du chercheur envers les intervenants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Attitude des intervenants envers le chercheur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Lien de confiance:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Franchise des intervenants en entrevue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<p><b>Climat de travail/Ambiance dans le milieu:</b></p> <p>Nature du climat de travail:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Type de collaboration:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Lien de confiance:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <p>Dynamique de groupe IPT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<p><b>Perception de la motivation des intervenants:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
<p><b>Perception de la capacité d'agir des intervenants:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

### 3. Perspective d'avenir

<b>Implication de l'équipe de recherche:</b>
Fréquence des interventions: •
Type d'interventions: •
<b>Relation entre le chercheur et les intervenants:</b>
Nature de la relation: •
Attitude du chercheur envers les intervenants: •
Attitude des intervenants envers le chercheur: •
Lien de confiance: •
Franchise des intervenants en entrevue: •
<b>Climat de travail/Ambiance dans le milieu:</b>
Nature du climat de travail: •
Type de collaboration: •
Lien de confiance: •
<b>Perception de la motivation des intervenants:</b>
•
<b>Perception de la capacité d'agir des intervenants:</b>
•

**Annexe IV-13 :**  
**Informations ajoutées pour documenter le contexte  
organisationnel des milieux**

## Autres informations disponibles pour l'analyse du contexte organisationnelle

\*\*Les informations recueillies sont identifiées pour un moment-clé du processus  
(Choix, Implantation, Perspective future)

\*\*Ces données proviennent des données cliniques recueillis au cours de l'étude ainsi que  
par la consultation de document officiel sur l'hôpital et le département

### **1- Choix d'implantation: (avant mise en œuvre de l'IPT)**

- Caractéristiques des thérapeutes:
  - Nature du poste occupé par les thérapeutes
  - Affiliation professionnelle
  - Années d'expérience en psychiatrie
- Caractéristiques du milieu
  - Nature de l'hôpital (universitaire, générale, psychiatrique)
  - Région desservie et population

### **2- Implantation: (pendant la mise en œuvre de l'IPT)**

- Caractéristique de la clientèle:
  - Âge moyen des participants IPT
  - Niveau d'atteinte globale du fonctionnement (MCAS T0) des participants IPT
- Caractéristiques des thérapeutes:
  - Nature du poste occupé par les thérapeutes (si changement)
  - Nombre de thérapeutes et partage de l'animation
- Caractéristiques du milieu
  - Type de services où s'offre l'IPT (Clinique spécialisée pour jeunes, clinique spécialisée pour psychotique, clinique externe générale, suivi de troisième ligne pour des patients long terme)

### **3- Perspective future: (après la mise en œuvre de l'IPT)**

- Caractéristique de la clientèle:
  - Caractéristiques de la clientèle desservie
- Caractéristiques des thérapeutes:
  - Nature du poste occupé par les thérapeutes (si changement)

**Annexe IV-14 :**  
**Lexiques et grilles de comparaison pour l'analyse des**  
**facteurs d'influence**

## Choix d'implantation

### Étape 2 – Comparaison des milieux

**Comparaison pour documenter la capacité des milieux à choisir d'implanter l'IPT**

Période couverte par ce moment-clé: Moment où les intervenants ont choisi de participer au programme IPT, avant l'implantation, la mise en œuvre de l'IPT

#### **A. Caractéristiques des thérapeutes:**

##### **1) Motivation des acteurs du changement:**

→ Se fait pour le groupe des intervenants IPT uniquement, pour comprendre leur motivation/intention à participer et aux raisons qui permettent d'expliquer leur motivation. C'est leur point de vue qui nous intéresse, l'interprétation qu'ils ont fait de leur expérience.

→ Selon le modèle de Triandis, la motivation est influencé par l'affect, les convictions personnelles, les conséquences perçues et les facteurs sociaux ou incitatifs. (traduction libre)

→ Aussi, complété par la perception du chercheur: motivation envers le programme IPT et envers le projet de recherche

**1.1) Affect:** Sentiments associés à l'action ou au comportement: joie, plaisir, exaltation, dépression, dégoût, mécontentement, haine, peur, embarras, etc. de la personne ou du groupe de personnes.

- Insatisfaction face à son travail, IPT répond à une besoin

**1.2) Convictions personnelles:** Conviction importante à agir, situation pertinente pour la personne ou pour le groupe de personne, en lien avec ses valeurs et déterminants personnels.

- En ce qui a trait aux approches à prioriser avec les psychotiques:
  - *Croyance au bien-fondé de l'IPT, des approches cognitivo-comportementales: Lorsque les intervenants sont convaincus du bien-fondé du programme IPT et des approches c-c*
  - *Croyance au approches psychodynamiques ou autres*
  - *Croyance au travail multidisciplinaire*
- En ce qui a trait à l'importance de participer à des projets de recherche
- En ce qui a trait aux droits des psychotiques à recevoir des interventions spécialisées
  - *Lorsque les intervenants défendent les droits de services des psychotiques en ce qui a trait à des programmes de réadaptation, etc.*



**1.3) Conséquences perçues:** Estimation des conséquences (positives ou négatives) de l'action ou du comportement par la personne ou le groupe de personnes, dimension cognitive de l'attitude

- En lien avec les caractéristiques de l'innovation:
  - *Répond aux besoins des psychotiques:* Les intervenants prévoient que le programme va répondre aux besoins variées des psychotiques
  - *Résultats observables:* Les intervenants anticipent des résultats
- En lien avec le projet de recherche:
  - *Initiation à la recherche:* Fait référence à la nature même du projet de recherche qui va leur permettre d'être initié à la démarche, au processus de recherche
  - *Application clinique:* Lorsque les intervenants estiment que le projet sera applicable pour eux directement dans leurs actions cliniques auprès du patient.
  - *Organisation crédible du projet:* Lorsque les intervenants prévoient que le projet de recherche sera bien orchestré par l'équipe en place, qu'il y a une certaine rigueur prévisible
  - *Obligation de la démarche:* Fait référence à l'obligation d'être sérieux dans la démarche étant donné que c'est un projet de recherche, assure leur assiduité et implication dans le projet jusqu'au bout.
  - *Retombées envisagées, crédibilité ajoutée:* Identification de retombées en lien avec l'implication de la recherche, crédibilité associée au projet de recherche
- En lien avec le processus des intervenants:
  - *Défi:* Fait référence au défi amené par le projet pour les intervenants, la possibilité d'essayer de nouvelles choses, etc.
  - *Apprentissage:* Fait référence aux apprentissages envisagés des thérapeutes
  - *Amélioration de leurs interventions:* Fait référence à l'amélioration des interventions envisagées par l'arrivée du programme IPT
- En lien avec l'application de l'IPT:
  - *Charge de travail supplémentaire:* Fait référence à l'augmentation des responsabilités: préparation, exigence d'une première application, etc.

**1.4) Facteurs sociaux/Incitatifs:** Internalisation de la personne ou du groupe de personnes de son référent culturel et des conventions sociales en regard des autres. Croyances normatives, pressions sociales, rôles internalisés, etc.

- *Choix personnel vs décision provenant de la direction*
- *Crédibilité associée dans le milieu de la psychiatrie aux approches cognitives avec les psychotiques, donc à l'IPT*
- *Crédibilité associée par les directions à l'implication dans un projet de recherche*

## 2) Expérience et habitudes des intervenants:

→ Séquence de comportements automatiques ne nécessitant aucune auto-instruction, reflète à la fois l'habileté relative de l'individu ou du groupe d'individu à agir et à apprendre de ses expériences passées (selon récompense ou punition associées à l'action ou au comportement)(selon Triandis, traduction libre)

- *Expérience en psychiatrie et avec les psychotiques (peu: moins de 5 ans, moyenne: 5 à 10 ans, élevée: 10 et plus)*
- *Familiarité avec les approches cognitivo-comportementales et intégration à leur pratique (peu ou pas, moyenne, élevée): pour voir si IPT rejoint ce qu'ils font déjà*
  - *Remédiation cognitive: fait référence aux approches de stimulation des fonctions cognitives*
  - *Psychothérapie cognitive: fait référence aux approches de Beck sur les perceptions cognitives, les interprétations erronées, etc.*
  - *Réadaptation cognitive: fait référence aux approches d'habiletés sociales, de résolution de problèmes, etc.*
- *Expérience en animation de groupe (peu ou pas, moyenne, élevée)*
- *Habitudes des intervenants à travailler ensemble*

## 3) Capacité d'agir des intervenants

→ Rend compte de leur implication dans le choix d'implanter IPT dans le milieu selon leur perception et celle du chercheur

→ Actions ou stratégies utilisées par les intervenants IPT pour faciliter l'implantation du programme: établit contact avec l'équipe de recherche, diffuse l'information, rassemble les ressources humaines et monétaires, défend le projet, etc., etc.

- *Niveau d'implication (peu: peu d'intervention, moyen: plusieurs interventions mais sans leadership clair, élevé: leadership principal)*
- *Type d'implication (leadership principal ou non)*

*\*Préciser s'il y a désaccord entre les intervenants et le chercheur*

## B. Caractéristiques du milieu

### 1) Type d'hôpital (général vs universitaire vs psychiatrique)

### 2) Région desservie et population ???

### 3) Perception du chercheur en ce qui a trait au climat dans le milieu

- *Ambiance, climat de travail perçu par le chercheur*
- *Collaboration entre les intervenants perçue par le chercheur*
- *Lien de confiance entre les intervenants perçu par le chercheur*

#### 4) Perception des thérapeutes en ce qui a trait au contexte d'implantation et à l'implication des autres acteurs:

- Rend compte de l'implication perçue par les intervenants des autres acteurs dans le milieu. À tous les niveaux: service d'ergothérapie, département de psychiatrie, hôpital, etc.
- Selon les composantes de Hinnings et Greenwood (traduction de Reinharz adaptée à notre niveau d'analyse). Relatif à la configuration organisationnelle et aux schèmes interprétatifs de chaque acteur identifié (niveau organisationnel identifié).

**4.1) Configuration organisationnelle:** Rend compte du concept de structure sociale: 1) du cadre prescrit (prescribed framework)(partie formelle) (tâches et positions, règles et procédures établies, autorité formelle, budget, ressources humaines, etc.) et 2) des actions réelles des acteurs dans cette structure (emergent interactions)(partie informelle)(activités réelles des acteurs, pouvoir informel, respect des règles, etc.).

- Rôles et responsabilités: Rôles et responsabilités, place occupé dans l'organigramme formel ou informel
  - *Mandat et/ou priorités en faveur ou non de l'IPT*
- Mécanisme de décision: Manière par laquelle les décisions sont prises par rapport au fonctionnement interne ou aux relations avec les autres partenaires
  - *Pouvoir formel ou informel / leadership émergent qui favorise le choix d'implanter IPT*
  - *Collaboration, appui, soutien pour implanter IPT (importante, moyenne, absente, contre-collaboration)*
  - *Organisation des services offerts favorise ou pas le choix d'implanter IPT (services offerts, continuité des services, interventions individualisées, etc.)*
  - *Travail d'équipe favorise ou pas le choix d'implanter IPT (multi, inter, aucun, etc.)*
- Gestion des ressources humains: Mécanismes impliqués dans l'embauche et le contrôle de l'activité de chacun des membres
  - *Disponibilité des ressources humaines pour implanter IPT*
- Acquisition des ressources: Contrôle sur l'obtention et la gestion des ressources allouées
  - *Disponibilité des ressources monétaires et/ou matérielles pour implanter l'IPT*

**4.2) Schèmes interprétatifs:** Fait référence au sens, à la signification donnée à la configuration organisationnelle pour rester cohérente (intentions, aspirations, buts, valeurs, idées, croyances, etc.)

- Domaines occupés: Terrain d'activité reconnu ou terrain sur lequel elle ou il se reconnaît une légitimité (pas nécessairement réelle, qui pourrait lui être refusé)
  - *Reconnaissance d'une expertise: Lorsqu'un niveau organisationnel se reconnaît ou reconnaît à un autre une expertise particulière. (exemple: les interventions de groupe)*
- Principes de l'organisation: Valeurs et idées qui sous-tendent la perception de comment elle ou il devrait être structurée
  - *Modèles d'interventions valorisés:*

- *Modèle médical ou professionnel: Modèle traditionnel valorisant le rôle du médecin et de l'infirmière ou modèle multidisciplinaire qui reconnaît le travail des professionnels*
- *Présence ou pas de valeurs de réadaptation*
- *Intégration des approches c-c à la pratique*  
*Autonomie professionnelle, liberté d'action*  
*Ouverture envers l'innovation*
- Critères d'évaluation: Mécanismes par lesquels une évaluation des activités est réalisée
  - *Démarche formelle d'évaluation du processus*
  - *Évaluation du niveau de satisfaction envers le travail*

### **C. Implication de l'équipe de recherche**

→ Rend compte de la perception du chercheur et des intervenants envers l'implication de l'équipe de recherche

#### **1) Fréquence et type d'intervention**

- *Fréquence (peu ou pas, moyenne, importante)*
- *Interventions de nature clinique, technique ou stratégique*

#### **2) Relation entre le chercheur et les intervenants**

- *Nature de la relation*
- *Attitude du chercheur envers intervenants*
- *Attitude des intervenants envers chercheur*
- *Lien de confiance*
- *Franchise des intervenants*

## Mise en œuvre Étape 2 – Comparaison des milieux

**Comparaison pour documenter la capacité des milieux à implanter l'IPT**

Période couverte par ce moment-clé: Moment où les intervenants implantent le programme IPT, pendant la mise en œuvre de l'IPT dans leur milieu respectif

### **A. Caractéristiques des participants (patients) :**

**1) Âge des participants :**

→ Âge moyen du groupe de participants et min-max

**2) Fonctionnement général**

→ Score du MCAS au T0

**3) Perception des thérapeutes quant au fonctionnement général des participants**

→ Niveau de fonctionnement général perçu (bas, moyen, élevé) facilitant ou limitant la mise en œuvre de l'IPT, info de l'entrevue

**4) Perception des thérapeutes quant à l'homogénéité du groupe**

→ Homogénéité perçue facilitant ou limitant la mise en œuvre de l'IPT, info de l'entrevue

### **B. Caractéristiques des thérapeutes:**

**1) Nombre de thérapeutes impliqués et partage de l'animation**

**2) Affiliation professionnelle et poste occupé dans l'établissement**

**3) Motivation des acteurs du changement:**

→ Se fait pour le groupe des intervenants IPT uniquement, pour comprendre leur motivation/intention à implanter l'IPT et aux raisons qui permettent d'expliquer leur motivation. C'est leur point de vue qui nous intéresse, l'interprétation qu'ils ont fait de leur expérience.

→ Selon le modèle de Triandis, la motivation est influencé par l'affect, les convictions personnelles, les conséquences perçues et les facteurs sociaux ou incitatifs. (traduction libre)

→ Aussi, complété par la perception du chercheur: motivation envers le programme IPT et envers le projet de recherche

**3.1) Affect:** Sentiments associés à l'action ou au comportement: joie, plaisir, exaltation, dépression, dégoût, mécontentement, haine, peur, embarras, etc. de la personne ou du groupe de personnes.

- Satisfaction ou insatisfaction (ou déception étant donné des attentes élevées) envers le programme IPT

- Satisfaction ou insatisfaction (ou déception) envers le processus d'implantation (recrutement, assiduité/désistements, co-animation, etc.)
- Satisfaction ou insatisfaction envers le processus de recherche

**3.2) Convictions personnelles:** Conviction importante à agir, situation pertinente pour la personne ou pour le groupe de personne, en lien avec ses valeurs et déterminants personnels.

- En ce qui a trait à l'organisation des services autour d'approches structurées pour les psychotiques
  - *Croyance au travail multidisciplinaire*
  - *Croyance à la continuité des services*
- En ce qui a trait aux approches à prioriser avec les psychotiques:
  - *Croyance au bien-fondé de l'IPT, des approches cognitivo-comportementales: Lorsque les intervenants sont convaincus du bien-fondé du programme IPT et des approches c-c*
  - *Croyance à l'importance de la généralisation des apprentissages pour l'efficacité de ce type de programme*
- En ce qui a trait aux droits des psychotiques à recevoir des interventions spécialisées
  - *Lorsque les intervenants défendent les droits de services des psychotiques en ce qui a trait à des programmes de réadaptation, etc.*

**3.3) Conséquences réelles observées:** Estimation des conséquences (positives ou négatives) de l'action ou du comportement par la personne ou le groupe de personnes, dimension cognitive de l'attitude

- En lien avec les caractéristiques de l'innovation:
  - *Forces et limites du programme au niveau :*
    - *De la structure hiérarchique du groupe*
    - *Du format du groupe (fermé vs ouvert, fréquence des rencontres, limite dans le temps, etc.)*
    - *Du contenu et des modalités*
    - *De son adaptabilité (souplesse ou rigidité)*
    - *Des principes d'animation*
    - *Des informations disponibles pour appliquer IPT (livre, documents de formation, etc.)*
    - *Des ressources nécessaires*
  - *Résultats observables en ce qui a trait aux objectifs fixés et autres (levier pour le retour au travail, etc.)*
- En lien avec l'application de l'IPT:
  - *Évaluation du succès de la première application*
  - *Exigence d'une première application/charge de travail supplémentaire: Fait référence à l'augmentation des responsabilités: préparation, exigence d'une première application, etc.*
  - *Facilitateurs et contraintes au processus de recrutement et d'assiduité des participants (Attitudes à privilégier, soutien, etc.)*

- Facilitateurs et contraintes associés à la co-animation
- Facilitateurs et contraintes associés à l'efficacité du programme
- En lien avec le processus des intervenants:
  - Apprentissages faits: Fait référence aux apprentissages faits par les thérapeutes en cours d'application
  - Changement dans la pratique au niveau de l'attitude, des interventions privilégiées, etc.
  - Collaboration établie entre intervenants ou avec le reste de l'équipe, etc.
- En lien avec le projet de recherche:
  - Initiation à la recherche/apprentissages faits: Fait référence à la nature même du projet de recherche qui va leur permet d'être initié à la démarche, au processus de recherche
  - Exigence du projet de recherche, ajoute à la charge clinique d'une première application
  - Obligation du projet de recherche
  - Retombées observées: Identification de retombées en lien avec l'implication de la recherche, crédibilité associé au projet de recherche, applicabilité clinique, etc.

**3.4) Facteurs sociaux/Incitatifs:** Internalisation de la personne ou du groupe de personnes de son référent culturel et des conventions sociales en regard des autres. Croyances normatives, pressions sociales, rôles internalisés, etc.

- *Pression perçue en regard de l'application de l'IPT*

#### **4) Expérience et habitudes des intervenants:**

→ Séquence de comportements automatiques ne nécessitant aucune auto-instruction, reflète à la fois l'habileté relative de l'individu ou du groupe d'individu à agir et à apprendre de ses expériences passées (selon récompense ou punition associées à l'action ou au comportement)(selon Triandis, traduction libre)

- *Expérience et familiarité avec les approches cognitivo-comportementales*
- *Expérience en animation de groupe*
- *Habitudes des intervenants à travailler ensemble*
- *Habitudes à travailler avec la clientèle*
- *Expérience du milieu*

**\*\*Qui ont facilité l'application de l'IPT**

#### **5) Capacité d'agir des intervenants**

→ Rend compte de leur implication dans l'implantation du programme IPT selon leur perception et celle du chercheur (préciser s'il y a désaccord)

→ Actions ou stratégies utilisées par les intervenants IPT pour faciliter l'implantation du programme

- *Capacité à appliquer le programme :*
  - *Efficacité, organisation, souplesse, etc.*
  - *Capacité à adapter le programme aux besoins de groupe*

- *Capacité à aller chercher du soutien et des alliances*
- *Appropriation du programme, partage de leur expérience*

### **C. Caractéristiques du milieu :**

1) **Programme où est implanté IPT** (*Clinique externe générale ou spécialisée, centre de jour, etc.*)

2) **Perception du chercheur en ce qui a trait au climat pendant l'implantation dans le milieu**

- *Ambiance, climat de travail perçu par le chercheur*
- *Collaboration entre les intervenants perçue par le chercheur*
- *Lien de confiance entre les intervenants perçu par le chercheur*

3) **Perception des thérapeutes en ce qui a trait au contexte d'implantation et à l'implication des autres acteurs:**

→ Rend compte de l'implication perçue par les intervenants des autres acteurs dans le milieu. À tous les niveaux: service d'ergothérapie, département de psychiatrie, hôpital, etc.

→ Selon les composantes de Hinnings et Greenwood (traduction de Reinharz adaptée à notre niveau d'analyse). Relatif à la configuration organisationnelle et aux schèmes interprétatifs de chaque acteur identifié (niveau organisationnel identifié).

**3.1) Configuration organisationnelle:** Rend compte du concept de structure sociale: 1) du cadre prescrit (prescribed framework)(partie formelle) (tâches et positions, règles et procédures établies, autorité formelle, budget, ressources humaines, etc.) et 2) des actions réelles des acteurs dans cette structure (emergent interactions)(partie informelle)(activités réelles des acteurs, pouvoir informel, respect des règles, etc.).

- Rôles et responsabilités: Rôles et responsabilités, place occupé dans l'organigramme formel ou informel
  - *Redéfinition du mandat et/ou des priorités en faveur ou non de l'application de l'IPT*
- Mécanisme de décision: Manière par laquelle les décisions sont prises par rapport au fonctionnement interne ou aux relations avec les autres partenaires
  - *Pouvoir formel ou informel / leadership émergent qui favorise l'implantation de l'IPT*
  - *Collaboration, appui, soutien pour implanter IPT (importante, moyenne, absente, contre-collaboration)*
  - *Organisation des services offerts favorise ou pas le choix d'implanter IPT (services offerts, continuité des services, interventions individualisées, etc.)*
  - *Travail d'équipe favorise ou pas l'implantation de l'IPT (multi, inter, aucun, etc.)*



- Gestion des ressources humains: Mécanismes impliqués dans l'embauche et le contrôle de l'activité de chacun des membres
  - *Disponibilité des ressources humaines pour implanter IPT (libération, réajustement de la charge de travail, etc.)*
- Acquisition des ressources: Contrôle sur l'obtention et la gestion des ressources allouées
  - *Disponibilité des ressources monétaires et/ou matérielles pour implanter l'IPT*

**3.2) Schèmes interprétatifs:** Fait référence au sens, à la signification donnée à la configuration organisationnelle pour rester cohérente (intentions, aspirations, buts, valeurs, idées, croyances, etc.)

- Domaines occupés: Terrain d'activité reconnu ou terrain sur lequel elle ou il se reconnaît une légitimité (pas nécessairement réelle, qui pourrait lui être refusé)
  - *Reconnaissance d'une expertise: Lorsqu'un niveau organisationnel se reconnaît ou reconnaît à un autre une expertise particulière. (exemple: les interventions de groupe)*
- Principes de l'organisation: Valeurs et idées qui sous-tendent la perception de comment elle ou il devrait être structurée
 

*Modèles d'interventions valorisés:*

  - *Modèle médical ou professionnel: Modèle traditionnel valorisant le rôle du médecin et de l'infirmière ou modèle multidisciplinaire qui reconnaît le travail des professionnels*
  - *Présence ou pas de valeurs de réadaptation*
  - *Intégration des approches c-c à la pratique*

*Autonomie professionnelle, liberté d'action*

*Ouverture envers l'innovation*
- Critères d'évaluation: Mécanismes par lesquels une évaluation des activités est réalisée
  - *Démarche formelle d'évaluation du processus*
  - *Évaluation du niveau de satisfaction envers le travail*

## **D. Implication de l'équipe de recherche :**

→ Rend compte de la perception du chercheur et des intervenants envers l'implication de l'équipe de recherche pendant l'implantation du programme

### **1) Fréquence et type d'intervention**

- *Fréquence (peu ou pas, moyenne, importante)*
- *Interventions de nature clinique, technique ou stratégique*

### **2) Relation entre le chercheur et les intervenants**

- *Nature de la relation*
- *Attitude du chercheur envers intervenants*
- *Attitude des intervenants envers chercheur*
- *Lien de confiance*
- *Franchise des intervenants*

## Perspective d'avenir

### Étape 2 – Comparaison des milieux

**Comparaison pour documenter la capacité des milieux à maintenir l'implantation de l'IPT**

Période couverte par ce moment-clé: Moment où les intervenants ont implanté une première fois le programme IPT et pensent au futur

#### **A. Caractéristiques des thérapeutes:**

##### **1) Motivation des acteurs du changement:**

→ Se fait pour le groupe des intervenants IPT uniquement, pour comprendre leur motivation/intention à continuer à implanter l'IPT et aux raisons qui permettent d'expliquer leur motivation. C'est leur point de vue qui nous intéresse, l'interprétation qu'ils ont fait de leur expérience.

→ Selon le modèle de Triandis, la motivation est influencé par l'affect, les convictions personnelles, les conséquences perçues et les facteurs sociaux ou incitatifs. (traduction libre)

→ Aussi, complété par la perception du chercheur

**3.1) Affect:** Sentiments associés à l'action ou au comportement: joie, plaisir, exaltation, dépression, dégoût, mécontentement, haine, peur, embarras, etc. de la personne ou du groupe de personnes.

- *Sentiment de reconnaissance ou de non-reconnaissance face à l'IPT*
- *Appréhensions, peur face au maintien du programme IPT*

**3.2) Convictions personnelles:** Conviction importante à agir, situation pertinente pour la personne ou pour le groupe de personne, en lien avec ses valeurs et déterminants personnels.

- En ce qui a trait aux approches à prioriser avec les psychotiques:
  - *Croyance au bien-fondé de l'IPT, des approches cognitivo-comportementales: Lorsque les intervenants sont convaincus du bien-fondé du programme IPT et des approches c-c et qu'ils ont de l'intérêt pour le refaire*
- En ce qui a trait aux droits des psychotiques à recevoir des interventions spécialisées
  - *Lorsque les intervenants défendent les droits de services des psychotiques en ce qui a trait à des programmes de réadaptation, etc.*
- En ce qui a trait à l'organisation des services autour d'approches structurées pour les psychotiques
  - *Croyance au travail multidisciplinaire pour maintenir le programme*

**3.3) Conséquences réelles observées:** Estimation des conséquences (positives ou négatives) de l'action ou du comportement par la personne ou le groupe de personnes, dimension cognitive de l'attitude

- En lien avec les caractéristiques de l'innovation:
  - *Résultats observables en ce qui a trait aux objectifs fixés et autres (levier pour le retour au travail, etc.)*
  - *Forces ou limites du programme IPT*
- En lien avec l'application de l'IPT:
  - *Évaluation du succès de l'implantation et du maintien du programme*
- En lien avec le processus des intervenants:
  - *Apprentissages faits: Fait référence aux apprentissages faits par les thérapeutes en cours d'application et qui vont permettre le maintien du programme*
- En lien avec le projet de recherche:
  - *Retombées observées: Identification de retombées en lien avec l'implication de la recherche, crédibilité associé au projet de recherche, applicabilité clinique, etc.*

**3.4) Conséquences perçues:** Estimation des conséquences (positives ou négatives) de l'action ou du comportement par la personne ou le groupe de personnes, dimension cognitive de l'attitude

**3.5) Facteurs sociaux/Incitatifs:** Internalisation de la personne ou du groupe de personnes de son référent culturel et des conventions sociales en regard des autres. Croyances normatives, pressions sociales, rôles internalisés, etc.

- *Pression perçue en regard du maintien du programme IPT dans le milieu*

**4) Expérience et habitudes des intervenants:**

→ Séquence de comportements automatiques ne nécessitant aucune auto-instruction, reflète à la fois l'habileté relative de l'individu ou du groupe d'individu à agir et à apprendre de ses expériences passées (selon récompense ou punition associées à l'action ou au comportement)(selon Triandis, traduction libre)

*\*Voir davantage dans choix et implantation*

**5) Capacité d'agir des intervenants**

→ Rend compte de leur implication dans le maintien du programme IPT selon leur perception et celle du chercheur (préciser s'il y a désaccord)

→ Actions ou stratégies utilisées par les intervenants IPT pour faciliter le maintien du programme dans le milieu

## **B. Caractéristiques du milieu :**

### **1) Perception du chercheur en ce qui a trait au climat pendant l'implantation dans le milieu**

- *Ambiance, climat de travail perçu par le chercheur*
- *Collaboration entre les intervenants perçue par le chercheur*
- *Lien de confiance entre les intervenants perçu par le chercheur*

### **2) Perception des thérapeutes en ce qui a trait au contexte d'implantation et à l'implication des autres acteurs:**

→ Rend compte de l'implication perçue par les intervenants des autres acteurs dans le milieu. À tous les niveaux: service d'ergothérapie, département de psychiatrie, hôpital, etc.

→ Selon les composantes de Hinings et Greenwood (traduction de Reinharz adaptée à notre niveau d'analyse). Relatif à la configuration organisationnelle et aux schèmes interprétatifs de chaque acteur identifié (niveau organisationnel identifié).

**3.1) Configuration organisationnelle:** Rend compte du concept de structure sociale: 1) du cadre prescrit (prescribed framework)(partie formelle) (tâches et positions, règles et procédures établies, autorité formelle, budget, ressources humaines, etc.) et 2) des actions réelles des acteurs dans cette structure (emergent interactions)(partie informelle)(activités réelles des acteurs, pouvoir informel, respect des règles, etc.).

- Rôles et responsabilités: Rôles et responsabilités, place occupé dans l'organigramme formel ou informel
  - *Redéfinition du mandat et/ou des priorités en faveur ou non du maintien du programme IPT*
- Mécanisme de décision: Manière par laquelle les décisions sont prises par rapport au fonctionnement interne ou aux relations avec les autres partenaires
  - *Pouvoir formel ou informel / leadership émergent qui favorise le maintien du programme IPT*
  - *Collaboration, appui, soutien pour maintenir IPT (importante, moyenne, absente, contre-collaboration)*
  - *Organisation des services offerts favorise ou pas le maintien de l'IPT (services offerts, continuité des services, interventions individualisées, etc.)*
  - *Travail d'équipe favorise ou pas au maintien de l'IPT (multi, inter, aucun, etc.)*

- Gestion des ressources humains: Mécanismes impliqués dans l'embauche et le contrôle de l'activité de chacun des membres
  - *Disponibilité des ressources humaines pour maintenir IPT (libération, réajustement de la charge de travail, etc.)*
- Acquisition des ressources: Contrôle sur l'obtention et la gestion des ressources allouées
  - *Disponibilité des ressources monétaires et/ou matérielles pour maintenir IPT*

**3.2) Schèmes interprétatifs:** Fait référence au sens, à la signification donnée à la configuration organisationnelle pour rester cohérente (intentions, aspirations, buts, valeurs, idées, croyances, etc.)

- Domaines occupés: Terrain d'activité reconnu ou terrain sur lequel elle ou il se reconnaît une légitimité (pas nécessairement réelle, qui pourrait lui être refusé)
  - *Reconnaissance d'une expertise: Lorsqu'un niveau organisationnel se reconnaît à un autre une expertise particulière. (exemple: les interventions de groupe)*
- Principes de l'organisation: Valeurs et idées qui sous-tendent la perception de comment elle ou il devrait être structurée
 

*Modèles d'interventions valorisés:*

  - *Modèle médical ou professionnel: Modèle traditionnel valorisant le rôle du médecin et de l'infirmière ou modèle multidisciplinaire qui reconnaît le travail des professionnels*
  - *Présence ou pas de valeurs de réadaptation*
  - *Intégration des approches c-c à la pratique*

*Autonomie professionnelle, liberté d'action*  
*Ouverture envers l'innovation*
- Critères d'évaluation: Mécanismes par lesquels une évaluation des activités est réalisée
  - *Démarche formelle d'évaluation du processus*
  - *Évaluation du niveau de satisfaction envers le travail*









**Annexe V-1 :**

**Autorisation de rédiger la thèse par articles et signatures  
des co-auteurs**

**CATHERINE BRIAND**  
**Demande d'autorisation de rédiger par articles**

Le 7 mars 2005

A/S Denise Varenne  
Université de Montréal  
Faculté de Médecine  
Vice-décanat  
Recherche et études supérieures


**Objet: Demande d'autorisation de rédiger ma thèse par articles**


À qui de droit:

Par la présente, je demande l'autorisation de rédiger ma thèse par articles. Vous trouverez en pièces jointes les renseignements demandés et requis pour l'étude de ma demande. N'hésitez pas à me contacter pour toutes autres informations.

Merci de considérer ma demande.

Salutations distinguées,



Catherine Briand /  
Étudiante au doctorat  
Centre de recherche Fernand-Seguin  
Hôpital Louis-H. Lafontaine  
7331 Hochelaga (unité 218 Bédard)  
Montréal (Québec) H1N 3V2  
514-251-4015 poste 3547  


CATHERINE BRIAND

Demande d'autorisation de rédiger par articles

1. **Identification de l'étudiant:** Catherine Briand, [REDACTED]
2. **Nom de l'unité académique:** Faculté de médecine, Département de psychiatrie
3. **Nom du programme:** Ph.D. Sciences biomédicales - Psychiatrie

**4. Liste des articles proposés:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinhartz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

Briand, C., Reinhartz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis pour publication.*

CATHERINE BRIAND

Demande d'autorisation de rédiger par articles

**5a. Signature et déclaration de l'étudiant concernant le premier article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinhartz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

L'étudiante a coordonné l'ensemble des travaux de recherche discutés dans ce premier article. Elle a conçu le projet en collaboration avec ses directeurs de thèse et l'équipe de recherche, a collaboré à la rédaction de la demande de subvention comme collaboratrice et clinicienne, a coordonné la collecte de données, fait l'ensemble des analyses et rédigé l'article dans sa totalité. L'équipe de chercheur impliquée dans le projet subventionné lui a laissé une pleine autonomie dans la mise en œuvre du projet.

La collaboration des autres auteurs s'explique ainsi:

Alain Lesage: directeur des travaux de thèse et chercheur principal de la demande de subvention

*Implication principale:* soutien important à l'élaboration du projet de recherche, tout au long de la collecte et l'analyse des données et, à la rédaction de l'article

Pierre Lalonde: co-directeur des travaux de thèse, co-chercheur de la demande de subvention et psychiatre-expert des approches d'interventions pour jeunes patients atteints de schizophrénie

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche, au recrutement et au soutien des milieux participant, lecture de l'article

Emmanuel Stip: co-chercheur de la demande de subvention, psychiatre et chercheur-expert dans l'évaluation des fonctions cognitives des personnes atteintes de schizophrénie

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche et à l'évaluation des fonctions cognitives des participants, lecture de l'article

Luc Nicole: co-chercheur de la demande de subvention et psychiatre-expert du programme IPT au Québec

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche et à la formation des intervenants impliqués dans le projet, lecture de l'article

**CATHERINE BRIAND**

**Demande d'autorisation de rédiger par articles**

Daniel Reinharz: co-chercheur de la demande de subvention et chercheur-expert en analyse du changement organisationnel

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche, lecture de l'article

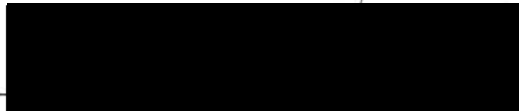
Antoinette Prouteau: assistante de recherche et étudiante au doctorat

*Implication principale:* collaboration à l'évaluation des fonctions cognitives des participants, lecture de l'article

Virginie Hamel et Kathe Villeneuve: assistantes de recherche

*Implication principale:* collaboration à la collecte des données, lecture de l'article

Signature de l'étudiante:



Date: 7 mai 2005

CATHERINE BRIAND

Demande d'autorisation de rédiger par articles

**5b. Signature et déclaration de l'étudiant concernant le deuxième article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

L'étudiante a coordonné l'ensemble des travaux de recherche discutés dans ce deuxième article. Comme mentionné pour l'article précédent, elle a conçu le projet en collaboration avec ses directeurs de thèse et l'équipe de recherche, a collaboré à la rédaction de la demande de subvention, a coordonné la collecte de données et fait l'ensemble des analyses. La rédaction de l'article a été faite en étroite collaboration avec René Bélanger, clinicien-expert du programme IPT.

La collaboration des autres auteurs s'explique ainsi:

René Bélanger: ergothérapeute et clinicien-expert du programme IPT

*Implication principale:* collaboration importante à la rédaction de l'article, au soutien et à la formation des intervenants impliqués dans le projet

Virginie Hamel: assistante de recherche

*Implication principale:* collaboration importante à la collecte et l'analyse des données, lecture de l'article

Luc Nicole: co-chercheur de la demande de subvention et psychiatre-expert du programme IPT au Québec

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche et à la formation des intervenants impliqués dans le projet, lecture de l'article

Emmanuel Stip: co-chercheur de la demande de subvention, psychiatre et chercheur-expert dans l'évaluation des fonctions cognitives des personnes atteintes de schizophrénie

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche, lecture de l'article

Daniel Reinhartz: co-chercheur de la demande de subvention et chercheur-expert en analyse des interventions

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche, lecture de l'article

**CATHERINE BRIAND**

**Demande d'autorisation de rédiger par articles**

Pierre Lalonde: co-directeur des travaux de thèse, co-chercheur de la demande de subvention et psychiatre-expert des approches d'interventions pour jeunes patients atteints de schizophrénie

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche, au recrutement et au soutien des milieux participant, lecture de l'article

Alain Lesage: directeur des travaux de thèse et chercheur principal de la demande de subvention

*Implication principale:* soutien important à l'élaboration du projet de recherche et tout au long de la mise en œuvre du projet, lecture de l'article

Signature de l'étudiante:



Date: 7 mars 2015

**CATHERINE BRIAND**  
**Demande d'autorisation de rédiger par articles**

**5c. Signature et déclaration de l'étudiant concernant le troisième article:**

Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis pour publication.*

L'étudiante a coordonné l'ensemble des travaux de recherche discutés dans ce troisième article. Elle a conçu le projet en collaboration avec ses directeurs de thèse et l'équipe de recherche, a collaboré à la rédaction de la demande de subvention, a coordonné la collecte de données, fait l'ensemble des analyses et rédigé l'article dans sa totalité.

La collaboration des autres auteurs s'explique ainsi:

Daniel Reinharz: co-chercheur de la demande de subvention et chercheur-expert en analyse du changement organisationnel

*Implication principale:* collaboration importante à l'élaboration de cette partie du projet de recherche en ce qui a trait aux modèles théoriques utilisés et soutien-expert à la rédaction de l'article

Alain Lesage: directeur des travaux de thèse et chercheur principal de la demande de subvention

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche et soutien à la rédaction de l'article

Luc Nicole: co-chercheur de la demande de subvention et psychiatre-expert du programme IPT au Québec

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche et à la formation des intervenants impliqués dans le projet, lecture de l'article

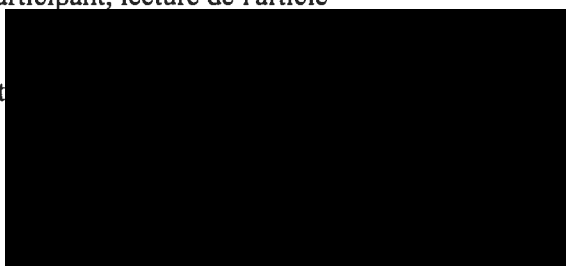
Emmanuel Stip: co-chercheur de la demande de subvention, psychiatre et chercheur-expert dans l'évaluation des fonctions cognitives des personnes atteintes de schizophrénie

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche, lecture de l'article

Pierre Lalonde: co-directeur des travaux de thèse, co-chercheur de la demande de subvention et psychiatre-expert des approches d'interventions pour jeunes patients atteints de schizophrénie

*Implication principale:* collaboration à l'élaboration du projet de recherche, au recrutement et au soutien des milieux participant, lecture de l'article

Signature de l'étudiant



Date:

7 mars 2005



**CATHERINE BRIAND**

**Demande d'autorisation de rédiger par articles**

**6. Avis et signature du directeur de recherche**

*Commenter les informations présentées et donner avis sur le projet de rédaction de thèse par articles.*

L'étudiante, Catherine Briand, a eu une très grande autonomie dans la mise en place du projet de recherche. Elle a coordonné l'ensemble des travaux présentés dans la thèse. Elle a conçu le projet en collaboration avec ses directeurs de thèse et l'équipe de recherche, a collaboré à la rédaction de la demande de subvention comme collaboratrice et clinicienne, a coordonné la collecte de données, fait l'ensemble des analyses et rédigé les trois articles présentés dans la thèse.

Comme directeur de recherche, je suis d'accord avec les informations présentées et la rédaction de la thèse par articles.

Signature du directeur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**CATHERINE BRIAND**  
**Demande d'autorisation de rédiger par articles**

**7. Recommandation et signature du directeur du programme**

*Donner avis sur le projet de rédaction de thèse par articles.*

---

---

---

---

---

---

---

Signature du directeur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Faculté des études supérieures  
Vice-décanat

Le 14 mars 2005

Madame Catherine Briand  


**Autorisation de déposer votre thèse de doctorat sous forme d'articles**

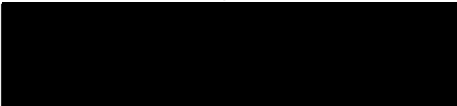
Madame,

Suite à votre demande, j'ai le plaisir de vous autoriser à présenter votre thèse de doctorat sous forme d'articles. Il est entendu que vous devrez vous soumettre aux conditions minimales de dépôt décrites dans le « Guide de présentation des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat », édition de mars 2001. Ce document est disponible sur le site de la FES. Vous pouvez également vous le procurer à la Librairie de l'Université de Montréal.



**Cependant, afin de respecter la loi canadienne sur les droits d'auteurs, vous devrez, au moment du dépôt de votre thèse, remettre avec les formulaires de reproduction et de diffusion dûment complétés et signés, les déclarations écrites de tous les coauteurs des articles inclus dans votre thèse autorisant la reproduction et la diffusion de votre thèse de doctorat.**

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le vice-doyen,  


Fernand A. Roberge  
Vice-doyen  
Secteur Santé

M. Alain Lesage, directeur de recherche  
M. Daniel Lajeunesse, directeur – Sc. biomédicales

**1<sup>er</sup> article:**

**Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT)  
for patients with schizophrenia.**

**Liste des auteurs:**

Catherine Briand

Alain Lesage

Pierre Lalonde

Emmanuel Stip

Luc Nicole

Daniel Reinhartz

Antoinette Prouteau

Virginie Hamel

Kathe Villeneuve

**CATHERINE BRIAND**  
 Accord des coauteurs et permission de l'éditeur

**1<sup>er</sup> article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
 Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
 Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclue cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

Alain Lesage

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Pierre Lalonde

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Emmanuel Stip

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Luc Nicole

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Daniel Reinharz

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Antoinette Prouteau

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Virginie Hamel

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Kathe Villeneuve

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

**2<sup>ième</sup> article:**

**Implantation multi-sites du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée.**

**Liste des auteurs:**

Catherine Briand

René Bélanger

Virginie Hamel

Luc Nicole

Emmanuel Stip

Daniel Reinharz

Pierre Lalonde

Alain Lesage

CATHERINE BRIAND  
 Accord des coauteurs et permission de l'éditeur

**2ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
 Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
 Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclue cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

René Bélanger

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Virginie Hamel

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Luc Nicole

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Emmanuel Stip

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Daniel Reinharz

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Pierre Lalonde

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Alain Lesage

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

CATHERINE BRIAND  
Accord des coauteurs et permission de l'éditeur

**B) Permission de l'éditeur d'une revue**

**1. Identification de la revue**

Revue Santé mentale au Québec  
C.P. 548, Succ. Places d'Armes,  
Montréal (Québec) H2Y 3H3  
Téléphone: 514-523-0607

**2. Identification de l'éditeur**

Directeur: Yves Lecomte  
Rédacteur en chef: Jean-François Saucier

**3. Identification de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

L'étudiante *Catherine Briand* est autorisée à inclure l'article ci-dessus dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

---

Éditeur

Signature

Date



**3<sup>ième</sup> article:**

**Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation  
pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves.**

**Liste des auteurs:**

Catherine Briand

Daniel Reinharz

Alain Lesage

Luc Nicole

Emmanuel Stip

Pierre Lalonde

CATHERINE BRIAND  
 Accord des coauteurs et permission de l'éditeur

**3ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
 Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
 Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que  
**Catherine Briand**

inclue cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

Daniel Reinharz

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Alain Lesage

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Luc Nicole

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Emmanuel Stip

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Pierre Lalonde

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

**CATHERINE BRIAND**

**Demande d'autorisation de rédiger par articles**

**6. Avis et signature du directeur de recherche**

*Commenter les informations présentées et donner avis sur le projet de rédaction de thèse par articles.*

L'étudiante, Catherine Briand, a eu une très grande autonomie dans la mise en place du projet de recherche. Elle a coordonné l'ensemble des travaux présentés dans la thèse. Elle a conçu le projet en collaboration avec ses directeurs de thèse et l'équipe de recherche, a collaboré à la rédaction de la demande de subvention comme collaboratrice et clinicienne, a coordonné la collecte de données, fait l'ensemble des analyses et rédigé les trois articles présentés dans la thèse.

Comme directeur de recherche, je suis d'accord avec les informations présentées et la rédaction de la thèse par articles.

Signature du directeur: \_\_\_\_\_

A black rectangular box redacting the signature of the research director.

Date: 17 mai 2005

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

1<sup>er</sup> article de thèse:

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

<u>ALAIN LESAGE</u>		<u>11 mai 2005</u>
Nom du coauteur	Signature	Date

CATHERINE BRIAND  
Accord des coauteurs

1<sup>er</sup> article de thèse:

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

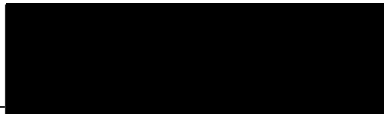
*Catherine Briand*

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

PIERRE LALONDE

Nom du coauteur



Signature

11 mai 2005

Date

**CATHERINE BRIAND****Accord des coauteurs****1<sup>er</sup> article de thèse:****A) Déclaration des coauteurs de l'article****1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand

Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie

Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***EMMANUEL STIP

Nom du coauteur

Signature

2005 07 14

Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**1<sup>er</sup> article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinhartz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

Luc Nicole  
Nom du coauteur

  
Signature

05 03 9  
Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**1<sup>er</sup> article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinhartz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que  
**Catherine Briand**

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

DANIEL REINHARZ

Nom du coauteur



Signature

10/3/05  
Date



**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**1<sup>er</sup> article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinhartz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

**Catherine Briand**

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

---

Nom du coauteur

Signature

Date

TROUTEAU A.



11-03-2005

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**1<sup>er</sup> article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

*Catherine Briand*

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

Virginie Hamel  
Nom du coauteur

  
Signature

2005-03-10  
Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**1<sup>er</sup> article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Stip, E., Nicole, L., Reinharz, D., Prouteau, A., Hamel, V. et Villeneuve, K. (2004). Effectiveness of Integrated Psychological Treatment (IPT) for patients with schizophrenia. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que  
*Catherine Briand*

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

Kathe Villeneuve  
Nom du coauteur

  
Signature

10 mars 05  
Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**2ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

*Catherine Briand*

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

RENE BELANGER  
Nom du coauteur



Signature

10 MARS 2005  
Date

CATHERINE BRIAND  
Accord des coauteurs

**2ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que


***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

Virginie Hamel

Nom du coauteur



Signature

2005-03-10

Date

CATHERINE BRIAND  
Accord des coauteurs

2ième article de thèse:

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

Luc Nicole  
Nom du coauteur

  
Signature

05 03 09  
Date

**CATHERINE BRIAND**

Accord des coauteurs

**2ième article de thèse:****A) Déclaration des coauteurs de l'article****1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand

Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie

Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinhartz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***EMMANUEL Stip

Nom du coauteur



L

Signature

2005 03/4

Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**2ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

**Catherine Briand**

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

DANIEL REINHARZ

Nom du coauteur



10/3/05

Date





CATHERINE BRIAND  
Accord des coauteurs

2ième article de thèse:

A) Déclaration des coauteurs de l'article

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

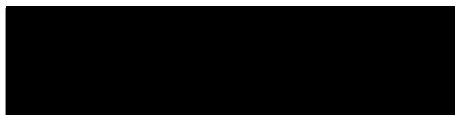
*Catherine Briand*

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

PIERRE LALONDE

Nom du coauteur



Signature

11 mars 2005

Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**2ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

ALAIN LESAGE

Nom du coauteur

Signature

11 mars 2005

Date

**CATHERINE BRIAND**

Permission de l'éditeur

2ième article de thèse:

**B) Permission de l'éditeur d'une revue**

**1. Identification de la revue**

Revue Santé mentale au Québec  
C.P. 548, Succ. Places d'Armes,  
Montréal (Québec) H2Y 3H3  
Téléphone: 514-523-0607

**2. Identification de l'éditeur**

Directeur: Yves Lecomte  
Rédacteur en chef: Jean-François Saucier

**3. Identification de l'article:**

Briand, C., Bélanger, R., Hamel, V., Nicole, L., Stip, E., Reinharz, D., Lalonde, P. et Lesage, A. (2004). Implantation multi-site du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes atteintes de schizophrénie et développement d'une version renouvelée. *Revue Santé Mentale au Québec, sous presse.*

L'étudiant *Catherine Briand* est autorisé à inclure l'article ci-dessus dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

YVES LECOMTE

Nom

14-03-2005

Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**3ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Reinhartz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

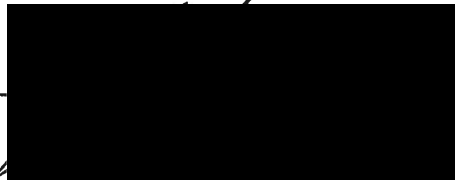
À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

**Catherine Briand**

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

DANIEL REINHARTZ  
Nom du coauteur



10/3/05  
Date

**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

3ième article de thèse:

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

ALAIN  
Nom du coauteur

LESAGE  
Signature

11 mars 2005  
Date



**CATHERINE BRIAND**  
Accord des coauteurs

**3ième article de thèse:**

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand

Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie

Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

*Catherine Briand*

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

*Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.*

EMMANUEL STIP

Nom du coauteur

↳

Signature

2005 07 14

Date

CATHERINE BRIAND  
Accord des coauteurs

3ième article de thèse:

**A) Déclaration des coauteurs de l'article**

**1. Identification de l'étudiant et du programme:**

Catherine Briand  
Ph.D. en Sciences biomédicales, Psychiatrie  
Faculté de médecine

**2. Description de l'article:**

Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E. et Lalonde, P. (2005). Analyse du contexte de mise en œuvre d'un programme de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *Soumis pour publication.*

**3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant:**

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que

***Catherine Briand***

inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre:

***Implantation dans plusieurs sites d'un programme de réadaptation cognitive innovateur pour les personnes atteintes de schizophrénie - aspects cliniques et organisationnels.***

PIERRE LALONDE

Nom du coauteur

Signature

Date

11 mars 2005



