



Le rétablissement : Recherche exploratoire sur la procédure de validation de deux échelles, MARS et RAS-41

17 septembre 2013

Mémoire de recherche de Master 2

Présenté par Julien POULE

Sous la direction du Pr. Themis Apostolidis et du Dr. Vincent Girard

Jury

Pr. Themis Apostolidis

Dr Vincent Girard

Lionel Dany

Florence Vaillant

Olivier Thomas

Remerciements

Je tiens à remercier le Pr. Themis Apostolidis, de par ses savoirs et son expérience, de m'avoir permis et aidé de mener ce travail à terme. Ses conseils et son regard psychosocial ont toujours été d'une aide précieuse.

Je tiens également à remercier le Dr. Vincent Girard, à travers son expérience du terrain et son idéologie, m'a également permis de ne pas baisser les bras et de toujours avancer.

Je remercie Lionel Dany et Grégory Lo Monaco, qui tous les deux m'ont permis de comprendre la démarche scientifique dans un travail de recherche. Leurs disponibilités sont souvent infaillibles.

Je remercie aussi Florence Vaillant d'avoir accepté d'être ma référente en faisant fis du nombre de stagiaires sous son aile.

Je remercie Olivier Thomas d'avoir toujours répondu présent car son aide précieuse a été sans faille tout au long du stage.

Je remercie tous les membres des équipes des différentes structures où je me suis rendu pour leur amabilité et leur disponibilité malgré l'ampleur des tâches.

Je ne remercierais jamais assez toutes les personnes qui m'ont accordé leur temps malgré la difficulté rencontrée chaque jour.

Un grand merci à tous mes amis de la promotion 2012-2013 avec qui nous avons eu des hauts et des bas mais en gardant toujours de l'affection pour chacun d'entre nous.

Je remercie Marie-Josée et Jean-Marc pour tout ce qu'ils peuvent donner sans jamais rien demander en retour.

Un grand merci à celle qui a su donner un but et un sens à mes capacités.

*A toutes ces personnes qui comptent énormément pour moi et qui appartiennent à cette partie
de moi que j'ai laissée loin là-bas sans jamais oublier,
A ma mère, mon père, mes sœurs, mes amis et à ma terre natale.*

« Le rétablissement d'une maladie mentale implique davantage que le rétablissement de la maladie elle-même. Les personnes souffrant de maladies mentales devraient se remettre du stigmate qu'elles ont incorporé au plus profond d'elles-mêmes ; des effets iatrogènes dus aux traitements ; du manque d'occasions récentes pour favoriser l'auto-détermination ; des effets secondaires négatifs du chômage ; et des rêves brisés. Le rétablissement est souvent un processus complexe et chronophage. Le rétablissement est ce que les handicapés accomplissent. Le traitement, la gestion des cas et la réhabilitation sont ce que font les acteurs socio-sanitaires pour faciliter le rétablissement. » (Anthony, 1993)

Résumé

Le rétablissement est un concept issu du champ psychiatrique et prend naissance avec le récit des usagers concernant leurs luttes contre la maladie mentale. Ce concept devenant de plus en plus prégnant dans la psychiatrie est à la base de nombreux programmes médico-sociaux, tels que le programme « Un Chez Soi D'abord » (*Housing First*). Dans la perspective d'une évaluation de ce programme, notre recherche vise, de manière exploratoire, à valider et adapter deux outils anglo-saxons de mesure du rétablissement, la Maryland Assessment of Recovery in People with Mental Illness (MARS, Drapalski et al, 2012) et la Recovery Assessment Scale (RAS-41, Giffort et al, 1995, Corrigan et al, 1999, 2004). Nos premières analyses (ACP) des données recueillies auprès d'un échantillon de 21 sujets a permis de mettre en évidence une structure factorielle, analogue aux études princeps dans les deux cas. L'AFC dégage sept facteurs concernant la MARS et huit facteurs concernant la RAS-41. Nous n'avons cependant pas pu procéder à une deuxième analyse confirmatoire. Par ailleurs, les résultats obtenus, selon notre échantillon, attestent d'une fidélité et d'une homogénéité satisfaisante pour les deux outils dans leur version française et d'une validité divergente hautement significative entre les deux échelles. Cette recherche exploratoire permet d'amorcer la recherche globale qui vise à valider et à adapter les deux instruments au contexte français auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères d'une part mais également de personnes sans abris souffrant de même troubles. La validation de ces outils permettra d'évaluer des programmes autour du rétablissement d'une part mais aussi d'évaluer le niveau de rétablissement des usagers afin d'adapter de manière optimale leur prise en charge.

Abstract

Recovery is a concept stemming from the psychiatric field and originates with the narrative story of persons with mental illness about their struggles against the mental illness. This concept becoming furthermore present in the psychiatry is on the basis of numerous medical and social programs, such as the program « Un Chez Soi D'abord » (*Housing First*). With the prospect of an evaluation of this program, our research aims, in an exploratory way, at validating two Anglo-Saxon measures of recovery, the Maryland Assessment of Recovery in People with Mental Illness (MARS, Drapalski & al, 2012) and the Recovery Assessment Scale (RAS-41, Giffirt & al, 1995, Corrigan & al, 1999, 2004). Our firsts analysis (PCA) of the data collected with a sample of 21 subjects allowed to put un evidence a factorial structure, similar to the original studies in both cases. The PCA showed seven factors concerning the MARS and eight factors concerning the RAS-41. We were however unable to proceed to the second confirmatory analysis. Besides, the results, according to our sample, give evidence of satisfactory reliability and homogeneity for both measures in their French version and a highly significant divergent validity between both scales. This exploratory research allows us to prime the global research which aims at validating and adapting both instruments to the French context among persons affected by severe psychiatric disorders on one hand but also by homeless persons suffering from the same disorders. The validation of these tools will allow to evaluate programs base on recovery on one hand but also but also to estimate individual's recovery state in order to adapt in an optimal way their coverage.

Table des matières

Introduction	7
1. Le cadre théorique.....	9
1.1. Le rétablissement.....	9
1.2. La Maryland Assessment of Recovery in People with Mental Illness, (MARS).....	12
1.3. La Recovery Assessment Scale (RAS-41)	14
2. Objectifs et problématique de recherche.....	16
2.1. Objectifs de la recherche	16
2.2. Problématique et hypothèses	17
3. Méthode et procédure de validation.....	18
3.1. Traduction et finalisation	18
3.2. Population.....	19
3.3. Instruments de mesure.....	21
3.3.1. Schizophrenia Quality of Life (S-QoL-18)	21
3.3.2. SF-12	21
3.3.3. Score Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé (EPICES)	22
3.3.4. Calgary	22
4. Résultats.....	23
4.1. Sensibilité des items de la MARS	23
4.2. Sensibilité des items de la RAS-41	24
4.3. Analyse Factorielle Exploratoire de la MARS.....	26
4.4. Analyse factorielle exploratoire de la RAS-41.....	28
4.5. Validation divergente des deux instruments	33
4.6. Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et les instruments	34
5. Discussion	35
5.1. Interprétation et analyse des résultats.....	35
5.2. Limites.....	42
5.3. Perspectives	45
Conclusion.....	48
Bibliographie.....	51
Annexes.....	57

« *Le meilleur moyen de se guérir, c'est encore
d'agir comme si l'on était guéri* »

F. Hertel (extrait de *Six femmes, un homme*)

Introduction

Le rétablissement signifie, parmi les différentes définitions qui lui sont attribuées, le fait de retrouver la santé¹. Or, le rétablissement est ainsi défini comme un retour de l'état pathologique à l'état normal. Canguilhem (1966) émet l'idée, à travers *Le normal et le pathologique*, que la guérison est autre chose que le retour au normal, qui est un idéal médical et social. Cependant, les travaux scientifiques, dans le champ de la psychiatrie sociale, aux Etats-Unis, s'empare de ce terme, durant les années 1980, pour donner une nouvelle définition pluridimensionnelle, conceptuelle et pragmatique. Cette approche, étroitement associée à la réhabilitation psychosociale (Anthony, Buell, Sharratt, & Althoff, 1972 ; Paul & Lentz, 1977 ; Spaulding, Sullivan, & Poland, 2003 ; Wallace, Liberman, Kopelowicz, & Yaeger, 2001), rompt avec le modèle biomédical et uniquement curatif, dominant au sein des institutions psychiatriques, pour adopter le modèle biopsychosocial et préventif.

Récemment, l'enquête SAMENTA² (Laporte et Chauvin, 2004), réalisée conjointement par l'INSERM, l'Institut de veille sanitaire et l'Observatoire du Samusocial de Paris, a montré que, dans la région de la capitale, plus de 30% des personnes sans chez soi sont atteints de troubles psychiatriques sévères comme les troubles psychotiques, troubles thymiques, troubles de bipolarité, etc. Déjà, en 1999, à travers leur enquête pionnière, Kovess et Mangin-Lazarus, nous donnaient des indications sur la santé mentale des personnes sans logement. Le rapport de Girard et al., en 2009, pour le ministère de la Santé et des Sports a permis d'insuffler des préconisations pour, d'une part accompagner les personnes vivant dans des conditions de précarité extrême et présentant des troubles psychiatriques sévères, et de l'autre, pour mettre en place des programmes, scientifiques et de terrain, s'inspirant de modèles américains tels que le *Housing First* (« Un Chez Soi d'Abord »).

¹ Selon la définition de l'OMS en 1946, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

² <http://www.hal.inserm.fr/docs/00/47/19/25/PDF/Samenta.pdf>

En ce sens, il est urgent, que ce soit au niveau de la santé publique ou communautaire, de mettre en place un programme d'intervention, qui, selon Kovess-Masféty (2001, p. 92), « doit prendre en compte les facteurs sociaux et certainement déborder le domaine exclusif du soin : emploi, logement, éducation, programmes sociaux, loisirs [...] ». Le programme « Un Chez Soi d'Abord », selon ses différentes mises en places outre atlantique, permet de rendre compte d'une prise en charge globale. En effet, en accordant un logement aux personnes en situation de grande précarité, voire d'exclusion, un processus d'autonomisation et d'autogestion de son parcours de vie et de soins peut être envisagé. En Philadelphie, au Etats-Unis, le programme a permis à 84% des usagers d'être toujours logés deux années après le début du programme grâce entre autre à la participation active de ceux-ci au sein du programme. Le programme de type « *Housing First* » est basé sur le concept de psychiatrie sociale de « rétablissement » (« *recovery* »). Le programme expérimental français est constitué de deux volets : le volet action et le volet recherche et évaluation. Ce dernier vise à montrer la pertinence et l'utilité du programme pour les usagers ainsi que le coût-efficacité pour les institutions sanitaires et sociales. Succinctement, nous avons d'un côté, un groupe expérimental (N = 100) qui bénéficiera du programme et de l'autre, un groupe témoin (N = 100), dont les membres bénéficieront des services médico-sociaux et d'hébergement-logement classiques. Afin d'évaluer les bénéfices du programme, une comparaison de résultats objectivés s'opérera. Le rétablissement étant au cœur du programme sera aussi mesuré. Or, aucune échelle psychométrique mesurant le rétablissement n'a été validée et adaptée au contexte français.

L'objectif de cette recherche transversale est de valider et d'adapter deux outils psychométriques américains mesurant le rétablissement : la Maryland Assessment of Recovery in People with Mental Illness (MARS, Drapalski et al, 2012) et la Recovery Assessment Scale (RAS-41, Giffort et al, 1995, Corrigan et al, 1999, 2004) ; afin de mesurer la significativité des bénéfices possibles du programme en ce qui concerne le rétablissement des participants. Nous pouvons entrevoir deux particularités concernant cette étude. Premièrement, nous tenterons de valider et d'adapter au contexte français deux échelles simultanément. Deuxièmement, la validation de face et de contenu des études princeps a été faite auprès d'une population sévèrement psychiatisée, or nous tenterons, à travers notre recherche, de valider ces outils également auprès d'un public extrêmement précarisé et présentant des troubles psychiatriques sévères. Ce présent travail constitue un point d'étape de

la recherche finale, dans le sens que les résultats sont partiels et ne permettent pas une validation et une adaptation complètes de ces outils.

1. Le cadre théorique

1.1. Le rétablissement

Durant les années 1980, aux Etats-Unis, le concept de rétablissement dans le champ psychiatrique est introduit par des usagers à travers leur récit de leurs combats avec la maladie mentale (Deegan, 1988; Leete, 1989, Unzicker, 1989). Ainsi, le rétablissement est un terme que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale utilisent couramment pour décrire ce combat qu'elles mènent afin d'avoir une vie significative. Dans son sens le plus large, le rétablissement peut être défini comme la capacité des usagers psychiatriques à pouvoir vivre de manière autonome une vie épanouissante et satisfaisante (Anthony 1993; Deegan; Leete; Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, Okeke, 1999). Cette définition n'étant pas opérationnelle, elle amorce d'ores et déjà l'implication active des usagers dans le processus d'amélioration de leur qualité de vie en tant qu'individus présentant des troubles psychiques sévères. Le rétablissement est cependant l'objet de différentes définitions qui de manière opératoire, convergent vers différentes composantes inhérentes au paradigme (Ridgway, 2001; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2004; Young & Ensing, 1999). Le rétablissement est, selon Anthony, Cohen, & Farkas, en 1999, « *un mouvement social planétaire³ qui cherche à renverser la stigmatisation autour de la schizophrénie, à donner de l'empowerment à l'utilisateur et repousser la technologie clinique au-delà du « modèle médical » simpliste autour des traitements des symptômes psychotique et qui définit le rétablissement en tant que critère ultime.* ». Le rétablissement, mais aussi la réhabilitation psychosociale, en tant que concept opératoire, permet de passer de l'asile, qui selon Goffman (1979) est un exemple d'institution totale⁴, à la cité. Ce changement est tout d'abord d'ordre organisationnel. D'autre part, les usagers de la psychiatrie ne sont dès lors plus coupés du monde extérieur et peuvent prétendre à une relative participation sociale et leur citoyenneté. Cette transformation demande une

³ Principalement dans les pays anglo-saxons tels que l'Australie, l'Angleterre, l'Irlande, les Etats-Unis, le Canada (anglophones et francophone) et la Nouvelle-Zélande.

⁴ Erwing Goffman définit l'institution totale comme « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* ». Les prisons, les couvents, les internats sont des exemples types d'institutions totales.

réflexion en profondeur sur la définition du concept et des différentes dimensions qui le composent.

Neuf dimensions composent le concept de rétablissement : l'espoir et l'engagement ; la redéfinition de soi ; les limites et les forces ; réalisation d'activités ; la résilience face aux stigmas ; le contrôle sur le traitement et sa vie et faire des choix (empowerment) ; l'autodétermination et la citoyenneté ; la gestion des symptômes ; et le soutien. Ces dimensions peuvent être regroupées et décrites, selon Ralph (1998, p.3) comme suivant : « *les facteurs internes, qui sont internes à l'utilisateur ; l'auto-soin, qui est une extension des facteurs internes ; les facteurs externes, qui font preuve d'inter-connectivité avec les autres, dont le soutien de la part des professionnels, la famille et les amis proches ; et l'empowerment, qui est une combinaison des facteurs internes et des facteurs externes [...]* ».

Depuis son émergence, le rétablissement a connu de nombreuses études empiriques à son encontre (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987; Desito, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1995) ainsi que l'élaboration de plusieurs outils de mesure. Cela démontre l'intérêt que portent les institutions socio-sanitaires américaines, les usagers psychiatriques et les financeurs, envers le concept de rétablissement et son application sur le terrain. D'autant plus qu'il est devenu le principe central de la certification des services de soins en psychiatrie au Etats-Unis selon la *New Freedom Commission on Mental Health* (2003). Au Québec et aux Etats-Unis, le *recovery oriented care* est aujourd'hui une approche privilégiée en santé mentale qui permet de faire face à la discrimination dont font l'objet d'individus vulnérables. Ainsi, des compétences sont requises en tant que professionnel au sein d'un service de santé mentale ou d'un projet de rétablissement. Russinova, Rogers, et Ellison, en 2006, propose un modèle pyramidal conceptuel à trois niveaux, s'inspirant de la pyramide de Maslow, autour des compétences requises par le professionnel. Une méta-analyse de Rog (2005) sur 15 études comparant des modèles différents d'habitation avec le soutien d'intervenants pour des personnes avec des troubles psychiatriques sévères et/ou sans domicile fixe publiées entre 1988 et 2002 montre que, quelque soit le type d'habitation avec soutien, les participants font preuve de stabilité résidentielle et sont moins à risque d'itinérance et d'être hospitalisés. En effet, la relation entre le professionnel et l'utilisateur est au cœur du processus de retour à l'autonomie et à une vie épanouissante et satisfaisante. La qualité des relations sociales, selon une étude qualitative suédoise (Schön et al, 2009) auprès de 58 patients, semble également être une des clés au processus social du rétablissement

Un lien épistémologique se dessine alors entre le concept de rétablissement et celui de la qualité de vie. Iyer et al (2005, p.43), en ce sens, définissent le rétablissement comme « *aller au-delà des incapacités fonctionnelles liées à la maladie mentale et atteindre la meilleure qualité de vie possible* ». Une étude de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec (Arsenault et al., 2012) sur la validation de forme et de contenu d'une nouvelle échelle (QRSS-30) mesurant la qualité de vie/satisfaction et le rétablissement montre que le rétablissement et la qualité de vie sont très significativement corrélés (.80 avec une significativité de $< .01$) en utilisant des sous-échelles de différents outils de mesure du rétablissement (RAS-24, MHRM et Empowerment Scale) et le questionnaire sur la qualité de vie et satisfaction, la QRQVS-36. Ceci démontrerait que proportionnellement et relativement, les concepts de rétablissement et de la qualité de vie iraient de paire, concernant le champ psychiatrique. En d'autres termes, le rétablissement, en santé mentale, a pour but, parmi ses objectifs processuels, l'amélioration de la qualité de vie des usagers en psychiatrie.

Inversement, les enquêtes sur le lien entre (l'extrême) précarité et la santé mentale (op. cit. p.7) démontrent une réalité sur le terrain⁵. Ce lien entre santé mentale et précarité comporte deux dimensions. D'une part, le trouble mental tel que les psychoses ou les troubles de la personnalité participent à la précarisation des personnes en altérant leurs aptitudes sociales, économiques, relationnelles. Autrement dit, le trouble psychiatrique diminue la qualité de vie de l'individu touché par ce phénomène de santé. Le rapport Samenta sur la santé et les addictions des personnes sans logement en Ile de France montre aussi que le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques et de l'humeur est dix fois plus important que pour la population générale. Inversement la situation d'exclusion et de précarité entraîne souvent l'apparition de troubles mentaux et la prévalence de la souffrance psychique avec plus d'un tiers de cette population souffrant de troubles psychiatriques sévères. D'autant plus que l'étude de Schiltz et al. (2007) montre qu'il existe des profils distincts d'exclus sociaux qui sont plus affectés par la dépression et l'anxiété.

Le rétablissement, à travers sa validité théorique et empirique, a pour la particularité de proposer, de façon opérationnelle et multidimensionnelle, une nouvelle manière de penser le soin en déplaçant la problématique. En effet, il permet de replacer les usagers de la psychiatrie au centre de leur parcours de santé, et de manière plus globale, au centre de leur projet de vie, mais également de participer à la construction et à la mise en place de

⁵ Pour aller plus en profondeur, voir le guide Précarité et Santé mentale dans *Précarité & Santé Mentale/FNARS*

programmes de soins et de la recherche dans ce domaine. Celle-ci a permis d'élaborer une panoplie d'outils de mesure du rétablissement individuel selon les dimensions qui le composent et malgré une définition relativement floue de par la récence du concept. Parmi ces échelles, nous pouvons citer la CROS 3.0 (Bloom et Miller, 2004), la IMR Scales (Mueser et al., 2004), la MHRM (Bullock et Young, 2003), la POP (Campbell et al., 2004) et la STORI (Andresen et al., 2006). La Recovery Assessment Scale (RAS-41) figure parmi les premiers outils de mesure du rétablissement individuel tandis que la Maryland Assessment of Recovery in People with Mental Illness (MARS) figure parmi les plus récentes. Ce sont les deux outils de mesure cibles de notre présente étude.

1.2. La Maryland Assessment of Recovery in People with Mental Illness, (MARS)

L'élaboration de cet outil se base sur la définition du rétablissement donnée par la SAMHSA⁶, une définition largement acceptée par les usagers de la psychiatrie aux Etats-Unis. Selon cette définition, le rétablissement est « *un cheminement vers la guérison et la transformation qui permet à l'usager de la psychiatrie de vivre une vie pleine de sens au sein des communautés qu'il aura choisies tout en luttant pour atteindre le potentiel humain et la personnalité souhaités.* » (SAMHSA, 2005). Elle s'inscrit donc dans un modèle adapté à l'usager de la psychiatrie, accepté par celui-ci et pour une auto-administration simple. Malgré la relative non-opérationnalité de cette définition, les auteurs considèrent qu'aucune échelle n'est utilisée par des usagers et ne se base sur une définition largement acceptée par ceux-ci comme celle précitée. Ainsi, le but de l'élaboration de ce construit, qui présenterait des caractéristiques psychométriques hautement significatives, réside dans une définition largement acceptée et une utilisation liée à la fois à la recherche mais aussi aux applications pratiques. Il est également destiné à être auto-administré par les usagers.

La MARS se base sur 6/7 des 10 éléments émis par la SAMHSA qui sont : l'auto-détermination (« *self-direction* ») et l'*empowerment*, qui ont fait l'objet d'une combinaison, de la part des auteurs, dû au « *chevauchement substantiel dans leur contenu* » (Drapalski et al, 2012, p. 50) ; deux éléments descripteurs du rétablissement qui sont la globalité (« *holistic* ») et l'inconstance (« *non-linear* ») ; les ressources internes (« *strengths based* ») ; la responsabilité ; et l'espoir. Les autres éléments (« *peer support* », « *individualized or person-centered* » et « *respect* ») ont été exclus par les auteurs car ils « *mettent l'accent sur les*

⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. C'est une agence gouvernementale attachée au US Department Health and Human Services. Elle a pour mission de réduire l'impact de la consommation de drogues et de s'occuper des problématiques liées à la santé mentale. Voir <http://www.samhsa.gov/>

facteurs externes mais également ont été englobés sous d'autres composantes avec lesquels ils se chevauchent » (*ibid.*, p. 50). L'échelle comporte 25 items qui ont été élaborés sous un format générique et sont conjugués à la première personne du singulier. Ils sont également rédigés en évitant la négation et adaptés à un niveau de lecture de CM2⁷ (« *fifth-grade reading level* »). Chaque item est sous forme de proposition et pour chacun d'entre eux, le sujet doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord sur une échelle en cinq points, de 1 = « *not at all* » à 5 = « *very much* »

La première partie de l'élaboration consiste à proposer 67 propositions à un échantillon de 166 sujets recrutés en deux groupes. Le premier groupe est composé de 94 sujets approchés dans 6 services de santé mentale dans l'état de Maryland et le deuxième est quant à lui composé de 73 sujets recrutés dans des cliniques dans l'état du Texas. Les analyses factorielles, exploratoire et confirmatoire, ainsi qu'une analyse en composantes principales ont réduit le nombre d'items à 25 et ont fait ressortir une seule dimension qui explique 45% de la variance totale. L'analyse factorielle confirmatoire a confirmé l'unidimensionalité de la version finale de la MARS avec des indices d'harmonisation probants (CFI = .95 ; Tucker-Lewis Index = .95 ; et RMSEA = .07). Aucune indication n'a été fournie sur cette dimension qui devrait correspondre à la dimension générique du rétablissement. La MARS présente une cohérence interne très satisfaisante (α de Cronbach = .95) et témoigne d'une corrélation de stabilité temporelle, test-retest, satisfaisante ($r = .898$). Bellack et Drapalski (2012) affirment que le temps de passation est inférieur à 10 minutes rendant la MARS facile à utiliser que ce soit pour la recherche ou au sein de services de soins. Cependant, l'étude princeps ne présente pas de données concernant la validité hypothético-déductive, ce qui représente la principale limite de l'outil car nous sommes dans l'incapacité méthodologique d'attester empiriquement s'il mesure effectivement le rétablissement. Les auteurs mènent présentement une étude longitudinale (*ibid.*, p. 59) afin de fournir des informations supplémentaires à propos des propriétés métriques de la MARS quant à la validité de construit, notamment la validité convergente avec d'autres outils de mesure du rétablissement. Jusqu'à présent, la MARS n'a été utilisée au sein d'aucune recherche pour ces mêmes raisons. Cependant, Wallcraft (2012) fait une critique constructive de l'approche des auteurs de la MARS quant à son élaboration et du parti pris de ces derniers à propos de l'opérationnalisation du paradigme.

⁷ A noter que dans une publication plus récente, les auteurs mentionnent que le niveau de lecture correspondrait à un niveau de CM1 (« *fourth-grade* »). Voir Bellack, A. S. & Drapalski, A. (2012). Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* ; 11 : 156-160

1.3. La Recovery Assessment Scale (RAS-41)

La RAS figure parmi les premiers outils de mesure du rétablissement. Son élaboration, en 1995, a été faite dans le but d'évaluer des programmes de soin autour du rétablissement tels que le programme de type « *Housing First* » mis en place au Canada (Goering et al., 2011) ou l'évaluation de l'intervention d'éducation sur la maladie mentale menée par des pairs, intitulée BRIDGES⁸ (Cook et al, 2012). Se basant sur les différents aspects du paradigme, son fondement conceptuel se focalise principalement sur l'espoir et l'auto-détermination. Dans l'étude princeps, les auteurs développent l'outil à travers l'analyse narrative des parcours de rétablissement de quatre usagers de la psychiatrie qui a abouti au développement d'une échelle de 39 items. Par la suite une révision de l'outil a été faite après l'administration de celui-ci auprès d'un groupe de 12 sujets. En 1999, Corrigan et al. ont développé la version finalisée de la RAS-41 en rajoutant deux autres items à travers une étude auprès de 35 sujets. Pour la finalisation du construit, un échantillon de 1824 sujets a été constitué dont 1750 questionnaires retenus pour les analyses. L'échantillon est composé d'une population diversifiée, majoritairement féminine (60,1%) et d'origines variées. La RAS comporte 41 items et chaque item se présente sous forme de proposition qui est rédigée à la première personne du singulier. Pour chaque item, le sujet indique son degré d'accord avec la proposition sur une échelle de type Likert en cinq points, de 1 = « *strongly disagree* » à 5 = « *strongly agree* ». Cinq sous-échelles composent la RAS-41 :

- La dimension « la confiance en soi et l'espoir » (« *personal confidence and hope* ») qui regroupe 9 items reflétant l'amour de soi, l'espoir en l'avenir et la capacité de gérer le stress.
- La dimension « la volonté de demander de l'aide » (« *willingness to ask for help* ») regroupe 3 items en lien avec la recherche d'aide de la part des autres.
- La dimension « objectif et recherche de réussite » (« *goal and success orientation* ») regroupe 5 items reflétant le désir de réussir et la capacité d'atteindre ses buts.
- La dimension « l'appui des autres » (« *reliance on others* ») regroupant 4 items qui décrivent l'importance du soutien dans le rétablissement.

⁸ Building Recovery of Individual Dreams and Goal through Education and Support. BRIDGES est un programme annuel qui date de 1994 et qui se déroule dans l'état du Tennessee, où 3500 personnes y participent chaque année.

- La dimension « aucune domination des symptômes » (« *no domination by symptoms* ») regroupe 3 items qui suggèrent que les symptômes ne sont plus centraux dans le processus de rétablissement et dans la vie de la personne.

Notons que 17 items ne sont pas incorporés dans la structure factorielle de l'outil. Ainsi, en 2004, Corrigan et al. ont procédé aux analyses factorielles exploratoire et confirmatoire afin de rendre compte de la structure factorielle de la RAS. L'analyse factorielle exploratoire (AFE) a fait ressortir huit composantes représentant 60% de la variance totale. Par la suite, l'analyse factorielle confirmatoire (AFC), à travers les indices d'harmonisation (NNI, CFI et NFI), montre que le modèle à cinq facteurs est supérieur (CFI=0.93; NNI=0.92; NFI=0.91) au modèle à huit facteurs (moins de .90 pour les trois indices employés). Les composantes 7, 6 et 2 issues de l'AFE ont été enlevées pour finalisée la structure factorielle de la RAS-41. Les cinq dimensions présentées plus haut présentent une cohérence interne satisfaisante pour chacune d'entre elles, allant de .74 à .87 : la confiance en soi et l'espoir ($\alpha = .87$) ; la volonté de demander de l'aide ($\alpha = .84$) ; objectif et recherche de réussite ($\alpha = .82$) ; l'appui des autres ($\alpha = .74$) ; et aucune domination des symptômes ($\alpha = .74$). Une version réduite (RAS-24) de la RAS-41 avec les 24 items constituant les cinq dimensions est proposée à la suite de cette recherche.

La RAS-41 à travers l'échantillon et les différentes applications sur le terrain présente la particularité de pouvoir être administrée auprès d'une population d'utilisateurs de la psychiatrie d'origines culturelles diversifiées. Plusieurs adaptations et validations dans des contextes différents ont été faites, telles que la version japonaise (Chiba et al., 2010) et la version australiennes (Mc Naught et al., 2007). L'utilisation de la RAS est simple car elle peut être utilisée en auto-administration, par entretien individuel ou téléphonique, ou par voie postale et le temps de passation moyen est estimé à 20 minutes. Concernant les propriétés métriques de l'échelle, elle montre une cohérence interne satisfaisante (α de Cronbach = .93) et indique une stabilité temporelle, test-retest, également satisfaisante ($r = .88$). Cependant aucune information n'est fournie à propos de la sensibilité, en particulier, vis-à-vis d'une variation chez l'utilisateur.

Plusieurs échelles ont été utilisées pour attester de la validité de construit, notamment la validité divergente et de ses relations métriques avec ces autres outils de mesure. La RAS est positivement associée à la Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) avec une corrélation de .55. Récemment, Mukolo et al. (2011) ont montré que, sur un échantillon de

110 sujets recrutés dans des centres de soutien dans l'état du Tennessee, la corrélation est de .624 ($p < .000$) pour une estime de soi globale et la corrélation est de .877 ($p < .000$) pour une estime de soi positive. La RAS est également positivement corrélée : à l'Empowerment Scale : Self Orientation (Rogers et al., 1997) = .71 ; au Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983) = .48 ; et la dimension subjective du Quality of Life Interview (Lehman, 1983) = .62.

2. Objectifs et problématique de recherche

Notre problématique découle de la demande institutionnelle de la validation de deux échelles psychométriques mesurant le rétablissement. Premièrement, la validation est demandée dans le but d'une évaluation de programme expérimental de type *Housing First*. De manière plus générale, l'utilisation de ces outils de mesure servent également à situer le niveau de rétablissement des personnes psychiatriquées et éventuellement précarisées afin de mieux adapter les modalités de leur prise en charge et de leur projet de santé. Notre présent travail est d'amorcer de manière exploratoire la procédure de validation des deux outils qui seront utilisés pour l'évaluation. Cette procédure de validation et d'adaptation est appliquée afin de rendre compte des différences contextuelles et linguistiques de l'outil quant à son utilisation au sein de contextes différents de celui de son élaboration originale. En d'autres termes, nous avons pour but de rendre compte des différences psychométriques liées à des facteurs contextuels quant à la mesure objective et standardisée du rétablissement. Deuxièmement, ce mémoire s'inscrit dans une approche psychosociale et vise à objectiver des phénomènes subjectifs et expérientiels. Nous tenterons d'appliquer le regard particulier que Moscovici (1984) propose d'appeler le *regard psychosocial* quant à l'analyse des résultats afin de mettre en lumière les enjeux et les concepts psychosociaux, tels que la qualité de vie, qui émaneraient de cette recherche et de notre échantillon.

2.1. Objectifs de la recherche

Plusieurs objectifs exploratoires orientent notre réflexion quant à la réalisation de ce travail. Notre objectif principal est de rendre compte de la structure des outils de mesure du rétablissement mais également d'avoir un premier aperçu des propriétés métriques ainsi que ses validités nomologique et convergente de ceux-ci. Dans un premier temps, nous procéderons à cerner la validité de contenu afin de voir si les éléments constituant les instruments sont pertinents en ce qui concerne le rétablissement. Nous analyserons la qualité des items composants les outils de mesure mais aussi la structure factorielle ou

dimensionnelle de ceux-ci. En second lieu, nous tenterons de voir les liens éventuels avec d'autres concepts tels que la qualité de vie, générique et spécifique. Afin de rendre compte de facteurs potentiellement pertinents au sein de la recherche, nous avons inclus l'évaluation de la précarité et de la dépression afin d'appréhender le poids de ceux-ci. En effet, la précarité, étant au centre de notre problématique au même titre que les troubles mentaux, nous mesurerons, afin d'objectiver, le niveau de précarité. De la même manière, parmi les troubles mentaux sévères, la dépression sévère fait partie des pathologies ciblées lors des études princeps des deux outils. Nous rendrons compte, de manière objective, de l'état de dépression des participants. Dernièrement, nous tenterons de faire émerger des profils de personnes, à travers les caractéristiques sociodémographiques des participants, pour lesquels les instruments de mesure cibles sont sensibles et discriminants. Pour cela, nous recueillerons des données sociodémographiques pertinentes dans le cadre de la recherche afin de mieux situer les participants à travers un questionnaire de type fiche signalétique. Nous observerons la significativité des relations entre les caractéristiques et les outils psychométriques cibles.

2.2. Problématique et hypothèses

La problématique principale, dans une visée exploratoire, est de tenter de valider deux outils de mesure du rétablissement auprès de personnes sévèrement psychiatriquées mais également grandement précarisées. C'est ce qui constitue l'originalité de ce travail car très peu d'études quantitatives, et plus précisément sur la validation d'échelles de rétablissement sur la juxtaposition de ces deux phénomènes de santé. La procédure de validation consiste à adapter les scores au contexte culturel mais ainsi qu'à la population cible. Dans un souci d'application des échelles sur le terrain, nous explorerons le pouvoir discriminant des items composant ces échelles auprès de notre population cible. Sur le plan méthodologique, nous inclurons des sujets qui soient d'une part sévèrement psychiatriqués et de l'autre sévèrement psychiatriqués et également grandement précarisés. Ainsi la problématique de notre travail est :

« Quelle est la potentielle validité de construit des deux outils de mesure cibles quant au contexte culturel et à la spécificité de la population cible ? »

A la suite des analyses exploratoire de nos résultats, nous pourrons, par la suite émettre des hypothèses quant à la structure factorielle ou dimensionnelle des instruments cibles. Nous émettons cependant l'hypothèse qu'un profil de personne serait pertinent à propos du pouvoir discriminant des échelles cibles. Egalement nous nous attendons à observer une validité convergente significative entre les deux échelles.

3. Méthode et procédure de validation

La procédure de validation de ces échelles se base sur une démarche définitoire (Dickes et al., 1994) qui a pour but de rendre compte de la validité de contenu et de la validité de construit des outils dans leur version française. Concernant la validité de contenu, Apostolidis et Fieulaine (2004, p. 210), affirment que « *les analyses factorielles sont particulièrement adaptées à cet objectif de validation intra-concept, visant à établir l'existence et la structure d'un construit psychologique en mettant en évidence les facteurs latents de variation qui sous-tendent les réponses.* ». D'après Vallerand (1989), plusieurs étapes constituent cette procédure. Premièrement, nous avons procédé à l'étape de traduction comparée version-thème, ou rétro-traduction, et mise en forme des échelles en français à partir des versions originales après l'autorisation des auteurs respectifs. La deuxième étape concerne le pré-test commenté des versions traduites, auprès d'un échantillon d'une part, de personnes sévèrement psychiatriquées et de l'autre, de personnes également sévèrement psychiatriquées et en situation de grande précarité. La finalisation des versions françaises fait également partie de cette étape. Lors de la troisième étape⁹, nous avons administré les versions finalisées des outils auprès d'un échantillon des deux populations cibles décrites précédemment. La vérification empirique de la validité de contenu (analyse de la consistance interne) et de la validité critérielle (les relations potentielles avec d'autres construits) concerne aussi la troisième étape. Pour la suite de la recherche, une quatrième étape concernera la procédure de passation test-retest pour rendre compte de la stabilité temporelle des outils.

3.1. Traduction et finalisation

Nous avons soumis les versions originales à une spécialiste de langue anglaise. Cette dernière a procédé à une première traduction (de l'anglais au français) de tous les items des outils et des consignes des versions originales. A la suite de cette première traduction, une deuxième traduction dans le sens inverse (du français à l'anglais) a été effectuée. Les deux traductions ont ensuite été confrontées dans le but d'être à la fois fidèle aux échelles originales et de vérifier la clarté des items de leur version française. Cette première version traduite de l'échelle a fait l'objet d'un pré-test effectué auprès de quinze sujets (7 recrutés dans un Centre Hospitalier Universitaire à Marseille et 8 au sein d'un dispositif socio-sanitaire à Marseille) avec l'objectif de tester la compréhension des items et l'appréciation globale des

⁹ Notons que, pour la validation finale des outils, la totalité du recueil de données n'a pas encore été atteint. Lors de la soutenance ce présent travail, nous donnerons qu'un aperçu car nous sommes à l'étape de recueil de données et les résultats ne seront que partiels. La passation test-retest n'a pas encore eu lieu.

échelles ainsi que l'opérationnalité de leur consigne respective. Dans le cas de la MARS, les participants devaient répondre 25 items à l'aide d'une échelle de degré d'accord, en 5 points, allant de (1) « Pas du tout » à (5) « Tout à fait » pour chacun d'entre eux. Concernant la RAS-41, les sujets répondaient à l'aide d'une échelle de degré d'accord en 5 points allant de (1) « Totalemment en désaccord » à (5) « Totalemment d'accord » pour chacun des 41 items. Le pré-test a donné des résultats satisfaisants et nous avons rajouté deux modalités de réponse pour la RAS-41, en s'inspirant de la version canadienne francophone de la RAS-24, pour rendre compte du déni de la maladie de la part des sujets. Celles-ci sont « ne souhaite pas répondre car cela concerne votre vie privée » et « n'est pas concerné(e) par la maladie mentale ». Ainsi, nous avons procédé à la finalisation afin de soumettre les deux outils à la validation. Un temps moyen de passation des deux échelles de 20 minutes pour les patients à hôpital et de 35 minutes pour ceux recrutés au sein du service socio-sanitaire. Nous avons également gardé l'ordre de présentation des items des versions originales.

3.2. Population

Pour la recherche finale, l'échantillon sera composé de 300 sujets et divisé en deux groupes. Dans la littérature scientifique, les experts ne s'accordent pas encore sur la manière de calculer la taille minimale requise pour ces échantillons. Cependant, nombre d'entre eux s'accordent sur la recommandation d'un recrutement d'au moins 200 participants (Crocker et Algina, 1986) alors que certains favorisent un ratio (sujets/nombre d'items) de 4 (Pedhazur et Pedhazur-Schmelkin, 1991), ou cinq (Nunally, 1978). Les sans-abris sévèrement psychiatisés constitueront le premier groupe (N = 100) et les personnes sévèrement psychiatisées n'étant pas en situation d'exclusion constitueront le second groupe (N = 200). Concernant l'échantillon de ce présent travail, nous avons procédé à un échantillonnage dit « sur place » de par la difficulté de constituer un échantillon de personnes dormant dans les rues, et ainsi l'accès à cette population est très réduit. Lors de l'élaboration du protocole, nous avons estimé la taille de l'échantillon de notre présent travail à 100 sujets. La passation s'est déroulée au sein de trois structures différentes basées à Marseille susceptibles de rencontrer les sujets : dans deux unités psychiatriques se situant au Pavillon Solaris, à l'Hôpital Ste Marguerite (N= 8; 38,09%) ; dans un service socio-sanitaire accueillant des sans-abris psychiatisés (N= 4 ; 19,04%) ; dans un Groupe d'Entraide Mutuelle (G.E.M) (N= 9 ; 42,86%). A l'hôpital, les questionnaires ont été proposés aux patients en faisant du porte à porte tandis qu'au service socio-sanitaire, ils étaient proposés dans la salle d'attente les jours de consultations sociales et médicales. Au GEM, des prises de rendez-vous ont été effectuées après avoir présenté la

recherche lors d'une réunion d'adhérents. La durée de ce recueil est de quatre mois (d'avril 2013 à juillet 2013). Au total, 21 sujets ont participé, avec leur consentement¹⁰, à la recherche (âge moyen = 44,5; SD = 12; étendue : 20-64 ans) avec la présence de cinq femmes (23,8%) au sein de l'échantillon. La moyenne de la durée du vécu avec la maladie est de 19,04 années (SD= 16, 06 ; étendue : 0-46 années).

Concernant les données sociodémographiques recueillies, 76,2% des sujets sont nés en France tandis que le reste est né dans des anciens protectorats et colonies français (Maroc, Algérie, Laos et Tunisie), dont 3 ayant une autre langue maternelle que le français avec une maîtrise correcte de la langue. 28,6% sont nés à Marseille, 9,5% sont nés à Paris, 9,5% sont nés à Bastia. 10 sujets ont connu l'aide sociale à l'enfance et 6 sujets ont été placés en famille d'accueil. Concernant la situation matrimoniale, 10 sujets sont célibataires, deux sont mariés, 3 sont séparés, 3 sont divorcés, 2 sont veuves, 1 est en concubinage et 9 sujets ont des enfants. Sur le plan de la situation professionnelle, 38,1% sont en invalidité tandis qu'un seul sujet est actif. 12 sujets touchent l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H). 71,4% ont un revenu mensuel se situant entre 500 et 1000€ et 23,8% se situent entre 0 et 500€. 5 sujets sont propriétaires de leur logement, 9 sont locataires, les 7 autres sont en situation de sans domicile fixe ou vivent chez leurs parents. 11 sujets ont vécu en foyer, dont 5 à la DASS. A propos de la situation de sans domicile fixe, quatre sujets l'ont très souvent vécu, quatre l'ont souvent vécu, trois l'ont vécu de temps en temps, quatre l'ont rarement vécu et six sujets ne l'ont jamais vécu. Parmi les sujets qui ont vécu des situations de sans domicile fixe (N= 15), six ne l'accordent pas du tout à des raisons de santé mentale et deux l'attribuent tout à fait à ces raisons. 11 sujets ont déjà vécu dans la rue pour une durée moyenne de 6,45 années (SD= 8,32 ; étendue : 0-25 années). A propos du diagnostic psychiatrique, la majorité se considère schizophrène (N=8), les autres se considérant bipolaires ou ne sachant pas. Dernièrement, la moyenne d'âge de la première hospitalisation est de 29,14 ans (SD= 11,45 ; étendue : 15-52 ans).

Un nombre conséquent de refus (N= 52) a été observé sur le terrain dont 36 provenant des unités hospitalières psychiatriques et 16 issus de la structure socio-sanitaire. A propos du GEM, aucun refus n'est comptabilisé car nous avons opéré sur prises de rendez-vous. Concernant le déroulement des passations, les questionnaires pour la quasi-totalité, ont été

¹⁰ Un certificat de consentement, fait en trois exemplaires, devait être lu, compris, approuvé par le sujet et signé par celui-ci ainsi que l'enquêteur. Voir annexes.

remplis par les sujets en la présence de l'enquêteur pour des raisons liées au terrain (salle fermée et favorisant la confidentialité non disponible ; particularité du public etc.).

3.3. Instruments de mesure

Afin de rendre compte de la validité de contenu et de la validité de construit, nous avons constitué un cahier de questionnaires (*cf.* voir annexes) comprenant les deux construits à valider ainsi que quatre outils de mesure d'autres concepts psychosociaux (S-QoL-18 ; SF12 ; Score EPICES ; et Calgary) . A propos du cahier de questionnaires entier, le temps de passation moyen est de 45,86 minutes (SD= 20,76 ; étendue : 24-110 minutes). Le temps de passation moyen de la MARS est de 6,14 minutes (SD= 3,40 ; étendue : 2-17 minutes) tandis que celui de la RAS est de 9,52 minutes (SD= 3,76 ; étendue : 6-19 minutes).

3.3.1. Schizophrenia Quality of Life (S-QoL-18)

La S-QoL-18, Schizophrenia Quality of Life, a été validée et adaptée au contexte français (Boyer et al., 2010), et permet de mesurer la qualité de vie des patients schizophrènes. Cet outil est une version courte de la S-QoL-41 qui vise à une utilisation clinique plus large et moins coûteuse en temps. Elle a un haut degré de comparabilité avec la S-QoL-41 et est utilisée en auto-administration. Elle est composée de huit dimensions : le bien-être psychologique, l'estime de soi, les relations familiales, les relations amicales, la résilience, le bien-être physique, l'autonomie et la vie sentimentale. Parmi les outils mesurant la qualité de vie chez les patients schizophrènes, la S-QoL-18 présente la particularité d'être la plus courte en nombre d'items et en temps de passation, tout en gardant une bonne acceptabilité. Pour chacun des items, les sujets devaient indiquer leur état actuel allant de « beaucoup moins » à « plus ». Le début et la fin du remplissage sont également à indiquer.

3.3.2. SF-12

La SF-12 (Gandek, Ware, Aaronson et al., 1998) mesurant la qualité de vie globale. Cet outil a été construit à partir de l'échelle SF36. L'étude de choix et de validation des items a été effectuée dans 9 pays européens, dont la France, par les auteurs originaux. La SF-12 permet de calculer deux scores : un score de qualité de vie mentale (MCS ; exemple d'item : « Durant les quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous êtes vous senti(e) calme et détendu(e) ? ») et un score de qualité de vie physique (PCS ; exemple d'item : « Durant les quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités quotidiennes ? »). Elle comporte 8 dimensions :

l'activité physique ; la vie et les relations avec les autres ; les douleurs physiques ; la santé perçue ; la vitalité ; les limitations dues à l'état psychique ; les limitations dues à l'état physique ; la santé psychique. Le score varie de 0 à 100 et plus celui-ci est élevé et plus l'état de santé sera meilleur. Il comporte 12 items avec des modalités de réponses qui diffèrent selon les items. Plusieurs calculs sont nécessaires afin de standardiser les deux scores selon les dimensions de l'outil.

3.3.3. Score Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé (EPICES)

Le score EPICES (Sass et al., 2006) permet de mesurer le niveau de précarité des individus et ce score, quantitatif, varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée). Il comporte 11 items pour deux possibilités de réponses (oui ou non) pour chacun avec une notation spécifique. Le score EPICES est lié aux déterminants socio-économiques de la précarité (catégories socioprofessionnelles, durée du chômage, emploi non stable, CMU), aux indicateurs de mode de vie (tabagisme, sédentarité, prise de psychotropes, absences de suivi médical) et il augmente avec la fréquence des altérations de la santé (obésité, maigreur, etc.). Par ailleurs, il a été observé que « *des valeurs de score EPICES supérieures à 30,2 sont associées à des risques élevés de modes de vie péjoratifs et de mauvaise santé (odds ratio supérieurs à 2). En conséquence, la valeur de 30,2 est généralement utilisée comme seuil de précarité EPICES.* » (Belin, 2007, p. 17-18). Ainsi le score EPICES permet de repérer des individus précaires qui ne seraient pas repérées comme en situation de précarité par d'autres indicateurs socioéconomiques. Le score EPICES, est simple à déterminer, et prend en compte les principales dimensions de la précarité.

3.3.4. Calgary

L'échelle de dépression de Calgary pour les patients schizophrènes (Bernard, Lançon, Auquier, Reine et Le Fur, 1998) est une échelle en 9 items, simple, rapide et facile d'emploi, centrée sur la dimension subjective de la dépression avec un mode de passation de type entrevue structurée. Ainsi, cette échelle ne peut être auto-administrée et nécessite un niveau de connaissance des symptômes liés à la dépression concernant l'enquêteur. Selon Lako et al., (2012), parmi les différentes échelles mesurant la dépression, la Calgary aurait les meilleures validités divergente et convergente (0.77) et la meilleure capacité prédictive (sensibilité 0.88 ; spécificité 0.88) concernant l'évaluation des symptômes de la dépression dans la

schizophrénie. Chaque item comporte une échelle de réponses en 4 points qui va de (0) « Absent » à (3) « sévère ».

4. Résultats

Nous avons effectué l'ensemble des analyses statistiques à l'aide du logiciel SPSS[®]. Les échelles de réponses concernant les deux outils sont dans les deux cas de 1 à 5 et ainsi elles présentent des intervalles égaux. Premièrement, nous avons réalisé des analyses des statistiques descriptives des items avant d'effectuer une analyse factorielle exploratoire. La taille de l'échantillon et le stade de recueil de données ne nous ont pas permis d'aller plus loin dans une analyse plus fine et confirmatoire des outils de mesure. Cependant, nous avons procédé à une corrélation pour avoir un aperçu de la validité de construit (nomologique et divergente). Ces résultats ne sont que partiels et ne permettent pas une validation et une adaptation complète des instruments de mesure. Par ailleurs, le temps moyen de passation totale est de 45,86 minutes, celui de la MARS étant de 6,14 minutes et celui de la RAS-41 étant de 9,52 minutes.

4.1. Sensibilité des items de la MARS

Dans l'ensemble, les items de la MARS proposent une sensibilité satisfaisante au sein de notre échantillon (voir Tableau 1). Selon la théorie classique des tests, avec une moyenne se situant entre 2 et 4 pour une échelle en 5 points. Nous noterons qu'aucun item ne présente une moyenne inférieure à 3, concernant notre échantillon. Plusieurs items ont une moyenne supérieure à 4, parmi lesquels, les coefficients d'asymétrie et de kurtosis ne sont pas inférieurs à 2 en valeur absolue. En effet, les items 3, 5 et 14 sont très peu sensibles sur notre échantillon et démontrent un effet plafond, c'est-à-dire, la modalité de réponse « tout à fait » est très souvent choisie. Nous pouvons le voir à travers une moyenne supérieure à 4 et des indices d'asymétrie et d'aplatissement supérieurs à 2 en valeur absolue. D'autres items adopteraient cette tendance. C'est le cas des items 2, 7, 11, 13, 20 et 25 au travers des indices d'aplatissement et d'asymétrie, élevées et d'une moyenne supérieure à 4.

Tableau 1 : Statistiques descriptives par item de la MARS

Item	Moyenne	Ecart-type	Skewness	Kurtosis
Q1. Je peux influencer certains domaines importants de ma vie.	3,71	1,384	-,682	-,712
Q2. J'ai des capacités qui peuvent m'aider à atteindre mes buts.	4,10	1,221	-1,292	,765
Q3. Je crois qu'il est possible d'aller mieux.	4,48	,873	-1,665	2,117
Q4. Quand j'ai une rechute, je suis sûr de pouvoir me remettre sur les rails.	3,57	1,502	-,543	-1,103
Q5. J'ai des compétences qui m'aident à réussir.	4,24	,995	-1,874	4,618
Q6. Mes forces sont plus importantes que mes faiblesses.	3,52	1,327	-,411	-,771
Q7. Surmonter des défis m'aide à apprendre et à grandir.	4,00	1,378	-1,013	-,553
Q8. Je peux avoir une vie épanouissante et satisfaisante.	3,76	1,261	-,661	-,645
Q9. Il ne tient qu'à moi de fixer mes objectifs.	3,90	1,446	-1,025	-,443
Q10. Je crois que je fais les bons choix dans ma vie.	3,71	1,488	-,865	-,681
Q11. J'ai la responsabilité de faire des changements dans ma vie.	4,19	1,209	-1,527	1,448
Q12. Je me sens bien même quand les autres regardent de haut ma maladie.	3,10	1,670	-,023	-1,794
Q13. Je suis confiant de pouvoir faire des changements positifs dans ma vie.	4,19	1,167	-1,033	-,571
Q14. J'ai la responsabilité de prendre soin de ma santé physique.	4,43	1,121	-2,156	4,134
Q15. Je travaille dur pour trouver comment faire face aux problèmes de ma vie.	3,76	1,411	-,832	-,660
Q16. Je crois que je suis une personne forte.	3,86	1,315	-1,024	,169
Q17. Je suis plein(e) d'espoir concernant l'avenir.	3,81	1,250	-1,133	,663
Q18. Je me sens aimé(e).	3,52	1,365	-,447	-,954
Q19. Habituellement, je sais ce qui est le meilleur pour moi.	3,95	1,359	-1,226	,327
Q20. Je sais que je peux faire des changements dans ma vie même si j'ai une maladie mentale.	4,10	1,179	-1,212	,830
Q21. Je suis capable de fixer mes propres buts dans la vie.	3,90	1,261	-,961	-,172
Q22. Je suis optimiste sur le fait que je puisse résoudre les problèmes que j'aurai à affronter à l'avenir.	3,57	1,207	-,750	,157
Q23. Je peux rebondir après mes problèmes.	3,90	1,338	-,779	-,787
Q24. Je me sens accepté(e) comme je suis.	3,43	1,469	-,421	-1,185
Q25. Je veux faire des choix pour moi-même, même si parfois je fais des erreurs.	4,10	1,300	-1,551	1,494

4.2. Sensibilité des items de la RAS-41

La sensibilité des items de la RAS-41 (voir tableau 2) concernant notre échantillon présente des caractéristiques similaires à celles de la MARS. Elle est satisfaisante sur l'ensemble des items en considérant la théorie classique des tests (une moyenne comprise entre 2 et 4, indices d'aplatissement et d'asymétrie, inférieures à 2 en valeur absolue). Cependant, nombre d'items présentent une moyenne supérieure à 4 et/ou des indices d'asymétrie et de kurtosis supérieures à 2 en valeur absolue. Ceci démontrerait un effet plafond. Les items 1, 3, 10, 12, 13, 18, 22, 26, 31, 32, 33, 35 et 41 présentent cette tendance. Notons également qu'aucun item ne présente une moyenne inférieure à 3. La modalité « Totalemment d'accord » est surreprésentée concernant ces items.

Tableau 2 : Statistiques descriptives par item de la RAS-41

Item	Moyenne	Ecart-type	Skewness	Kurtosis
Q1. J'ai le désir de réussir.	4,33	1,047	-2,069	6,177
Q2. J'ai mon propre plan pour être bien ou aller mieux.	3,73	1,280	-,336	-1,020
Q3. J'ai des objectifs dans la vie que je veux atteindre.	4,27	1,100	-1,737	2,976
Q4. Je crois que je peux atteindre mes objectifs personnels actuels.	4,00	,756	,000	-,931
Q5. J'ai un but dans la vie.	3,93	1,438	-1,063	-,090
Q6. Même quand je ne prends pas soin de moi, d'autres personnes le font.	3,47	1,407	-,194	-1,375
Q7. Je comprends comment je peux contrôler les symptômes de ma maladie mentale.	3,87	1,125	-,950	,058
Q8. Je peux gérer si je tombe malade à nouveau.	3,33	1,345	-,270	-1,002
Q9. Je peux identifier ce qui déclenche les symptômes de ma maladie mentale.	3,80	1,146	-1,056	,885
Q10. Je peux m'aider à aller mieux.	4,20	,862	-,976	1,135
Q11. La peur ne m'empêche pas de vivre comme je veux.	3,33	1,234	-,398	-,551
Q12. Je sais qu'il y a des services de santé mentale qui m'aident.	4,27	1,100	-1,476	1,691
Q13. Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à gérer des symptômes indésirables.	4,40	,632	-1,414	1,329
Q14. Je peux gérer ce qui se passe dans ma vie.	3,80	1,265	-,561	-,644
Q15. Je m'aime.	3,67	1,447	-,620	-,873
Q16. Si les gens me connaissaient vraiment, ils m'aimeraient.	3,87	1,125	-,661	-,645
Q17. Je suis une meilleure personne qu'avant mon expérience de la maladie mentale.	3,60	1,454	-,609	-,787
Q18. Bien que mes symptômes puissent s'aggraver, je peux faire face.	3,33	1,234	-,130	-1,097
Q19. Si je continue à essayer, je continuerais à aller mieux.	4,20	,941	-,498	-1,001
Q20. J'ai une idée de qui je veux devenir.	3,60	1,404	-,516	-1,048
Q21. Les choses n'arrivent pas sans raison.	3,93	1,280	-1,372	1,327
Q22. Quelque chose de bien finira par arriver.	3,93	1,163	-1,437	2,408
Q23. Je suis la principale personne responsable de ma propre amélioration.	3,80	1,320	,004	-1,588
Q24. Je suis plein(e) d'espoir pour mon avenir.	3,67	1,113	-1,097	1,652
Q25. Je continue à avoir de nouveaux centres d'intérêts.	3,87	1,187	-1,236	1,350
Q26. Il est important de s'amuser.	4,47	,834	-1,852	3,620
Q27. Faire face à ma maladie mentale n'est plus le centre de ma vie.	2,93	1,033	-,460	,375
Q28. Mes symptômes interfèrent de moins en moins avec ma vie.	3,47	1,302	-,199	-,785
Q29. Quand mes symptômes surviennent, ils semblent poser des problèmes de moins en moins longtemps.	3,87	,990	-,219	-,817
Q30. Je sais quand demander de l'aide.	3,73	1,335	-1,187	,471
Q31. Je suis prêt(e) à demander de l'aide.	4,20	1,146	-1,429	1,295
Q32. Je demande de l'aide quand j'en ai besoin.	4,20	1,014	-1,083	,274
Q33. Pouvoir travailler est important pour moi.	4,13	1,302	-1,738	2,366
Q34. Je sais ce qui m'aide à aller mieux.	4,00	1,069	-1,427	2,045
Q35. Je peux apprendre de mes erreurs.	4,27	,704	-1,583	3,357
Q36. Je peux gérer le stress.	3,40	1,183	-,505	-,443
Q37. J'ai des personnes sur qui je peux compter.	3,80	1,424	-,910	-,621
Q38. Je peux identifier les signes d'alarme précoces de devenir malade.	3,93	1,163	-,778	-,456
Q39. Même quand je ne crois pas en moi-même d'autres personnes le font.	4,07	,961	-,571	-,870
Q40. Il est important d'avoir une variété d'amis	3,67	1,047	-1,008	,246
Q41. Il est important d'avoir des habitudes saines.	4,53	,516	,311	-2,115

4.3. Analyse Factorielle Exploratoire de la MARS

Les items de la MARS ont été soumis à une analyse factorielle exploratoire en composantes principales (voir Tableau 3). Sept facteurs ont été extraits de l'analyse avec des valeurs supérieures à 1 (Eigenvalue) selon le critère de Catell (1966), d'autant plus que le tracé des valeurs propres montre un éboulis après le septième facteur (*cf.* voir le *scree plot* en annexe). Nous avons également effectué une rotation orthogonale (varimax). Cela confirmerait les sept éléments de la définition du rétablissement, donnée par la SAMHSA, sur lesquels les auteurs de l'étude princeps s'appuient pour l'élaboration de la MARS. Notons que la MARS, selon l'étude originale, est unidimensionnelle après avoir effectué l'analyse factorielle confirmatoire. Ces sept éléments sont l'auto-détermination, l'*empowerment*, la globalité, l'inconstance, les ressources internes, la responsabilité et l'espoir.

Tableau 3 : Analyse en composantes principales, rotation varimax

Item	Facteurs						
	Globalité ($\alpha = .890$)	Espoir ($\alpha = .796$)	Ressources internes ($\alpha = .635$)	Responsabilité ($\alpha = .767$)	<i>Empowerment</i> ($\alpha = .224$)	Auto-détermination ($\alpha = .828$)	Inconstance ($\alpha = .697$)
1			,666	,407			
2	,406		,447	,361			
3						,888	
4	,818						
5			,477		-,446		
6	,358			,506		,522	
7					,750		
8	,693					,436	,409
9			,694				
10	,606	,439	-,321				-,360
11				,842			
12	,829						
13		,858					
14		,856					
15							,877
16	,819						
17	,302	,761					
18					,727		
19	,428		,810				
20	,582				-,380		
21	,543			,312		,421	,428
22			,416			,744	
23	,619	,467					,302
24					,836		
25				,858			

Nous avons affiché uniquement les saturations supérieures à .30

En gras, les items saturés selon la dimension

Les sept facteurs expliquent 78,664% de la variance totale. Les items 4, 8, 10, 12, 16, 20, 21 et 23 sont fortement saturés par le facteur 1 (dimension globalité) qui explique 19,18%

de la variance. Les items 13, 14 et 17 sont associés, de par leur forte saturation, au facteur 2 qui est celui de la dimension espoir. Ce dernier explique 11,51% de la variance. Le facteur 3 sature fortement les items 1, 2, 5, 9 et 19. Il s'agirait de la dimension ressources internes et explique 10,99% de la variance. Les items 25 et 11 sont fortement saturés par le facteur 4. Il est associé à la dimension responsabilité et explique 10,28% de la variance totale. Le facteur 5 est celui de la dimension *empowerment*. Les items 7, 18 et 24 sont fortement saturés par le facteur 5 qui explique 9,65% de la variance. Les items 3, 6 et 22 sont fortement saturés par le facteur 6 qui explique 9,45% de la variance. Il s'agirait de la dimension auto-détermination. Dernièrement, le facteur 7 serait associé à la dimension inconstance et sature fortement l'item 15. Il explique 7,61% de la variance. Cependant, plusieurs items sont saturés par plusieurs facteurs tels que l'item 5 « j'ai des compétences qui m'aident à réussir », saturé de manière quasi égale, par les facteurs 3 (ressources internes) et 5 (*empowerment*). Ceci montrerait l'ambiguïté de l'item quant à son affectation à une dimension au lieu de l'autre. Ces items permettront, par la suite d'émettre des hypothèses quant à l'analyse factorielle confirmatoire. De plus, l'alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) désignant la cohérence interne de l'outil pour notre échantillon est satisfaisant ($\alpha = .858$) tandis que celle de l'étude princeps est de .95. La cohérence interne par bissection est également satisfaisante (Guttman Split-half coefficient = .902). La matrice de corrélation (*cf.* voir annexe) inter-item ne fait ressortir aucun item redondant (si $r > .80$ ou .90).

Pour rendre compte de l'homogénéité de chaque facteur, celle-ci a été mesurée avec le coefficient alpha de Cronbach. L'homogénéité des dimensions Globalité, Espoir, Responsabilité et Inconstance est supérieure à .70. Celle des dimensions Ressources internes et Auto-détermination est supérieure à .60 mais inférieure à .70. La dimension *Empowerment* quant à elle est à .224. Dans une visée exploratoire et afin d'émettre nos hypothèses, nous avons recalculé l'alpha de Cronbach de chaque dimension constituée par les items les plus saturés par le facteur correspondant. L'homogénéité de la dimension Globalité, constituée des items 4, 8, 10, 12, 16, 20, 21 et 23, passe de .890 à .886. Ainsi une modification mineure est opérée concernant l'homogénéité de la dimension Globalité. Concernant celle de la dimension Espoir, constituée des items 13, 14 et 17, son homogénéité passe de .796 à .815. Ainsi, la réduction d'items (10 et 23) augmente l'homogénéité de cette dimension. A propos de la dimension ressources internes, composée des items 1, 2, 5, 9 et 19, son homogénéité passe de .635 à .744. La réduction des items 10 et 22 de cette dimension augmente considérablement son homogénéité. Celle de la dimension Responsabilité stagne à .767 même après la réduction

d'items (1, 2, 6 et 21). Quant à l'homogénéité de l'*Empowerment*, elle passe de .224 à .704 avec la réduction des items 5 et 20 qui sont négativement corrélés à cette dimension. L'homogénéité de la dimension Auto-détermination passe de .828 à .720 avec la réduction des items 8 et 21. Ceux-ci sont également fortement corrélés à la dimension Globalité (facteur 1). En réduisant ces deux items du facteur 1, l'homogénéité passe de .886 à .851. En associant l'item 8 à la dimension Auto-détermination, son homogénéité est de .784. L'homogénéité de la dernière dimension, l'Inconstance, est particulière car seul l'item 15 semble corrélérer fortement avec elle. En associant l'item 21, son homogénéité passe de .697 à .631. Nous pouvons d'ores et déjà émettre une première hypothèse qui concerne l'affectation de l'item 8 au facteur 6 (la dimension Auto-détermination) et de l'item 21 au facteur 7 (la dimension Inconstance).

Après cette analyse exploratoire, les dimensions seront composées selon notre hypothèse (H1) comme telle :

- Les items de la dimension Globalité ($\alpha = .851$) : 4, 10, 12, 16, 20 et 23
- Les items de la dimension Espoir ($\alpha = .815$) : 13, 14 et 17
- Les items de la dimension Ressources internes ($\alpha = .744$) : 1, 2, 5, 9 et 19
- Les items de la dimension Responsabilité ($\alpha = .767$) : 11 et 25
- Les items de la dimension *Empowerment* ($\alpha = .704$) : 7, 18 et 24
- Les items de la dimension Auto-détermination ($\alpha = .784$) : 3, 6, 8 et 22
- Les items de la dimension Inconstance ($\alpha = .631$) : 15 et 21

Notre deuxième hypothèse (H2) concernant la structure de la MARS est celle adoptée par l'étude princeps de son évaluation avec un construit unidimensionnel en 25 items.

4.4. Analyse factorielle exploratoire de la RAS-41

Les items de la RAS-41 ont également été soumis à une analyse factorielle exploratoire en composantes principales (voir Tableau 4). Huit facteurs au total ont été extraits de l'analyse avec des valeurs supérieures à 1 selon le critère de Catell, d'autant plus que le tracé des valeurs propres montre un éboulis après le huitième facteur (*cf.* voir le *scree plot* correspondant en annexe). Cependant, la rotation orthogonale (varimax) n'aboutirait pas à une structure identique à celle trouvée dans l'étude princeps (Corrigan et al., 2004).

Tableau 4 : Analyse en composantes principales, rotation varimax

Item	Facteur							
	1 ($\alpha = .951$)	2 ($\alpha = .849$)	3 ($\alpha = .869$)	4 ($\alpha = .777$)	5 ($\alpha = .507$)	6 ($\alpha = .438$)	7 ($\alpha = .279$)	8 ($\alpha = .751$)
1	,902							
2	,802							
3	,871							-,310
4		,594	,330			-,372		-,424
5	,821						-,329	
6			,442		,503			
7				,908				
8	,759		,448	,381				
9	,496					,713		
10		,578			,477		-,309	
11	,682			,505				-,322
12			,744				,401	
13		,784		,441				
14	,786							,348
15	,876							
16		,933						
17		,363		,807				
18	,663		,564					
19		,838						
20	,814					-,490		
21					,904			
22	,850							
23			,350		,586	-,515		
24	,899							
25	,838							
26				,891				
27	,414		,564			,405	,494	
28	,682					,304		
29		,404					-,763	
30	,553		,739					
31			,947					
32			,845					
33				,832				
34	,883							-,323
35		,685		,513	-,316			
36	,628		,537					
37	,512		,559	-,416				,360
38	,774						,338	
39		,694						
40			,761	,313				
41		,799				,436		

Nous avons affiché uniquement les saturations supérieures à .30.

En gras, les items saturés selon la dimension.

Même si les huit facteurs sont également retrouvés au sein de leur étude, les items ne sont pas saturés de manière identique par les mêmes facteurs. Les auteurs ont nommé

uniquement les 5 dimensions retenues après l'analyse factorielle confirmatoire. Celles-ci sont la confiance en soi et l'espoir, la volonté de demander de l'aide, objectif et recherche de réussite, l'appui des autres et aucune domination des symptômes. Les facteurs 7, 6 et 2 ont été enlevés selon la suggestion de l'AFC issue de l'étude princeps. Nous ne nommerons pas les facteurs et les dimensions qui leur sont associées.

Les huit facteurs expliquent 90,233% de la variance totale. Les items 1, 2, 3, 5, 8, 11, 14, 15, 18, 20, 22, 24, 25, 28, 34, 36 et 38 sont fortement saturés par le facteur 1 qui explique 29,78% de la variance. Les items 4, 10, 13, 16, 19, 35, 39 et 41 sont fortement saturés par le facteur 2 qui compte pour 13,33% de la variance expliquée. Le facteur 3 sature fortement les items 12, 27, 30, 31, 32, 36, 37 et 40. Il explique 13,28% de la variance. Les items 7, 17, 26 et 33 sont associés de par leur saturation par le facteur 4 qui explique 12,36% de la variance. Les items 6, 21 et 23 sont fortement saturés par le facteur 5. Il explique 6,30% de la variance totale. Le facteur 6 sature l'item 9 et explique 6,24% de la variance. L'item 23 aussi semble être saturé par ce facteur de manière quasi-égale au facteur 5. L'item 29 est fortement saturé par le facteur 7 qui explique 4,995% de la variance. L'item 27 qui est saturé par le facteur 3 est également saturé par le facteur 7 de manière quasi-égale. Et enfin, le facteur 8 semble ne pas plus saturer d'item que les autres facteurs même si nous pouvons considérer que l'item 4 est saturé de manière quasi-égale par ce facteur et le facteur 2. Les items sont saturés par plusieurs facteurs permettront d'émettre des hypothèses quant à l'analyse factorielle confirmatoire. La cohérence interne, d'après l'alpha de Cronbach, de l'outil est satisfaisant ($\alpha = .921$). Elle est également confirmée par le coefficient de cohérence interne par bissection (Guttman Split-half coefficient = .930. Cependant, la matrice de corrélation inter-item (*cf.* voir annexe) révèle des redondances ($r > .80$) au sein de notre échantillon. L'item 1 est fortement corrélé avec les items 3, 14 et 34. L'item 3 est fortement corrélé avec, mis à part l'item 1, l'item 8 et 34. L'item 7 est également fortement corrélé avec l'item 17. L'item 15 est quant à lui fortement corrélé à l'item 24 tandis que l'item 18 est fortement corrélé avec l'item 37. L'item 22 est fortement corrélé avec les items 24 et 25 qui sont eux aussi fortement corrélés entre eux. L'item 24 est corrélé fortement également avec l'item 38. L'item 27 est l'item fortement corrélé avec l'item 30 qui est à son tour fortement corrélés avec l'item 36. Les items 31 et 32 sont fortement corrélés. Enfin, l'item 34 est fortement corrélé avec l'item 38. Concernant l'homogénéité des facteurs de la RAS-41, les facteurs 1, 2, 3, 4 et 8 montre un coefficient supérieur à .70. Les facteurs 5, 6 et 7 ont une homogénéité de .507, de .438 et de .279 respectivement.

Nous nous sommes intéressés, dans une visée exploratoire, à l'homogénéité de chaque facteur quand ceux-ci sont composés des items qui sont fortement saturés par chacun d'entre ces facteurs. Cela nous permettra d'émettre les hypothèses à propos de la structure de l'échelle. Pour le facteur 1, nous avons calculé l'alpha de Cronbach avec la réduction des items 9, 27, 30 et 37. L'homogénéité du facteur 1 passe de .951 à .952. Ceci montre que les items en gras sur le Tableau 4 concernant le facteur 1 font partie de la dimension qu'il propose. Avec le même procédé, l'homogénéité du facteur 2 passe de .849 à .805 en réduisant les items 17 et 29. L'homogénéité du facteur 3, avec la réduction des items 4, 6, 8, 18, 23 et 36, passe de .869 à .887. En réduisant les items 8, 11, 13, 35, 37 et 40, l'homogénéité du facteur 4 passe de .777 à .796. Celle du facteur 5 passe de .507 à .580 avec la réduction des items 10 et 35. L'item 9 est le seul item qui semble être fortement saturé par le facteur 6. En réduisant les items 4, 20, 23, 27 et 41 mais en gardant l'item 28, outre l'item 9, l'homogénéité du facteur 6 passe de .438 à .529. Notons que l'item 28 est fortement saturé par le facteur 1. En le déduisant, l'homogénéité du facteur 1 passe de .951 à .949. Concernant le facteur 7, seul l'item 29 semble être fortement et négativement saturé par celui-ci. En réduisant les items 10, 12, 27 et 38 mais en conservant l'item 5, l'homogénéité du facteur 7 passe de .279 à .481. L'item 5 est également fortement saturé par le facteur 1. En déduisant cet item - ainsi que l'item 28, affecté au facteur 6 - de la composition du facteur 1, l'homogénéité de ce dernier passe de .949 à .947. Le facteur 8 est particulier dans le sens qu'aucun item n'est fortement corrélé par ce dernier mais pourtant les items (3, 4, 11, 14, 34 et 37) qui lui sont associés produisent une homogénéité de .751. L'affectation des items 3, 11 et 34 à ce facteur augmente son homogénéité de .751 à .776. Ces trois items sont affectés au facteur 1. En les déduisant de celui-ci, son homogénéité passe de .947 à .926.

Après cette analyse exploratoire, les facteurs seront composés selon notre première hypothèse (H1) comme telle :

- Les items du facteur 1 ($\alpha = .926$) : 1, 2, 8, 14, 15, 18, 20, 22, 24, 25, 36 et 38
- Les items du facteur 2 ($\alpha = .805$) : 4, 10, 13, 16, 19, 35, 39 et 41
- Les items du facteur 3 ($\alpha = .887$) : 12, 27, 30, 31, 32, 37 et 40
- Les items du facteur 4 ($\alpha = .796$) : 7, 17, 26 et 33
- Les items du facteur 5 ($\alpha = .580$) : 6, 21 et 23
- Les items du facteur 6 ($\alpha = .529$) : 9 et 28
- Les items du facteur 7 ($\alpha = .481$) : 5 et 29
- Les items du facteur 8 ($\alpha = .776$) : 3, 11 et 34

Une deuxième hypothèse est émise concernant la redondance des items au sein de notre échantillon. Parmi les items composant le facteur 1, l'item 15 et l'item 24 sont fortement corrélés. D'autant plus que ce dernier est également fortement corrélé aux items 22, 25 et 38. Selon cette deuxième hypothèse, nous pouvons supprimer l'item 24 de la composition du facteur 1, mais également l'item 22 qui est fortement corrélé à l'item 25 et l'item 1 qui est fortement corrélé à l'item 14. Concernant le facteur 3, l'item 27 est fortement corrélé à l'item 30. De la même manière nous pouvons le désaffecter du facteur 3. Au sein du facteur 4, les items 7 et 17 sont fortement corrélés entre eux. Nous pouvons également supprimer un des deux items. Au sein du facteur 8, les items 3 et 34 sont fortement corrélés. Nous pouvons également en supprimer un des deux items.

Selon notre deuxième hypothèse (H2), la composition structurelle de la RAS-41 serait comme telle :

- Les items du facteur 1 : 2, 8, 14, 15, 18, 20, 25, 36 et 38
- Les items du facteur 2 : 4, 10, 13, 16, 19, 35, 39 et 41
- Les items du facteur 3 : 12, 30, 31, 32, 37 et 40
- Les items du facteur 4 : 17, 26 et 33
- Les items du facteur 5 : 6, 21 et 23
- Les items du facteur 6 : 9 et 28
- Les items du facteur 7 : 5 et 29
- Les items du facteur 8 : 11 et 34

Nous émettons dans un troisième temps l'hypothèse (H3) d'une structure en 5 facteurs, en rejetant les facteurs 5, 6, et 7 car ceux-ci ayant une homogénéité non-satisfaisante :

- Les items du facteur 1 : 2, 8, 14, 15, 18, 20, 25, 36 et 38
- Les items du facteur 2 : 4, 10, 13, 16, 19, 35, 39 et 41
- Les items du facteur 3 : 12, 30, 31, 32, 37 et 40
- Les items du facteur 4 : 17, 26 et 33
- Les items du facteur 5 (8) : 11 et 34

Et enfin, notre dernière hypothèse (H4) concernant la structure de la RAS-41 est celle adoptée par l'étude princeps (Corrigan et al., 2004, p. 1038) :

- Les items de la dimension Confiance en soi et Espoir : 11, 14, 15, 16, 20, 22, 24, 25 et 36
- Les items de la dimension Volonté de demander de l'aide : 30, 31 et 32
- Les items de la dimension Objectif et recherche de réussite : 1, 2, 3, 4 et 5
- Les items de la dimension Appui des autres : 6, 37, 39 et 40
- Les items de la dimension Aucune domination des symptômes : 27, 28 et 29

Notons que d'après les auteurs de l'étude princeps, la structure de la RAS-41 est composée de 5 dimensions et de trois facteurs (7, 6 et 2 issus de leur échantillon) qui ont été rejetés par l'analyse factorielle confirmatoire. Ces trois facteurs sembleraient correspondre aux facteurs 5, 6 et 7, au vu de leur faible homogénéité, issus de notre échantillon. Nos résultats corroboreraient avec ceux de l'étude princeps. D'autant plus que les études sur la validation de la RAS-41 sur le contexte australien (Mc Naught et al., 2007) font état d'une homogénéité interne pour chaque facteur (5 facteurs ont été retenus après l'analyse factorielle confirmatoire) allant de .73 à .91 tandis que celle de l'étude princeps montre une homogénéité allant de .74 à .87. La validation de l'échelle au contexte japonais (Chiba et al., 2010) montre une cohérence interne sur l'échelle entière, avec un alpha de Cronbach de .89. Notre étude fait état d'un alpha de Cronbach de .92 tandis que la cohérence interne issue de l'étude princeps est de .93. Malgré une faible taille de notre échantillon, nos résultats concernant la RAS-41 corroboreraient avec ceux des études de sa validation dans d'autres contextes.

4.5. Validation divergente des deux instruments

Afin de rendre compte de la validité divergente ou discriminante, nous avons calculé une matrice de corrélation (Tableau 5) avec les autres construits constituant le cahier de questionnaires, c'est-à-dire, la SF-12 (score PCS et score MCS), le score EPICES, la S-QoL-18 et la Calgary.

Tableau 5 : Matrice de corrélations

	PCS ¹¹	MCS	EPICES	S-QoL-18	Calgary
MARS	-.270	.256	-.080	.499*	-.414
RAS-41	-.050	-.329	.377	.578*	-.460

*. Corrélation significative à .05

¹¹La PCS et la MCS sont les deux dimensions composant la SF-12. PCS représente le score standardisé sur le plan physique tandis que MCS représente le score standardisé de la partie « mentale » de l'échelle.

Notons que la taille de l'échantillon est faible et ne permet pas de statuer définitivement sur les relations qu'entretiennent ces différents outils. Cependant, nous remarquons, que selon notre échantillon la MARS et la S-QoL-18 sont significativement corrélées à .499 ($p < .05$). Nous pouvons aussi remarquer que la relation entre la MARS et la Calgary est tendancielle ($r = .414$, $p = .062$). Concernant la RAS-41, nous remarquons une corrélation significative à .578 ($p < .05$) mais aussi une corrélation négative, non significative mais tendancielle ($r = -.460$, $p = .084$). Nous avons également effectué une corrélation entre la RAS-41 et la MARS qui est hautement significative ($r = .783$, $p < .001$).

4.6. Lien entre les caractéristiques sociodémographiques et les instruments

Nous nous sommes également intéressés aux éventuels liens entre la MARS, la RAS et les caractéristiques sociodémographiques des sujets et de leurs significativité. Ces caractéristiques sont le lieu de recrutement, l'âge, le sexe, l'aide sociale à l'enfance, la famille d'accueil, la situation matrimoniale, enfant (s'ils sont parents), la situation professionnelle, s'il touche l'Allocation pour Adultes Handicapés (A.A.H), leur revenu mensuel, le vécu en foyer, le vécu en situation de sans domicile fixe et le vécu dans la rue. Nous avons effectué une ANOVA (Tableau 6) pour rendre compte des liens en fonction des différentes modalités des caractéristiques citées précédemment. Au préalable, nous avons effectué une matrice de corrélations qui étaient non significatives entre les deux outils et les données sociodémographiques. L'ANOVA nous montre que la modalité d'avoir vécu une situation de sans domicile fixe serait significative concernant uniquement la MARS. Dans le cas d'une ANOVA ou d'une matrice de corrélations, la taille de l'échantillon est trop faible pour pouvoir rendre compte des liens potentiels entre les caractéristiques sociodémographiques et les outils de mesure. Cependant, les résultats qui en ressortent donnent un aperçu des caractéristiques pertinentes pour cette recherche et qui sont susceptibles d'entretenir des liens significatifs avec chacune des deux échelles. Par exemple, le fait d'avoir des enfants ou pas pourrait être significatif concernant la MARS tandis que les différences entre les catégories de situation matrimoniale seraient significatives pour la RAS-41. Ce ne sont des indications qui pourraient être testées par la suite.

Tableau 6 : ANOVA et caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	MARS - F(p)	RAS-41 F(p)
Lieu de recrutement	1,226 (.466)	.190 (.961)
Age	.441 (.893)	
Sexe	.702 (.729)	.966 (.673)
Aide sociale à l'enfance	1,060 (.536)	.497 (.820)
Famille d'accueil	.286 (.969)	
Situation matrimoniale	.380 (.927)	1,513 (.569)
Enfant	2,321 (.216)	.497 (.820)
Situation professionnelle	.370 (.932)	.819 (.711)
A.A.H	.202 (.954)	
Revenu mensuel	1,060 (.536)	.292 (.913)
Vécu en foyer	.623 (.779)	.497 (.820)
Vécu SDF	11,560* (.015)	.188 (.962)
Vécu dans la rue	.405 (.914)	.497 (.820)

*. Corrélation significative à .05

5. Discussion

5.1. Interprétation et analyse des résultats

De nombreux questionnements surviennent quant aux résultats. A propos de la MARS, selon la qualité des items, nous remarquons une sensibilité satisfaisante avec une majorité d'items ayant des indices d'aplatissement et d'asymétrie respectés selon la théorie classique. Cependant, aucun item ne propose une moyenne inférieure à 3. Nous pouvons d'ores et déjà affirmer, concernant notre échantillon, que la plupart des sujets se positionneraient entre les modalités de réponse « Peut-être », « Quelque peu » et « Tout à fait ». De plus, la moyenne à travers tous les items dans l'étude princeps est de 3,71 tandis que sur notre échantillon elle est de 3,87. Cela renvoie à la désirabilité sociale qui émanerait de la situation de remplissage de la MARS. En effet, les items 2 (« J'ai des capacités qui peuvent m'aider à atteindre mes buts »), 3 (« Je crois qu'il est possible d'aller mieux »), 11 (« J'ai la responsabilité de faire des changements dans ma vie »), 13 (« Je suis confiant de pouvoir faire des changements positifs dans ma vie »), 20 (« Je sais que je peux faire des changements dans ma vie même si j'ai une maladie mentale ») et 25 (« Je veux faire des choix pour moi-même, même si parfois je fais des erreurs ») affichent une moyenne supérieure à 4. Ainsi, pour ces items, la modalité de réponse « Tout à fait » semble être surreprésentée au sein de notre échantillon. Les items 5 (« J'ai des compétences qui m'aident à réussir ») et 14 (« J'ai la responsabilité de prendre soin de ma santé physique »), en sus d'une moyenne supérieure à 4, sont peu sensibles à travers des indices d'aplatissement et d'asymétrie supérieurs à 2 en valeur absolue.

La désirabilité sociale, évoquée plus haut, renvoie à la connaissance que les gens ont de ce qui est perçu comme désirable dans une société. Au sein de la situation de passation, les sujets, à travers les résultats que nous explicitons, perçoivent les réponses qui favoriseraient la désirabilité sociale les concernant. Nous remarquons également les items mentionnés font appel à une norme d'internalité (Dubois, 1994; Jellison & Green, 1981) qui selon Guignard (2010, p.12) « peut être définie comme la valorisation socialement apprise des explications qui accentuent le poids de l'acteur comme facteur causal. ». En effet, à travers l'énoncé de ces items, il est socialement valorisant de montrer dans une situation sociale comme celle du remplissage des questionnaires que nous sommes en capacité de faire des changements dans nos vies et que nous sommes responsable de ce qui s'y passe. D'autant plus que le principe de prévention, à travers ses mises en place et la communication institutionnelle s'y rapportant, a permis à l'individu de devenir l'acteur central de sa propre santé et surtout de le responsabiliser face à elle. Être responsable de sa santé s'est ainsi inscrit en tant que norme sociale véhiculée dans la société. Nos résultats montreraient ainsi que cette norme aurait été également intériorisée par les sujets au sein de notre étude car ils seraient ainsi mieux perçus socialement en renvoyant une image positive d'eux-mêmes à travers la surreprésentation de la modalité de réponse « Tout à fait » concernant ces items. De manière générale, l'observation d'aucune moyenne inférieure à 3 montrerait également cette tendance à la désirabilité sociale. Nous pouvons rapporter ce phénomène au contexte de passation. Effectivement, les passations se sont déroulées au sein de structures médicales ou socio-sanitaires, avec une équipe soignante. Leurs attentes communes concernent une amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie. Concernant le GEM où les adhérents sont plus autonomes, la valeur de désirabilité sociale est également présente car nous avons été identifiés en tant que psychologues, donc comme des professionnels de santé.

Cette tendance se manifesterait également concernant nos résultats de la RAS-41. Effectivement, aucune moyenne des items la composant est inférieure à 3. Cela démontrerait une surreprésentation des modalités de réponse « Ni en désaccord, ni d'accord », « D'accord » et « Totalemtent d'accord ». Aucune information ne nous est donnée quant à cette tendance, à travers la moyenne générale, au sein de l'échantillon de l'étude princeps. Les deux échelles, à travers leur pouvoir discriminant, présenteraient une tendance à faire émerger des moyennes relativement supérieures à la moyenne théorique (2,5) dans l'idéal. Nous pouvons nous

questionner sur la pertinence des items et du concept de présentation de soi¹² comme manifestation d'enjeux normatifs liés au remplissage de ces questionnaires. Il est vrai également que les deux instruments se basent sur une dimension au cœur du concept de rétablissement qui est l'espoir. Cet élément dimensionnel est présent au sein de la structure des deux outils de mesure. Pour aller plus en profondeur, nous pouvons également questionner ces enjeux normatifs quant à ne jamais perdre espoir face à des situations d'extrême souffrance découlant de la juxtaposition de deux stigmates, notamment au sein de structures médicales et socio-sanitaires. Quel est le poids des effets de la structure sur la situation de remplissage qui se déroule au sein de celle-ci ? De l'autre côté, les participants provenant (N= 9 ; 42,9% de l'échantillon) de GEM montreraient aussi cette tendance, or, ce GEM en particulier ne présente pas de caractère médical, mais a pour but de créer du lien social et de mettre en premier plan les ressources internes des adhérents. Il serait ainsi judicieux de cerner le caractère socio-normatif de l'espoir quant à la volonté d'améliorer sa qualité de vie et son autonomie.

La RAS-41 présente aussi, au sein de notre échantillon, un haut taux de redondance parmi les items qui la composent. Nous n'avons pas d'information concernant cette redondance dans l'étude princeps de son élaboration. En effet, les items 1, 3, 7, 8, 14, 15, 17, 18, 22, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 34, 36 et 38 se corrèlent entre eux à plus de .80. Ainsi, 18 items, soit 44% des items sont redondants au sein de notre échantillon. D'une part la faible taille de notre échantillon serait potentiellement une des causes de ce fort taux de redondance mais, d'autre part, nous pouvons également rendre compte de 17 items qui sont rejetés par l'AFC de l'étude princeps. Cependant, les 18 items redondants issus de nos résultats ne correspondent pas aux 17 items (7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 33, 34, 35, 38 et 41) rejetés lors de l'étude originale. Toutefois, nous ne retrouvons pas de redondance parmi les items composant la MARS. Nous pouvons quelque peu émettre l'hypothèse d'un nombre élevé d'item au sein de la RAS-41 d'où le rejet des 17 items par l'AFC lors de l'étude princeps. Néanmoins, les items composant la RAS-41 et ceux de la MARS ne renvoient pas aux mêmes dimensions pour la plupart. Nous pouvons aussi relever les non-réponses au sein de la MARS, concernant notre échantillon, rabaisant le nombre de sujets à travers les exclusions. Effectivement, nous avons rajouté deux modalités de réponse au sein de la RAS-41. Ne pouvant les coder, et se rapprochant de non-réponses, les analyses statistiques ont exclu les sujets et ont ramené le

¹² La présentation de soi est selon Martinot (2002) la composante comportementale du Soi social. Elle « apparaît [...] comme une activité adaptative. » (Lo Monaco & Guimelli, 2008, p. 163)

nombre de sujets à 16. L'échantillon, dans ce cas précis est moins important que celui admis par les analyses se rapportant à la MARS. Cela pourrait également expliquer le taux de redondance élevé à propos de la RAS-41.

Au niveau structurel de la MARS, étant donné le manque d'informations à propos de sa validité de construit et de ses applications sur le terrain, nous ne pouvons faire de comparaisons avec des études qui vont dans ce sens. Cela dit, la structure de l'échelle, selon notre échantillon, fait ressortir 7 dimensions, et expliquent 78,7% de la variance. Elles correspondent aux sept des dix éléments issus de la définition du rétablissement donnée par la SAMHSA. Les objectifs des auteurs étaient de fournir un instrument de mesure qui puisse refléter les attentes des usagers de la psychiatrie dans le sens selon lequel ceux-ci adhéreraient largement à la définition de la SAMHSA et qu'en l'état actuel, aucune échelle élaborée ne propose cette approche. Nos résultats issus de l'analyse factorielle exploratoire montrent effectivement que la MARS serait composée de ces 7 éléments choisis pour son élaboration lors de l'étude princeps. Cependant, peu d'éléments sont fournis sur l'analyse factorielle confirmatoire et des hypothèses concernant la structure. Seule la confirmation d'une échelle unidimensionnelle en 25 items suggérée par l'AFC avec une composante qui explique 45% de la variance. D'autres parts, les indices d'harmonisation sont très satisfaisant (CFI = .95, Tucker-Lewis Index = .95) à propos d'un modèle structurel à un facteur.

Concernant les facteurs mis en exergue lors de l'analyse factorielle exploratoire, nous nous retrouvons face à une structure en 7 dimensions dont l'homogénéité de celles-ci allant de .631 à .851. Les éléments Auto-détermination et *Empowerment* font l'objet d'une combinaison lors de l'étude princeps. Il serait également judicieux lors de l'analyse factorielle confirmatoire d'également combiner ces deux éléments. Cela dit, la taille de l'échantillon actuelle nous donne qu'un aperçu de la structure factorielle de la MARS. Il se pourrait aussi qu'avec une taille plus importante, la structure de la MARS et des items qui composent chaque facteur seraient potentiellement différents. La cohérence interne de la MARS donnée par l'alpha de Cronbach (.858) mais également par le coefficient *Split-half* (.902) de Guttman est satisfaisante. Cela montrerait que d'une part le niveau moyen de corrélation entre les items est satisfaisant et que ceux-ci effectivement le rétablissement de manière générique. D'autre part, la cohérence interne par bissection de l'échelle concernant notre échantillon montrerait que les deux sous-ensembles se corrèlent de manière probante. Dans les deux cas, les items entretiendraient une relation significative avec la variable latente, le rétablissement en l'occurrence, et que ceux-ci auraient un pouvoir discriminant satisfaisant concernant la

mesure du rétablissement. A propos de l'analyse factorielle confirmatoire, par la suite, nous avons pu émettre deux hypothèses à vérifier. Premièrement, nous avons constitué une première structure hypothétique (H1) d'après les items qui sont saturés le plus par un facteur lors de l'analyse factorielle exploratoire. Deuxièmement, nous testerons (H2) la structure adoptée par l'étude princeps, c'est-à-dire, une structure unidimensionnelle avec 25 items comme le suggèrent leur analyse factorielle confirmatoire.

La structure de la RAS-41, selon nos résultats, issus de l'analyse factorielle exploratoire en composantes principales, est composée de 8 facteurs qui expliquent 90,2% de la variance. Cela va dans le sens de l'étude princeps qui a également fait ressortir 8 facteurs pour 60% de la variance expliquée. Cependant, les items composant les huit facteurs ne correspondent pas à ceux de l'étude originale. C'est pour cela que nous n'avons pas nommé de manière identique les facteurs. Par ailleurs, l'analyse factorielle confirmatoire de la recherche princeps suggère une structure en 5 dimensions et rejette 3 facteurs. Concernant l'homogénéité de chaque facteur issu de nos résultats, celle-ci va de .481 à .926. Trois facteurs présentent une homogénéité non-satisfaisante, inférieure à .60 tandis que celles des cinq autres sont supérieures à .77. Cela correspondrait à la structure que propose l'étude princeps. En effet, les facteurs 5, 6, et 7 semble de ne pas mesurer de manière probante la variable latente cible, c'est-à-dire, le rétablissement, mais de manière plus fine, ils semblent ne pas mesurer la dimension à laquelle ils sont respectivement et statistiquement associés. Nous avons, cependant émis une première hypothèse structurale (H1) concernant ces huit facteurs et des items les composant respectivement.

Par ailleurs, nous avons fait remarquer que nombre d'items de la RAS-41 sont redondants. Nous avons ainsi envisagé une alternative concernant la structure potentielle de l'outil. Effectivement, plusieurs items se retrouvant au sein d'un même facteur seraient statistiquement redondants. Dans ce sens, nous avons enlevé quelques items au sein de plusieurs facteurs pour constituer une deuxième hypothèse structurale (H2), toujours en 8 facteurs. Une troisième hypothèse (H3) est émise quant à la structure de l'instrument car au sein des deux précédentes hypothèses de structure, les facteurs 5, 6 et 7 sont toujours présents malgré leur homogénéité non-satisfaisante. Or, pour cette hypothèse, nous suggérons d'enlever ces trois facteurs. Et finalement, notre dernière hypothèse (H4) concernerait le modèle structural adopté par les auteurs de l'étude princeps, en 5 facteurs représentant les dimensions Confiance en soi et Espoir, Volonté de demander de l'aide, Objectif et recherche de réussite, Appui des autres et Aucune domination des symptômes. Notons, que c'est à la

suite de cette étude princeps que la version courte en 24 items de la RAS a pu être opérationnalisée. En effet, les 5 dimensions retenues par l'AFC de cette recherche comportent au total 24 items et les 17 restants composent les 3 facteurs rejetés. Nous avons tenu à procéder à une procédure de validation de la RAS-41 afin de ne pas omettre un ou plusieurs items rejetés lors de la recherche princeps qui seraient susceptibles d'être pertinents dans le contexte français. C'est la raison principale pour laquelle nous avons préféré procéder à la validation de la RAS-41 à celle de la RAS-24.

Concernant la validité nomologique des deux outils, nous avons inclus plusieurs instruments au sein de notre méthodologie qui mesure des concepts présentant une proximité épistémologiques, comme la qualité de vie, mais aussi des concepts en lien avec les spécificités de la population telles que le niveau de précarité et le niveau de dépression. Concernant la qualité de vie, nous avons inclus deux instruments qui mesurent, d'une part, la qualité de vie de manière générique et de l'autre la qualité de manière spécifique, notamment la qualité de vie pour les schizophrènes. Il est primordial de mettre en lien le niveau de rétablissement et la qualité de vie qui s'y rapporte afin de pouvoir évaluer plus finement les programmes se basant sur le rétablissement dans le champ psychiatrique. La mesure du rétablissement doit pouvoir, sans recouvrir, rendre compte de la qualité de vie de celui qui utilise l'instrument de mesure du rétablissement. Nous avons ainsi dressé un réseau nomologique comprenant la SF-12 pour la mesure de la qualité de vie générique, la S-QoL-18 pour la mesure de la qualité de vie chez les schizophrènes, le score EPICES pour évaluer le niveau de précarité du participant et enfin la Calgary pour rendre compte de l'état de dépression du sujet. Nos résultats, que ce soit pour la MARS ou la RAS-41, montrent une corrélation significative, à .05, entre les deux instruments et la S-QoL-18. Cependant, les autres instruments ne présenteraient pas de relation, métrique et statistique, significative avec les deux outils cibles. D'une part, la faible taille de l'échantillon pourrait être une explication, voire un frein, à l'absence de significativité dans la corrélation entre la Calgary, la SF-12 et le score EPICES d'une part et des deux instruments cibles. D'autre part, concernant la corrélation significative entre la S-QoL-18 et les deux instruments de mesure, nous pouvons constater que les trois outils sembleraient avoir été conçus pour une population spécifique, c'est-à-dire, pour les personnes avec un diagnostic psychiatrique de type schizophrénie, entre autres. Effectivement, les outils de mesure du rétablissement ont été élaborés ayant pour but de situer le niveau de rétablissement des personnes sévèrement psychiatriquées. La schizophrénie étant la pathologie psychiatrique sévère type, le rétablissement en tant que

concept s'adresse en premier lieu aux schizophrènes. C'est également le cas pour la S-QoL-18 qui est élaborée afin de rendre compte de la qualité de vie chez les personnes schizophrènes. La significativité de la corrélation entre les deux outils de mesure du rétablissement et la S-QoL-18 démontrerait une proximité épistémologique entre la qualité de vie chez les schizophrènes et le rétablissement. Il semblerait que la mesure du rétablissement permet de rendre compte, du moins partiellement, de la qualité de vie chez les usagers de la psychiatrie. Par ailleurs, avec une taille plus conséquente de l'échantillon, nous pourrions, de manière plus fine et approfondie, rendre compte de cette significativité auprès d'une population à la fois sévèrement psychiatisée et grandement précarisée. En effet, notre échantillon ne permet pas de mettre en exergue les spécificités de cette population précise, concernant la relation entre les concepts et les instruments psychométriques de la qualité de vie et du rétablissement.

Nous avons également observé la validité convergente entre les deux instruments de mesure du rétablissement. En effet, les deux outils sont corrélés de manière très significatives entre eux ($r = .783, p < .001$). Cela démontrerait qu'au sein de notre échantillon, les deux outils mesureraient la même variable latente, le rétablissement. Cela pourrait se confirmer d'autant plus avec une taille plus conséquente. Cela dit, la faible taille de notre échantillon permet de mettre en exergue une validité convergente probante des deux outils ce qui confirmerait nos attentes lors de l'élaboration de notre protocole et de nos objectifs, concernant la validité convergente des deux outils.

En dernier lieu, nous voulions également, à travers nos objectifs de recherche, dresser un profil de participants qui seraient pertinents concernant le pouvoir discriminant des deux instruments de mesure cibles. Pour cela, une fiche signalétique à propos de caractéristiques sociodémographiques et des parcours de vie, a été proposée au sein du cahier de questionnaires. Nous avons ainsi procédé à une ANOVA pour observer du poids des caractéristiques sur la mesure du rétablissement de chaque outil cible. Parmi les différentes caractéristiques recueillies au sein de notre échantillon (voir Tableau 6, p. 35), seul le fait d'avoir vécu dans une situation de sans domicile fixe serait significatif pour la MARS. Cependant, pour la RAS-41, la taille de l'échantillon est plus faible de par les non-réponses d'une part. D'autre part, la taille de l'échantillon ne permet pas de statuer sur la non-significativité des autres caractéristiques. Il semblerait que le fait d'avoir un enfant, le revenu mensuel, d'avoir connu l'aide sociale à l'enfance durant son enfance et le lieu de recrutement seraient potentiellement des facteurs qui influenceraient le pouvoir discriminant de la MARS. Tandis que, concernant la RAS-41, seule la situation matrimoniale pourrait influencer le

pouvoir discriminant de celle-ci. Nous prenons cependant ces informations avec des pincettes, car notre travail est uniquement exploratoire et la taille de l'échantillon est sensiblement trop faible pour prétendre à statuer sur des conclusions empiriquement validées. Il se pourrait également qu'avec une taille plus conséquente, d'autres facteurs puissent être significatifs à propos du pouvoir discriminant de chaque outil. Notre travail montrerait, selon nos objectifs, que la MARS aurait un meilleur pouvoir discriminant concernant les personnes ayant vécu des situations de sans domicile fixe. Seul ce profil a émergé de nos résultats concernant uniquement la MARS et cela confirmerait nos attentes quant à nos objectifs de recherche à propos du profil du participant.

5.2. Limites

Les principales limites que nous avons rencontrées sont en lien avec le terrain. Effectivement, en notre connaissance, aucune étude de procédure de validation d'outils psychométriques n'a été effectuée auprès d'une population qui, à la fois, souffre de troubles psychiatriques sévères et également est en situation de grande à extrême précarité. Pour la plupart des études de validation d'outils de mesure s'inscrivant dans le champ psychiatrique, la population approchée est définie principalement sur la base de troubles mentaux sans pour autant mentionner l'état de précarité des personnes la constituant. Notre présent travail est une approche exploratoire qui s'est confronté à plusieurs contraintes de terrain.

En effet, la première difficulté réside dans le manque de connaissances scientifiques autour de cette population en France et du déroulement de la recherche auprès d'elle. De nombreuses études sociologiques s'intéressent à la précarité et à l'exclusion sociale sans forcément se focaliser en profondeur sur les troubles mentaux et de leurs liens avec la précarisation. La validation d'échelles psychométriques ou les applications de celles-ci au sein de recherches en sciences humaines et sociales ne visent pas pour autant les personnes précarisées et à la fois sévèrement psychiatisées. De l'autre côté, les études sur la validation d'échelles dans le champ psychiatrique ou social se focalisent principalement autour d'une population qui présente des problèmes psychiatriques ou des problèmes sociaux sans considérer les deux thématiques de manière conjointes. Il en va de soi que la jonction des deux problématiques amène à l'émergence de nouvelles problématiques et de stratégies de faire-face. Elle demande ainsi de nouvelles connaissances et un déplacement de ces nouvelles problématiques afin d'être en capacité de recueillir des données objectivées auprès de cette

population de manière éthique et déontologique, c'est-à-dire, en respectant l'intégrité de la personne.

Ainsi, un échantillonnage de type « sur place » a été opéré lors de cette recherche car peu de lieux, communs ou spécifiques, proposent d'aller à la rencontre du public. Ce type d'échantillonnage constitue également une limite pour la recherche. De plus, la complexité du terrain est démontrée par l'écart entre le nombre effectif de sujets ($N= 21$) composant notre échantillon et nos attentes concernant la taille d'échantillon espérée ($N= 100$). Un terrain, court dans le temps (3 mois) et chronophage mais aussi complexe de par les différentes cultures des lieux de recrutement investis et des publics qui s'y rendent, demande un temps d'immersion conséquent. Dans le cas contraire, le taux de refus serait élevé, ce qui est le cas pour notre recherche avec un taux de refus de plus de 71% (21 cahier de questionnaires remplis pour 52 refus). Plusieurs questionnements découlent de ce taux élevé. Premièrement, comme cité plus haut, la spécificité du lieu est un élément important concernant le taux de refus. Effectivement, au sein de l'hôpital où le nombre de refus est de 36, peu de moments propices sont proposés pour permettre le remplissage du cahier de questionnaires. En d'autres termes, les prises de médicaments et des effets de ceux-ci sur les patients mais également les moments de repas laissent très peu de place à un temps conséquent du remplissage (en moyenne 45,86 minutes et pouvant aller jusqu'à 110 minutes) sans compter sur l'état des patients au moment de nos venues. Par la suite, il serait judicieux de négocier avec le personnel dirigeant des différentes unités au sein du service d'un temps de passage régulier. Concernant la structure socio-sanitaire qui accueille des sans-abris présentant des troubles psychiatriques sévères et où le nombre de refus est de 16, il semblerait que les attentes de l'enquêteur et des usagers ne correspondent pas car ils y sont présents pour des raisons urgentes. De plus, ils ne percevraient pas de bénéfices quant à la participation à la recherche. Un manque d'identification de l'enquêteur à l'équipe socio-médicale pourrait également influencer le taux de refus au sein de la structure. L'aide des membres de l'équipe pourrait être précieuse pour favoriser la participation des usagers à la recherche.

La taille de l'échantillon représente également une des limites de la recherche. Effectivement, la faible taille ne permet pas d'accéder à plusieurs attentes méthodologiques et statistiques requises pour effectuer une procédure de validation. Premièrement, nous n'avons pu accéder au test Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser, 1974), ou KMO, qui permet d'indiquer la force de la relation entre les items et de mesurer l'adéquation de l'échantillon. Ainsi, nous ne pouvons statuer sur l'adéquation de l'échantillon par rapport aux instruments de mesure cibles

de la procédure de validation. De plus, la taille de notre échantillon, non-représentatif, ne permet également pas de rendre compte de manière plus fine et approfondie des différents tests statistiques que nous avons opérés. En d'autres mots, les matrices de corrélations issues de nos résultats demandent une taille plus conséquente pour pouvoir rendre compte de la significativité des corrélations demandées. Cela dit, les relations significatives mises en exergue démontreraient alors la force des liens ressortis. Cependant, la non-significativité des corrélations issues de nos résultats ne permet pas de conclure en une absence de la force de celles-ci car la taille représenterait un frein pour valider nos résultats et leurs analyses. Pour cela, nous n'avons pas procédé à une analyse factorielle confirmatoire afin de rendre compte des possibles structures des deux outils de mesure cibles. Cette limite constitue, parmi d'autres, la raison principale d'une visée exploratoire de ce présent travail.

Par ailleurs, une des limites de la recherche concerne les capacités cognitives des participants. En effet, Blanc (2012, p. 313) affirme que « *des capacités métacognitives (notamment) amoindries sont associées chez les patients schizophrènes à une meilleure qualité de vie telle qu'elle est mesurée par le S-QoL¹³* ». Concernant notre échantillon, nous n'avons pas contrôlé les capacités cognitives de nos sujets qui pourraient être un facteur parasite de la recherche et influencer les données recueillies. Le protocole peut être alourdi et présenter des contraintes temporelles supplémentaires lors de la passation si nous incluons des tests sur le plan cognitif. Or, il se pourrait que l'évaluation de la qualité de vie et, dans le même sens, du rétablissement soit biaisée par les capacités cognitives. Effectivement, Blanc (2012, *ibid.*, p. 319) affirme que pour deux personnes atteintes de schizophrénie mais dans un cas, l'une présente des capacités métacognitives (la capacité d'adopter la réflexivité) amoindries et dans l'autre, elle présente des capacités cognitives intactes, « *si l'un et l'autre ont bien une « qualité de vie », le concept n'a pas le même sens pour l'un et pour l'autre.* ». Il se pourrait également que le concept de rétablissement ne porte pas l'un même sens dans un cas et dans l'autre.

En dernier lieu, la barrière de la langue quand celle-ci est importante, est également une limite car elle exclue *de facto* les personnes « remplissant » les conditions d'inclusion dans la recherche notamment, la pathologie et/ou la précarité, car elles sont dans l'incapacité de remplir, de manière auto-administrée, le cahier de questionnaire. L'auto-passation présente une meilleure validité interne concernant la procédure de validation d'échelles. L'auto-

¹³ Des réserves quant à la taille de l'échantillon (N= 31) et des caractéristiques des participants, pour la plupart des hommes atteints de schizophrénie paranoïde.

administration questionne aussi un éventuel biais de par la présence de l'enquêteur pendant la situation de remplissage. Cette présence pourrait influencer les réponses quant aux attentes des participants. Elle pourrait également accentuer la désirabilité sociale que nous aurions identifiée au travers des moyennes des items composant les outils cibles. Pour la suite de la recherche, le remplissage pourrait être effectué sans la présence de l'enquêteur. A la suite du remplissage, nous effectuerons la passation de la Calgary, qui est un questionnaire de type entrevue structurée, qui ne peut donc être auto-administrée.

5.3. Perspectives

La principale perspective consiste à effectuer l'analyse factorielle confirmatoire. Pour cela, nous devons constituer un échantillon de 300 sujets, composé de deux groupes. L'un est constitué de 200 sujets présentant des troubles psychiatriques sévères et l'autre de 100 sujets vivant dans des conditions de grande à extrême précarité et présentant des pathologies psychiatriques sévères. Notre étude nous a donné un aperçu des possibles structures des deux outils de mesure mais nous sommes loin de nombre de sujets nécessaires pour prétendre à valider empiriquement les instruments de mesure dans le contexte français. Cependant, malgré la faible taille de l'échantillon, qui ne permet pas une représentativité de la population concernée par ces instruments de mesure, nos résultats vont, grossièrement, dans le sens des études princeps. Ce travail a permis également de « tester » le protocole élaboré pour une procédure de validation sur un terrain complexe et dans ce sens nous a permis de mettre en exergue les différentes contraintes et les biais possibles.

Ainsi, après le recueil de données auprès de l'échantillon fixé à 300 sujets, nous pourrions à nouveau effectuer une analyse factorielle exploratoire plus fine et approfondie. De là, nous pourrions analyser la qualité des items et leur pouvoir discriminant quant à la mesure du rétablissement. De plus, il sera possible dès lors de faire ressortir des hypothèses structurales pour chaque outil que nous testerons au travers d'analyses factorielles confirmatoires. Egalement, nous serons dans la capacité, avec la taille finale de rendre compte des validités divergentes avec les échelles de mesure de la qualité de vie générique mais spécifique aussi. Il serait intéressant de dresser un profil de personnes pour lesquelles le pouvoir discriminant des outils de mesure du rétablissement est le plus probant, à l'aide des données sociodémographiques, cliniques et de parcours de vie recueillies à travers la fiche signalétique. En somme, nous reprenons les objectifs de cette recherche, améliorés, pour mener la recherche globale à terme. Le processus de recherche étant un processus continu,

couplé à un terrain complexe, nous serons amenés à modifier le protocole, notamment concernant l'évaluation des capacités cognitives des participants. Le taux de refus au sein des structures socio-sanitaires et médicales, important lors de cette recherche, doit également être rediscuté afin de le diminuer. Pour cela, concernant les hôpitaux, un temps de passage au sein de ceux-ci pourrait être négocié auprès des dirigeants des services investis. Concernant les structures socio-sanitaires, un bénéfice pourrait être perçu de la part des participants, tel que le ticket-service, car l'urgence de leur demande et de leur présence au sein de ces structures prévaut sur la participation à la recherche. Ce recours a été effectué lors de la validation de la S-QoL-18¹⁴ auprès de sans-abris usagers de la psychiatrie, à Marseille. Il serait également judicieux que les membres des équipes soignante et sociale participent à favoriser la participation à cette recherche dans la mesure du possible.

Un important travail de terrain doit également être fait afin d'appréhender les normes des différents publics constituant l'échantillon global. En effet, puisque très peu de travaux, sur le plan qualitatif, ont été faits auprès des sans-abris usagers de la psychiatrie et de leurs pratiques ainsi que leurs liens à celles-ci, il serait judicieux de rendre compte de leurs attentes ainsi que de leurs représentations. Certes, nombre de travaux sociologiques sur la précarité, la désaffiliation sociale et l'exclusion sont disponibles mais aucun d'entre eux ne font référence au rapport que les personnes dans ces différentes situations entretiennent avec leur santé psychique, quand ceux-ci sont atteints de pathologies psychiatriques sévères. Un terrain ethnographique pourrait être effectué afin de se familiariser avec ce monde social, les normes qui y sont véhiculées et intériorisées et le rapport qu'il entretient avec les autres mondes sociaux avec lequel il est régulièrement en interaction. Ce travail est primordial afin de pouvoir objectiver des situations à forte valence affective, subjective et expérientielle. Or, le travail de recherche requiert une rigueur méthodologique et un positionnement objectif de la part des chercheurs. Sans ce travail de terrain, il est d'autant plus difficile d'adopter un positionnement objectif lors du recueil de donnée.

Adapter et valider ces deux outils dans le contexte français, selon la demande initiale, consiste à évaluer le programme expérimental « Un Chez Soi D'abord » mis en place et recommandé par le Ministère de la Santé et des Sports dans le cadre de la stratégie nationale 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées. En d'autres termes, la validation permettrait de mesurer la significativité des bénéfices

¹⁴ Cette recherche est toujours en cours et est effectuée par l'équipe de recherche affiliée au programme « Un Chez Soi D'abord ».

possibles du programme en ce qui concerne le rétablissement des participants. Les différentes mises en place de ce programme dans les pays anglo-saxons, pour la plupart, montrent des résultats probants. Ces programmes ont permis de réduire non seulement les durées moyennes d'hospitalisation mais aussi les incarcérations. Selon les sites, 70 à 80 % des personnes sont encore dans leurs logements après 4 ans. Dans une perspective de résultats satisfaisants, ce programme pourrait être étendu sur une majorité du territoire français. Dans ce cas précis, la mise à disposition d'outils de mesure du rétablissement est nécessaire. D'autant plus qu'ils pourraient être utilisés afin de mesurer le rétablissement d'une personne afin d'adapter la prise en charge de celle-ci et de favoriser l'autonomisation et l'autogestion au sein de leurs parcours de vie et de santé. Dans ce sens, une réduction de la durée moyenne d'hospitalisation serait un bénéfice pour l'utilisateur, d'une part et de l'autre pour la sécurité sociale et les réformes hospitalières qui visent une réduction des dépenses budgétaires.

La finalité de cette recherche a pour but de mesurer le rétablissement des usagers de la psychiatrie mais également d'évaluer des programmes se basant sur le rétablissement. Ce concept devient de plus en plus prégnant dans le champ de la psychiatrie. Même si en France, le modèle « paternaliste » persiste en tant que modèle dominant, peu à peu, le rétablissement s'immisce dans le champ de la psychiatrie. D'autant plus, avec la mise en place de programmes de type « *Housing First* », des outils de mesure du rétablissement sont nécessaires afin de pouvoir les évaluer. La validation de ces outils permet à la fois de légitimer scientifiquement et empiriquement la présence et l'application du rétablissement en France mais également demande à ce que le champ de la psychiatrie s'intéresse à ce concept. En d'autres termes, valider et adapter les outils de mesure du rétablissement amène également à ce que nous validions et adaptions le concept même du rétablissement en France, de manière épistémologique et ontologique. De plus, le rétablissement a également pour objectif de rendre l'utilisateur de la psychiatrie acteur de sa santé mais aussi actif dans l'élaboration de programmes et d'outils se basant sur ce concept. Une définition opératoire pourrait également être discutée et mise en place par les professionnels de la psychiatrie, la communauté scientifique experte dans le domaine et les usagers afin de pouvoir élaborer un outil de mesure spécifique au contexte français et adapté aux spécificités du champ psychiatrique français.

Conclusion

Le concept au cœur de notre recherche est un concept récent avec plusieurs définitions opératoires. Les outils de mesure du rétablissement se basent tantôt sur l'une et tantôt sur l'autre. Ce concept est issu, au départ, de la narration expérientielle et subjective des usagers de la psychiatrie qui demandent d'être dorénavant davantage impliqués dans l'amélioration de leur état de santé, sur les différentes dimensions qui composent cette dernière. Ici et là, nous trouverons des éléments inclus dans une définition mais absents dans d'autres. Quoi qu'il en soit, les deux instruments cibles de notre recherche, même si le but de leur élaboration respective diffère, sembleraient mesurer sensiblement, à travers nos résultats, la même variable latente qu'est le rétablissement. En effet, la MARS a pour but de correspondre aux attentes des usagers de la psychiatrie quant au rétablissement et de sa définition institutionnelle sur laquelle elle s'appuie. De l'autre côté, l'élaboration de la RAS-41 s'inspire de l'histoire de vie et de lutte contre la maladie de quatre usagers de la psychiatrie et vise principalement à évaluer des programmes se basant sur le rétablissement. La validité convergente des deux échelles de mesure est hautement significative à travers la corrélation entre elles. Cela prouverait que le concept de rétablissement, sur le plan métrique, serait opérationnel dans le contexte français selon notre échantillon.

Notons que notre recherche est une étude à visée exploratoire. Même si nous ne pouvons mettre que très peu de résultats à profit, elle nous a permis, dans un premier temps, d'élaborer un protocole satisfaisant et fiable et également d'amorcer les premières étapes de la théorie définitoire d'une procédure de validation. Il nous semble que la traduction comparée des items composants les deux outils serait opérationnelle et permet une bonne compréhension et une appréciation de ceux-ci en général ainsi que l'opérationnalité de leur consigne. En deuxième lieu, les résultats issus de notre étude permettent d'avoir un aperçu des différentes perspectives qui émanent des possibles structures des échelles. Les différentes échelles composant le cahier de questionnaires sembleraient être pertinentes au sein du protocole et de la méthodologie choisis et élaborés. Effectivement, la qualité de vie est un concept présentant une proximité épistémologique et pragmatique quant aux différents programmes mis en place autour du processus de rétablissement. Un rétablissement implique *de facto* une amélioration de la qualité de vie chez l'utilisateur de la psychiatrie. Il est important de pouvoir rendre compte de ce lien entre les deux concepts de manière empirique. Nos résultats montreraient que ce lien existerait concernant la qualité de vie spécifique, c'est-à-dire, chez les schizophrènes et potentiellement la dimension psychique de la qualité de vie générique.

Ce lien est important lors d'évaluation de programmes expérimentaux de type *Housing First* récemment mis en place en France.

L'originalité de notre travail consiste également à valider les deux outils auprès d'une population à la fois sévèrement psychiatisée et grandement précarisée. Or, peu d'étude de ce type se sont intéressées à cette population. Notre étude a su mettre en avant la complexité du terrain et des différentes contraintes qui se sont posées face à nous. Un travail d'immersion plus important est nécessaire avant de pouvoir prétendre à recueillir les données auprès de cette population. Les attentes de la recherche ne correspondent pas, dans la majorité des cas, aux attentes des personnes issues de cette population. Même si nous leur fournissons les informations sur le but de la recherche, nous ne semblons pas porter le même sens sur ces mêmes informations. Le terrain est aussi complexe de par la méthode d'échantillonnage de type « sur place » qui permet d'autant plus l'émergence des contraintes issues du terrain.

Concernant les analyses factorielles exploratoires, il semblerait que nos résultats aillent dans le même sens que les études princeps. D'une part, à propos de la MARS, nous retrouvons les éléments de la définition du rétablissement sur laquelle l'étude princeps s'appuie pour élaborer l'instrument. Même si l'instrument original est unidimensionnel, peu d'informations sont données sur l'analyse exploratoire de sa structure et concernant sa validité divergente, les recherches sont présentement en cours. D'autre part, concernant la structure de la RAS-41, nous retrouvons également une structure en huit facteurs. Les différentes validations de l'instrument font également preuve d'une structure finale en 5 dimensions. Nos résultats vont dans le même sens même si la composition de chaque facteur, en termes d'items, n'est pas identique. A propos de la qualité des items, concernant les deux instruments, il semblerait que les modalités de réponses supérieures soient surreprésentées. Par ailleurs, cela est confirmé par l'étude princeps de la MARS. Un fort taux de redondance est également présent uniquement pour la RAS-41. Il se pourrait que la taille de l'échantillon influence ce taux important et reste à vérifier sur la suite de la recherche.

En dernier lieu, la faible taille de notre échantillon ne permet pas d'approfondir nos résultats. Notre prochaine étape est de constituer la base de données nécessaire afin de reconduire des analyses statistiques plus fines, empiriquement et méthodologiquement valables concernant la qualité des items mais également la structure de chaque outil. La fidélité test-retest est également attendue pour rendre compte de la stabilité temporelle de chaque outil. Pour conclure, cette recherche est un point d'étape mais a permis de montrer les

réelles difficultés rencontrées sur le terrain mais elle a également permis de donner des directions futures à prendre pour mener à terme la recherche globale qui consiste à valider et à adapter deux échelles de mesure du rétablissement au contexte français auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères d'une part et de l'autre des personnes sans-abris atteintes de ces même troubles.

Bibliographie

- Andresen R, Caputi P, Oades L. (2006). Stages of Recovery Instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 40 : 972–980
- Anthony W. (1993). Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* ; 16: 11-23.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Vitalo, R. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365–383.
- Anthony, W. A., Cohen, M., & Farkas, M. (1999). The future of psychiatric rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28, 48–68.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité The Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, p. 207-217.
- Belin, S. (2007). *Utilisation du score EPICES pour évaluer la précarité des victimes de violences volontaires*. Thèse de doctorat en médecine, Université de Saint-Etienne.
- Bellack, A. S. & Drapalski, A. (2012). Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* ; 11 : 156-160
- Bernard D., Lançon C. et al.. 1998. Calgary Depression Scale for Schizophrenia: a study of the validity of a French version in a population of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 97, 36-41.
- Blanc, J. (2012). *Enjeux conceptuels de l'évaluation de la qualité de vie ne santé*. Thèse de doctorat d'Aix-Marseille Université
- Bloom, B. L., & Miller, A. (2004). *The Consumer Recovery Outcomes System (CROS 3.0): Assessing clinical status and progress in persons with severe and persistent mental illness*. CROS LLC

- Boyer, L., Simeoni, M-C., Loundou, A., D'Amato, T., Reine, G., Lançon, C., Auquier, P. (2010). The development of the S-QoL 18: A shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121 : 241–250
- Bullock, W. A. & Young, S. L. (2003). The Mental Health Recovery Measure (MHRM). Presented at the 111th annual meeting of the American Psychological Association Meeting, Toronto, Canada.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF
- Campbell, J., Cook, J., Jonikas, J., & Einspahr, K. (2004a). *Peer outcomes protocol questionnaire*. Chicago, IL: University of Illinois at Chicago.
- Cattell, R. B., 1966. The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioural research*, 1, 246–276.
- Chiba, R., Miyamoto, Y. & Kawakami, N. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (RAS) for people with chronic mental illness: scale development. *International Journal of Nursing Studies*; 47(3): 314-322
- Cook, J. A., Steigman, P., Pickett, S., Diehl, S. & al. (2012). Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophrenia Research*; 136: 36-42
- Corrigan P. W., Giffort D., Rashid F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R., & Sangster, Y. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*. 30(4), 1034-1041.
- Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York, NY: CBS College Publishing.
- Cronbach, L. J., 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

- Dickes, P., Tournois, J., Flieller, A. & Kop, J.-L. (1994). *La psychométrie : Théories et méthodes de la mesure en psychologie*. PUF, Paris.
- Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B. & Bellack, A. S. (2012). *Assessing Recovery of People With Serious Mental Illness: Development of a New Scale*. *ps.psychiatryonline.org*. 63(1), 48-53.
- Dubois, N. (1994). *La norme d'intériorité et le libéralisme*. Grenoble : PUG, nouvelle éd., 2009
- Gandek B., Ware J. E., Aaronson N. K., Apolone G., Bjorner J. B., Brazier J. E. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries : results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. *J. Clin. Epidemiol*, 51 (11) : 1171-78
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). *Construction of a scale to measure consumer recovery*. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health.
- Girard, V., Estecahandy, P. & Chauvin, P. (2009). *La santé des personnes sans chez soi : Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Rapport remis au Ministère de la Santé et de Sports.
- Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., et al. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*
- Goffman, E. (1979). *Asiles. Etudes sur la condition des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Guignard, S. (2010). *Approche Socionormative de la Perspective Temporelle Future : opérationnalisations expérimentales*. Mémoire de Master 2.
- Iyer, S. N., Rothmann, T. L., Vogler, J. E. & Spaulding, W. D. (2005). Evaluating Outcomes of Rehabilitation for Severe Mental Illness. *Rehabilitation Psychology*. 50(1), 43–55
- Jellison, J. M., & Green, J. (1981). A self-presentation approach to the fundamental attribution error: The norm of internality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, pp. 643-649.

- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kovess-Masféty, V. (2001). *Précarité et santé mentale*. Reuil-Malmaison : Doin
- Kovess V. & Mangin-Lazarus C. (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* ; 34 : 580-587.
- Lako, I. M., Bruggeman, R., Knegtering, H., Wiersma, D., Schoevers, R. A., Slooff, C. J., & Taxis, K. (2012). A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*, 140, 38-47
- Laporte A., Chauvin P. (2004). *Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. Observatoire du Samu social (Ed.) 227
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 605-609.
- Lehman, A. F. (1983). The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 6, 143-151.
- Lo Monaco, G & Guimelli, C. (2008). Exprimer ses opinions : entre menace identitaire, présentation de soi et coping. In S., Berjot & B., Paty (Ed.), *Stress et faire face aux menaces du Soi et de l'identité*. (pp. 153-182). Reims : EPURE.
- Martinot, D. (2002). *Le soi. Les approches psychosociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble
- McNaught, M., Caputi, P., Audes, L. G. & Deane, F. P. (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 41(5), 450-457
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France
- Mueser, K. T., Gingerich, S., Salyers, M. P., McGuire, A. B., Reyes, R. U., & Cunningham, H. (2004). *The Illness Management and Recovery (IMR) Scales (Client and Clinician Versions)*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

- Mukolo A, Heflinger C & Baxter J. (2011). Recovery and self-esteem: Concurrent validity of the Recovery Assessment Scale. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 15(2) : 41-68
- Nunally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York, NY : McGraw-Hill. (2è édition)
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway. P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2004, December). *An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature*. Pre-Conference Paper prepared for the National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Systems Transformation. Rockville, MD.
- Paul, G. L., & Lentz, R. J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu vs. social learning programs*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pedhazur, E. J. et Pedhazur-Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design, and analysis : An integrated approach*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Ralph, R. O. (1998). *Recovery. Background paper for the surgeon general's report on mental health*. Psychiatric Rehabilitation Skills.
- Ridgway, P. A. (2001). Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 335-343.
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellision, M. L., & Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M.E., & Lyass, A. (2006). Recovery. Promoting Professional Competencies: Perspectives of Mental Health Consumers, Consumer-Providers and Providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

- Sass, C. (2006). Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 14: 93-96.
- Schiltz, L., Houbre, B. & Martiny, C. (2007). Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite : étude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie. *L'Evolution psychiatrique*, 72(3), 453-468
- Schön, U. K., Denhov, A. & Topor, A. (2009) *Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness*. *Int J Soc Psychiatry* ; 55: 336-49.
- Spaulding, W. D., Sullivan, M. E., & Poland, J. D. (2003). *Treatment and rehabilitation of severe mental illness*. New York: Guilford Press.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662–689.
- Wallace, C. J., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., & Yaeger, D. (2001). Psychiatric rehabilitation. In G. O. Gabbard (Ed.), *Treatments of psychiatric disorders, Vol. 1*, 1093–1112. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Wallcraft, J. (2012). Consumer models of recovery: Can they survive operationalism? *World Psychiatry*; 11: 166-167
- Unzicker, R. (1989). On my own: A personal journey through madness and re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), 71-77.
- Young, S. L. & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.

Annexes

Inter-Item Correlation Matrix (MARS)

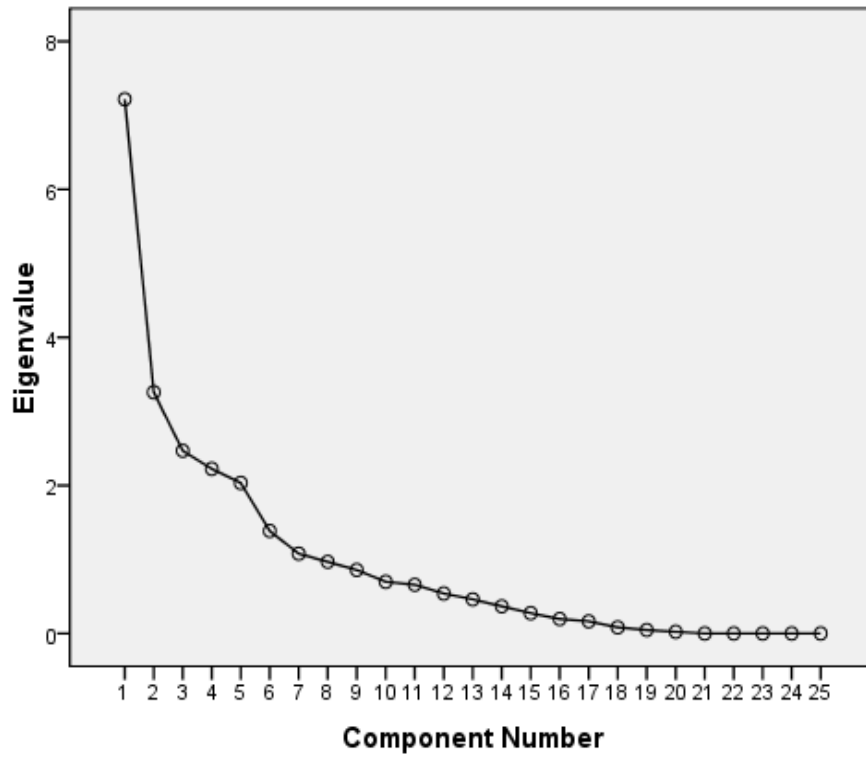
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25
A1	1,000	,224	-,172	-,086	,306	,058	-,184	-,012	,386	-,503	,423	,077	-,150	-,078	,091	,086	,112	,163	,391	,048	,270	,282	,093	,039	,433
A2	,224	1,000	-,092	,350	,392	,245	-,119	,308	,260	-,012	,427	,510	-,154	-,141	,304	,320	,242	,029	,515	,237	,298	,301	,343	-,331	,435
A3	-,172	-,092	1,000	-,027	,036	,335	,125	,426	-,319	-,005	-,090	-,067	,201	,139	,056	,062	,133	-,178	-,317	,245	,270	,536	-,088	-,011	-,174
A4	-,086	,350	-,027	1,000	,339	,294	,241	,550	,256	,502	-,063	,575	,249	,085	,138	,600	,514	-,153	,553	,532	,373	,252	,650	-,117	-,106
A5	,306	,392	,036	,339	1,000	,279	-,219	,406	,399	-,087	,334	,226	,088	-,006	,256	,333	,521	-,391	,341	,491	,338	,464	,281	-,210	,213
A6	,058	,245	,335	,294	,279	1,000	,191	,437	,105	,004	,464	,382	,126	,178	,097	,532	,485	-,104	-,096	,286	,449	,553	,367	,084	,288
A7	-,184	-,119	,125	,241	-,219	,191	1,000	,144	,226	,024	,000	,174	,186	,162	,334	,193	,058	,292	,000	-,092	,316	,090	,027	,469	-,112
A8	-,012	,308	,426	,550	,406	,437	,144	1,000	,151	,308	,359	,557	,338	,005	,444	,672	,541	-,389	,256	,823	,771	,619	,667	-,131	,076
A9	,386	,260	-,319	,256	,399	,105	,226	,151	1,000	-,106	,383	,356	,159	,119	,086	,177	,349	,229	,506	,270	,214	,319	,254	,161	,324
A10	-,503	-,012	-,005	,502	-,087	,004	,024	,308	-,106	1,000	-,218	,414	,551	,257	-,248	,285	,319	-,021	-,032	,244	-,042	-,044	,337	-,124	-,166
A11	,423	,427	-,090	-,063	,334	,464	,000	,359	,383	-,218	1,000	,238	,079	,011	,321	,270	,323	-,003	,097	,337	,406	,367	,444	-,076	,624
A12	,077	,510	-,067	,575	,226	,382	,174	,557	,356	,414	,238	1,000	,170	,004	,074	,712	,273	-,133	,487	,376	,479	,443	,519	-,038	,111
A13	-,150	-,154	,201	,249	,088	,126	,186	,338	,159	,551	,079	,170	1,000	,584	-,062	-,079	,643	,123	-,089	,168	,081	,238	,364	,038	-,210
A14	-,078	-,141	,139	,085	-,006	,178	,162	,005	,119	,257	,011	,004	,584	1,000	,005	-,160	,561	,075	-,183	-,108	-,217	,216	,329	,035	-,167
A15	,091	,304	,056	,138	,256	,097	,334	,444	,086	-,248	,321	,074	-,062	,005	1,000	,331	,342	-,010	,307	,225	,464	,289	,279	,196	,067
A16	,086	,320	,062	,600	,333	,532	,193	,672	,177	,285	,270	,712	-,079	-,160	,331	1,000	,317	-,263	,332	,493	,685	,369	,475	,137	,184
A17	,112	,242	,133	,514	,521	,485	,541	,349	,319	,323	,273	,643	,561	,342	,317	1,000	,003	,230	,386	,337	,540	,587	-,062	,073	
A18	,163	,029	-,178	-,153	-,391	-,104	,292	-,389	,229	-,021	-,003	-,133	,123	,075	-,010	-,263	,003	1,000	,122	-,405	-,173	-,069	-,245	,556	,224
A19	,391	,515	-,317	,553	,341	-,096	,000	,256	,506	-,032	,097	,487	-,089	-,183	,307	,332	,230	,122	1,000	,315	,260	,353	,355	-,114	,031
A20	,048	,237	,245	,532	,491	,286	-,092	,823	,270	,244	,337	,376	,168	-,108	,225	,493	,386	-,405	,315	1,000	,511	,522	,671	-,198	,222
A21	,270	,298	,270	,373	,338	,449	,316	,771	,214	-,042	,406	,479	,081	-,217	,464	,685	,337	-,173	,260	,511	1,000	,497	,380	,131	,341
A22	,282	,301	,536	,252	,464	,553	,090	,619	,319	-,044	,367	,443	,238	,216	,289	,369	,540	-,069	,353	,522	,497	1,000	,314	-,060	,187
A23	,093	,343	-,088	,650	,281	,367	,027	,667	,254	,337	,444	,519	,364	,329	,279	,475	,587	-,245	,355	,671	,380	,314	1,000	-,156	,092
A24	,039	-,331	-,011	-,117	-,210	,084	,469	-,131	,161	-,124	-,076	-,038	,038	,035	,196	,137	-,062	,556	-,114	-,198	,131	-,060	-,156	1,000	,082
A25	,433	,435	-,174	-,106	,213	,288	-,112	,076	,324	-,166	,624	,111	-,210	-,167	,067	,184	,073	,224	,031	,222	,341	,187	,092	,082	1,000

Total Variance Explained (MARS)

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,218	28,872	28,872	7,218	28,872	28,872	4,795	19,179	19,179
2	3,259	13,036	41,908	3,259	13,036	41,908	2,878	11,513	30,692
3	2,469	9,877	51,784	2,469	9,877	51,784	2,748	10,993	41,685
4	2,224	8,895	60,679	2,224	8,895	60,679	2,570	10,280	51,965
5	2,034	8,135	68,814	2,034	8,135	68,814	2,412	9,646	61,611
6	1,384	5,536	74,350	1,384	5,536	74,350	2,362	9,447	71,058
7	1,078	4,314	78,664	1,078	4,314	78,664	1,901	7,605	78,664
8	,968	3,873	82,537						
9	,857	3,430	85,966						
10	,698	2,791	88,757						
11	,658	2,633	91,391						
12	,540	2,160	93,551						
13	,461	1,845	95,395						
14	,367	1,467	96,862						
15	,274	1,098	97,960						
16	,195	,780	98,740						
17	,164	,655	99,395						
18	,082	,327	99,722						
19	,047	,189	99,910						
20	,022	,090	100,000						
21	7,063E-16	2,825E-15	100,000						
22	5,252E-16	2,101E-15	100,000						
23	2,204E-16	8,817E-16	100,000						
24	-5,713E-17	-2,285E-16	100,000						
25	-6,694E-16	-2,678E-15	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Reliability Statistics Split-half (MARS)

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,740
		N of Items	13 ^a
	Part 2	Value	,731
		N of Items	12 ^b
	Total N of Items		25
Correlation Between Forms			,823
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,903
	Unequal Length		,903
Guttman Split-Half Coefficient			,902

a. The items are: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13.

b. The items are: A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25.

Correlations (MARS avec autres construits)

		SE	PCS	MCS	MARS	sqol	calgary
SE	Pearson Correlation	1	,310	-,267	-,080	-,347	,389
	Sig. (2-tailed)		,171	,241	,731	,124	,082
	N	21	21	21	21	21	21
PCS	Pearson Correlation	,310	1	-,279	-,270	-,044	,111
	Sig. (2-tailed)	,171		,221	,237	,849	,632
	N	21	21	21	21	21	21
MCS	Pearson Correlation	-,267	-,279	1	,256	,417	-,540*
	Sig. (2-tailed)	,241	,221		,263	,060	,011
	N	21	21	21	21	21	21
MARS	Pearson Correlation	-,080	-,270	,256	1	,499*	-,414
	Sig. (2-tailed)	,731	,237	,263		,021	,062
	N	21	21	21	21	21	21
Sqol	Pearson Correlation	-,347	-,044	,417	,499*	1	-,224
	Sig. (2-tailed)	,124	,849	,060	,021		,330
	N	21	21	21	21	21	21
calgary	Pearson Correlation	,389	,111	-,540*	-,414	-,224	1
	Sig. (2-tailed)	,082	,632	,011	,062	,330	
	N	21	21	21	21	21	21

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics (MARS)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,857	,858	25

Corrélations inter-item RAS

Inter-Item
Correlation
Matrix (RAS)

	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21	B22	B23	B24	B25	B26	B27	B28	B29	B30	B31	B32	B33	B34	B35	B36	B37	B38	B39	B40	B41	
B1	1.00	.711	.848	.181	.681	.307	.020	.626	.536	.158	.627	.207	.108	.809	.739	.094	.516	.000	.632	.245	.783	.103	.777	.786	.055	.485	.716	.161	.528	.119	.135	.017	.830	.032	.519	.479	.665	.024	.217	.088		
B2	.711	1.00	.765	.148	.533	.204	.321	.678	.302	.246	.648	.403	.229	.627	.758	.023	.284	.422	.107	.771	.076	.659	.431	.736	.445	.192	.202	.466	.030	.457	.058	.044	.109	.679	.005	.406	.165	.611	.101	.018	.014	
B3	.848	.765	1.00	.000	.554	.271	.204	.805	.442	.015	.772	.299	.041	.555	.778	.142	.071	.509	.124	.722	.291	.573	.010	.662	.576	.088	.394	.605	.162	.636	.011	.141	.223	.851	.098	.571	.310	.741	.221	.165	.268	
B4	.181	.148	.000	1.00	.006	.470	.504	.211	.330	.548	.077	.344	.598	.224	.261	.504	.260	.077	.602	.202	.295	.081	.501	.085	.000	.227	.000	.073	.000	.071	.412	.466	.290	.177	.403	.160	.066	.244	.295	.451	.366	
B5	.681	.533	.554	.066	1.00	.089	.094	.566	.338	.300	.295	.123	.110	.738	.675	.436	.123	.698	.327	.623	.036	.766	.105	.700	.790	.270	.189	.628	.144	.362	.078	.039	.109	.697	.019	.437	.551	.424	.210	.206	.051	
B6	.307	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B7	.626	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B8	.020	.626	.536	.158	.627	.207	1.00	.108	.809	.739	.094	.516	.000	.632	.245	.783	.103	.777	.786	.055	.485	.716	.161	.528	.119	.135	.017	.830	.032	.519	.479	.665	.024	.217	.088	.014	.101	.018	.014	.088		
B9	.536	.302	.442	.330	.338	.292	.133	1.00	.503	.133	.545	.548	.258	.582	.130	.409	.211	.338	.034	.297	.325	.043	.116	.365	.190	.014	.756	.070	.289	.303	.022	.078	.338	.793	.059	.589	.011	.374	.211	.075	.323	.254
B10	.681	.533	.554	.066	1.00	.089	.094	.566	.338	.300	.295	.123	.110	.738	.675	.436	.123	.698	.327	.623	.036	.766	.105	.700	.790	.270	.189	.628	.144	.362	.078	.039	.109	.697	.019	.437	.551	.424	.210	.206	.051	
B11	.307	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B12	.626	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B13	.020	.626	.536	.158	.627	.207	1.00	.108	.809	.739	.094	.516	.000	.632	.245	.783	.103	.777	.786	.055	.485	.716	.161	.528	.119	.135	.017	.830	.032	.519	.479	.665	.024	.217	.088	.014	.101	.018	.014	.088		
B14	.536	.302	.442	.330	.338	.292	.133	1.00	.503	.133	.545	.548	.258	.582	.130	.409	.211	.338	.034	.297	.325	.043	.116	.365	.190	.014	.756	.070	.289	.303	.022	.078	.338	.793	.059	.589	.011	.374	.211	.075	.323	.254
B15	.681	.533	.554	.066	1.00	.089	.094	.566	.338	.300	.295	.123	.110	.738	.675	.436	.123	.698	.327	.623	.036	.766	.105	.700	.790	.270	.189	.628	.144	.362	.078	.039	.109	.697	.019	.437	.551	.424	.210	.206	.051	
B16	.307	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B17	.626	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B18	.020	.626	.536	.158	.627	.207	1.00	.108	.809	.739	.094	.516	.000	.632	.245	.783	.103	.777	.786	.055	.485	.716	.161	.528	.119	.135	.017	.830	.032	.519	.479	.665	.024	.217	.088	.014	.101	.018	.014	.088		
B19	.536	.302	.442	.330	.338	.292	.133	1.00	.503	.133	.545	.548	.258	.582	.130	.409	.211	.338	.034	.297	.325	.043	.116	.365	.190	.014	.756	.070	.289	.303	.022	.078	.338	.793	.059	.589	.011	.374	.211	.075	.323	.254
B20	.681	.533	.554	.066	1.00	.089	.094	.566	.338	.300	.295	.123	.110	.738	.675	.436	.123	.698	.327	.623	.036	.766	.105	.700	.790	.270	.189	.628	.144	.362	.078	.039	.109	.697	.019	.437	.551	.424	.210	.206	.051	
B21	.307	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B22	.626	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B23	.020	.626	.536	.158	.627	.207	1.00	.108	.809	.739	.094	.516	.000	.632	.245	.783	.103	.777	.786	.055	.485	.716	.161	.528	.119	.135	.017	.830	.032	.519	.479	.665	.024	.217	.088	.014	.101	.018	.014	.088		
B24	.536	.302	.442	.330	.338	.292	.133	1.00	.503	.133	.545	.548	.258	.582	.130	.409	.211	.338	.034	.297	.325	.043	.116	.365	.190	.014	.756	.070	.289	.303	.022	.078	.338	.793	.059	.589	.011	.374	.211	.075	.323	.254
B25	.681	.533	.554	.066	1.00	.089	.094	.566	.338	.300	.295	.123	.110	.738	.675	.436	.123	.698	.327	.623	.036	.766	.105	.700	.790	.270	.189	.628	.144	.362	.078	.039	.109	.697	.019	.437	.551	.424	.210	.206	.051	
B26	.307	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B27	.626	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B28	.020	.626	.536	.158	.627	.207	1.00	.108	.809	.739	.094	.516	.000	.632	.245	.783	.103	.777	.786	.055	.485	.716	.161	.528	.119	.135	.017	.830	.032	.519	.479	.665	.024	.217	.088	.014	.101	.018	.014	.088		
B29	.536	.302	.442	.330	.338	.292	.133	1.00	.503	.133	.545	.548	.258	.582	.130	.409	.211	.338	.034	.297	.325	.043	.116	.365	.190	.014	.756	.070	.289	.303	.022	.078	.338	.793	.059	.589	.011	.374	.211	.075	.323	.254
B30	.681	.533	.554	.066	1.00	.089	.094	.566	.338	.300	.295	.123	.110	.738	.675	.436	.123	.698	.327	.623	.036	.766	.105	.700	.790	.270	.189	.628	.144	.362	.078	.039	.109	.697	.019	.437	.551	.424	.210	.206	.051	
B31	.307	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B32	.626	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.133	.343	.468	.016	.265	.164	.268	.321	.192	.140	.260	.534	.198	.284	.076	.217	.016	.170	.166	.311	.109	.469	.330	.231	.000	.207	.223	.228	.067	.239	.259	.223	
B33	.020	.626	.536	.158	.627	.207	1.00	.108	.809	.739	.094	.516	.000	.632	.245	.783	.103	.777	.786	.055	.485	.716	.161	.528	.119	.135	.017	.830	.032	.519	.479	.665	.024	.217	.088	.014	.101	.018	.014	.088		
B34	.536	.302	.442	.330	.338	.292	.133	1.00	.503	.133	.545	.548	.258	.582	.130	.409	.211	.338	.034	.297	.325	.043	.116	.365	.190	.014	.756	.070	.289	.303	.022	.078	.338	.793	.059	.589	.011	.374	.211	.075	.323	.254
B35	.681	.533	.554	.066	1.00	.089	.094	.566	.338	.300	.295	.123	.110	.738	.675	.436	.123	.698	.327	.623	.036	.766	.105	.700	.790	.270	.189	.628	.144	.362	.078	.039	.109	.697	.019	.437	.551	.424	.210	.206	.051	
B36	.307	.204	.271	.470	.089	1.00	.138	.088	.292	.																																

Reliability Statistics (RAS)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,922	,921	41

Reliability Statistics Split-Half (RAS)

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,871
		N of Items	21 ^a
	Part 2	Value	,825
		N of Items	20 ^b
	Total N of Items		41
Correlation Between Forms			,890
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,942
	Unequal Length		,942
Guttman Split-Half Coefficient			,930

a. The items are: B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21.

b. The items are: B21, B22, B23, B24, B25, B26, B27, B28, B29, B30, B31, B32, B33, B34, B35, B36, B37, B38, B39, B40, B41.

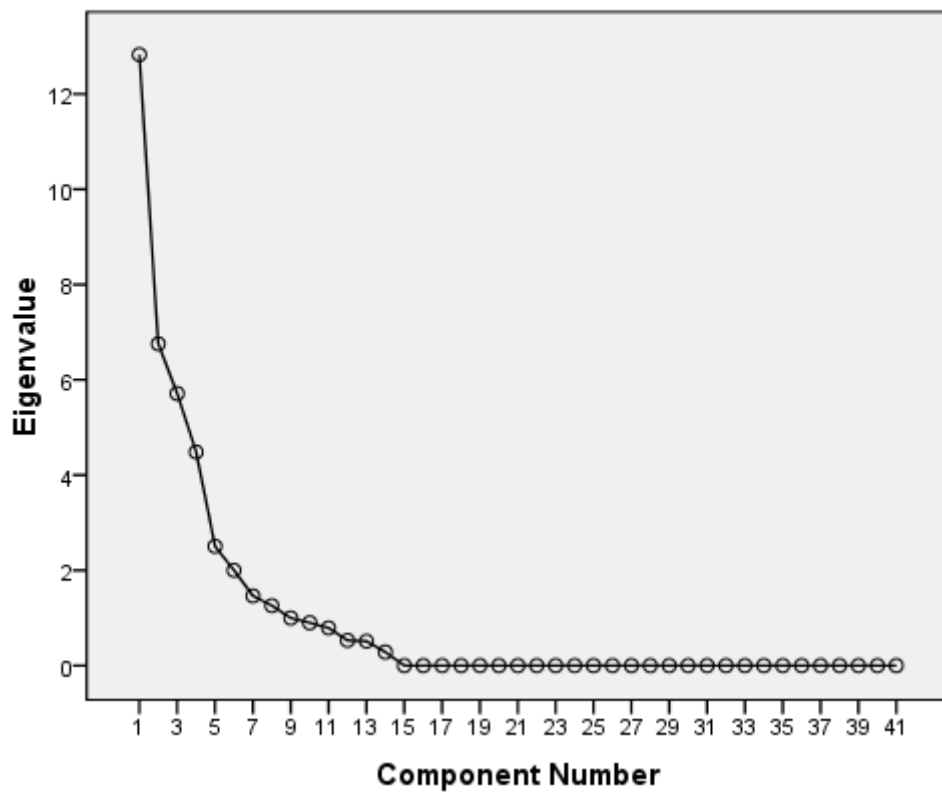
Total Variance Explained RAS

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	12,825	31,281	31,281	12,825	31,281	31,281	12,211	29,782	29,782
2	6,754	16,473	47,754	6,754	16,473	47,754	5,467	13,333	43,115
3	5,710	13,926	61,681	5,710	13,926	61,681	5,445	13,280	56,396
4	4,483	10,933	72,614	4,483	10,933	72,614	5,069	12,364	68,760
5	2,503	6,105	78,719	2,503	6,105	78,719	2,581	6,295	75,055
6	2,000	4,878	83,596	2,000	4,878	83,596	2,558	6,238	81,293
7	1,462	3,565	87,162	1,462	3,565	87,162	2,048	4,995	86,289
8	1,259	3,071	90,233	1,259	3,071	90,233	1,617	3,945	90,233
9	,997	2,432	92,666						
10	,898	2,190	94,855						
11	,789	1,924	96,779						
12	,527	1,285	98,064						
13	,511	1,246	99,310						
14	,283	,690	100,000						
15	4,626E-15	1,128E-14	100,000						
16	1,773E-15	4,325E-15	100,000						
17	1,340E-15	3,268E-15	100,000						
18	8,834E-16	2,155E-15	100,000						
19	6,956E-16	1,697E-15	100,000						
20	6,675E-16	1,628E-15	100,000						
21	5,092E-16	1,242E-15	100,000						
22	4,533E-16	1,106E-15	100,000						
23	3,694E-16	9,009E-16	100,000						
24	3,409E-16	8,315E-16	100,000						
25	3,239E-16	7,901E-16	100,000						
26	1,894E-16	4,619E-16	100,000						
27	5,237E-17	1,277E-16	100,000						
28	3,567E-17	8,700E-17	100,000						
29	-1,171E-17	-2,855E-17	100,000						
30	-6,274E-17	-1,530E-16	100,000						
31	-1,108E-16	-2,702E-16	100,000						
32	-1,798E-16	-4,386E-16	100,000						

33	-2,394E-16	-5,840E-16	100,000					
34	-3,099E-16	-7,557E-16	100,000					
35	-4,419E-16	-1,078E-15	100,000					
36	-5,150E-16	-1,256E-15	100,000					
37	-7,002E-16	-1,708E-15	100,000					
38	-7,919E-16	-1,932E-15	100,000					
39	-8,846E-16	-2,158E-15	100,000					
40	-1,007E-15	-2,456E-15	100,000					
41	-1,621E-15	-3,953E-15	100,000					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Correlations

		RAS	SE	PCS	MCS	sqol	calgary
RAS	Pearson Correlation	1	-,050	-,329	,377	,578*	-,460
	Sig. (2-tailed)		,858	,231	,166	,024	,084
	N	15	15	15	15	15	15
SE	Pearson Correlation	-,050	1	,310	-,267	-,347	,389
	Sig. (2-tailed)	,858		,171	,241	,124	,082
	N	15	21	21	21	21	21
PCS	Pearson Correlation	-,329	,310	1	-,279	-,044	,111
	Sig. (2-tailed)	,231	,171		,221	,849	,632
	N	15	21	21	21	21	21
MCS	Pearson Correlation	,377	-,267	-,279	1	,417	-,540*
	Sig. (2-tailed)	,166	,241	,221		,060	,011
	N	15	21	21	21	21	21
sqol	Pearson Correlation	,578*	-,347	-,044	,417	1	-,224
	Sig. (2-tailed)	,024	,124	,849	,060		,330
	N	15	21	21	21	21	21
calgary	Pearson Correlation	-,460	,389	,111	-,540*	-,224	1
	Sig. (2-tailed)	,084	,082	,632	,011	,330	
	N	15	21	21	21	21	21

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

		ASE	FA	F	SDF	VR	MARS	RAS
ASE	Pearson Correlation	1	,452*	,336	,375	,336	,120	,463
	Sig. (2-tailed)		,040	,136	,094	,136	,605	,082
	N	21	21	21	21	21	21	15
FA	Pearson Correlation	,452*	1	,603**	,291	,392	-,119	-,054
	Sig. (2-tailed)	,040		,004	,200	,079	,607	,847
	N	21	21	21	21	21	21	15
F	Pearson Correlation	,336	,603**	1	,578**	,809**	-,176	-,125
	Sig. (2-tailed)	,136	,004		,006	,000	,444	,657
	N	21	21	21	21	21	21	15
SDF	Pearson Correlation	,375	,291	,578**	1	,515*	,131	,220
	Sig. (2-tailed)	,094	,200	,006		,017	,571	,430
	N	21	21	21	21	21	21	15
VR	Pearson Correlation	,336	,392	,809**	,515*	1	-,026	,047
	Sig. (2-tailed)	,136	,079	,000	,017		,912	,868
	N	21	21	21	21	21	21	15
MARS	Pearson Correlation	,120	-,119	-,176	,131	-,026	1	,783**
	Sig. (2-tailed)	,605	,607	,444	,571	,912		,001
	N	21	21	21	21	21	21	15
RAS	Pearson Correlation	,463	-,054	-,125	,220	,047	,783**	1
	Sig. (2-tailed)	,082	,847	,657	,430	,868	,001	
	N	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Nous réalisons une recherche sur le vécu des personnes qui rencontrent des problèmes au niveau de leur santé mentale. Pour ce faire, nous sollicitons votre participation à cette étude. Il est bien évident que, quel que soit votre décision d'accepter ou non de participer, cela n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge ni sur vos relations avec l'équipe soignante.

Nous vous demandons de lire attentivement les questionnaires et de répondre à toutes les questions le plus spontanément et le plus sincèrement possible. **Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Seul votre avis personnel nous intéresse et il sera d'une aide précieuse pour nous**

Les données que nous récoltons ne sont pas nominatives. Ces questionnaires sont **strictement anonymes et confidentiels.**

Nous vous remercions grandement de l'aide que vous apportez à notre recherche car vos réponses nous seront très utiles dans la poursuite de notre enquête.

N° Questionnaire | |_|_|_|

Vous trouverez ci-après une liste de propositions sur vos attitudes et vos croyances au sujet de votre santé et de votre bien-être. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons juste savoir votre opinion personnelle à propos de ces questions. Vos réponses sont anonymes. Lisez attentivement chacune de ces propositions et puis décidez à quel point vous êtes d'accord avec elle, de **Pas du Tout à Tout à Fait**. **Ensuite, entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord** avec chaque proposition en utilisant l'échelle suivante :

Pas du Tout	Pas Vraiment	Peut-être	Quelque Peu	Tout à Fait
1	2	3	4	5

Quel est votre degré d'accord avec cette proposition ?

	Pas du Tout	Pas Vraiment	Peut-être	Quelque Peu	Tout à Fait
1. Je peux influencer certains domaines importants de ma vie.	1	2	3	4	5
2. J'ai des capacités qui peuvent m'aider à atteindre mes buts.	1	2	3	4	5
3. Je crois qu'il est possible d'aller mieux.	1	2	3	4	5
4. Quand j'ai une rechute, je suis sûr de pouvoir me remettre sur les rails.	1	2	3	4	5
5. J'ai des compétences qui m'aident à réussir.	1	2	3	4	5
6. Mes forces sont plus importantes que mes faiblesses.	1	2	3	4	5
7. Surmonter des défis m'aide à apprendre et à grandir.	1	2	3	4	5
8. Je peux avoir une vie épanouissante et satisfaisante.	1	2	3	4	5
9. Il ne tient qu'à moi de fixer mes objectifs.	1	2	3	4	5
10. Je crois que je fais les bons choix dans ma vie.	1	2	3	4	5
11. J'ai la responsabilité de faire des changements dans ma vie.	1	2	3	4	5
12. Je me sens bien même quand les autres regardent de haut ma maladie.	1	2	3	4	5

	Pas du Tout	Pas Vraiment	Peut-être	Quelque Peu	Tout à Fait
13. Je suis confiant de pouvoir faire des changements positifs dans ma vie.	1	2	3	4	5
14. J'ai la responsabilité de prendre soin de ma santé physique.	1	2	3	4	5
15. Je travaille dur pour trouver comment faire face aux problèmes de ma vie.	1	2	3	4	5
16. Je crois que je suis une personne forte.	1	2	3	4	5
17. Je suis plein(e) d'espoir concernant l'avenir.	1	2	3	4	5
18. Je me sens aimé(e).	1	2	3	4	5
19. Habituellement, je sais ce qui est le meilleur pour moi.	1	2	3	4	5
20. Je sais que je peux faire des changements dans ma vie même si j'ai une maladie mentale.	1	2	3	4	5
21. Je suis capable de fixer mes propres buts dans la vie.	1	2	3	4	5
22. Je suis optimiste sur le fait que je puisse résoudre les problèmes que j'aurai à affronter à l'avenir.	1	2	3	4	5
23. Je peux rebondir après mes problèmes.	1	2	3	4	5
24. Je me sens accepté(e) comme je suis.	1	2	3	4	5
25. Je veux faire des choix pour moi-même, même si parfois je fais des erreurs.	1	2	3	4	5

Vous trouverez ci-après une liste de propositions qui décrivent comment les gens se sentent parfois par rapport à eux-mêmes et par rapport à leur vie. S'il vous plaît, écoutez/lisez attentivement chacune des propositions et **indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord avec chacune d'entre-elles**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vos réponses sont anonymes, nous voulons juste savoir votre opinion personnelle. Pour chacune de ces propositions, s'il vous plaît, **indiquez si vous êtes totalement en désaccord (1), en désaccord (2), ni en désaccord, ni d'accord (3), d'accord (4), totalement d'accord (5)**. Si vous **ne souhaitez pas répondre car cela concerne votre vie privée** ou si vous **n'êtes pas concerné(e) par la maladie mentale, cochez la case correspondante**.

	totalem en désaccord	en désaccord	ni en désaccord, ni d'accord	d'accord	totalem d'accord	Vie privée	Pas concerné(e)
1. J'ai le désir de réussir.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai mon propre plan pour être bien ou aller mieux.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai des objectifs dans la vie que je veux atteindre.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je crois que je peux atteindre mes objectifs personnels actuels.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai un but dans la vie.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Même quand je ne prends pas soin de moi, d'autres personnes le font.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je comprends comment je peux contrôler les symptômes de ma maladie mentale.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je peux gérer si je tombe malade à nouveau.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je peux identifier ce qui déclenche les symptômes de ma maladie mentale.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	totalem en désaccord	en désaccord	ni en désaccord, ni d'accord	d'accord	totalem d'accord	Vie privée	Pas concerné(e)
10. Je peux m'aider à aller mieux.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La peur ne m'empêche pas de vivre comme je veux.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je sais qu'il y a des services de santé mentale qui m'aident.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à gérer des symptômes indésirables.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je peux gérer ce qui se passe dans ma vie.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je m'aime.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si les gens me connaissaient vraiment, ils m'aimeraient.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je suis une meilleure personne qu'avant mon expérience de la maladie mentale.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bien que mes symptômes puissent s'aggraver, je peux faire face.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Si je continue à essayer, je continuerais à aller mieux.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai une idée de qui je veux devenir.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	totalem en désaccord	en désaccord	ni en désaccord, ni d'accord	d'accord	totalem d'accord	Vie privée	Pas concerné(e)
21. Les choses n'arrivent pas sans raison.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Quelque chose de bien finira par arriver.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je suis la principale personne responsable de ma propre amélioration.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je suis plein(e) d'espoir pour mon avenir.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je continue à avoir de nouveaux centres d'intérêts.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Il est important de s'amuser.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Faire face à ma maladie mentale n'est plus le centre de ma vie.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mes symptômes interfèrent de moins en moins avec ma vie.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Quand mes symptômes surviennent, ils semblent poser des problèmes de moins en moins longtemps.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je sais quand demander de l'aide.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Je suis prêt(e) à demander de l'aide.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je demande de l'aide quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	totalem en désaccord	en désaccord	ni en désaccord, ni d'accord	d'accord	totalem d'accord	Vie privée	Pas concerné(e)
33. Pouvoir travailler est important pour moi.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je sais ce qui m'aide à aller mieux.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Je peux apprendre de mes erreurs.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Je peux gérer le stress.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. J'ai des personnes sur qui je peux compter.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Je peux identifier les signes d'alarme précoces de devenir malade.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Même quand je ne crois pas en moi-même d'autres personnes le font.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Il est important d'avoir une variété d'amis	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Il est important d'avoir des habitudes saines.	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire, qui a pour but de nous informer sur votre vie de tous les jours et votre santé. Nous souhaitons mieux connaître les conséquences de vos problèmes de santé sur votre vie quotidienne, afin d'améliorer votre prise en charge. Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles.

Répondez à chaque question en cochant la case qui se rapproche le plus de ce que vous pensez ou ressentez actuellement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Certaines des questions posées peuvent toucher à votre vie privée. Elles sont nécessaires pour évaluer tous les aspects de votre santé. Cependant, si une question ne vous concerne pas, ou si vous ne souhaitez pas répondre à une question, passez à la suivante.

Si vous désirez nous communiquer des informations supplémentaires sur certains aspects de votre vie courante, vous pouvez le faire en fin de questionnaire.

Remplir l'heure exacte de début de remplissage du questionnaire

h mn

Cochez pour chaque question la case qui correspond le plus à ce que vous ressentez actuellement. Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

Actuellement, ...	Beaucoup moins	Moins	Un peu moins que souhaité	Autant	Plus
1. j'ai confiance en la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. je me bats pour réussir dans la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. je suis bien dans ma tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. je suis libre de prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. je suis libre d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. je fais des efforts pour travailler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. je suis en bonne forme physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. je suis plein(e) d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. je suis aidé(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. je suis écouté(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. je suis aidé(e) par mes amis (proches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actuellement, ...	Beaucoup moins	Moins	Un peu moins que souhaité	Autant	Plus
14. j'ai une vie sentimentale satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. je réalise mes projets familiaux, sentimentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. j'ai des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. j'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. je suis coupé(e) du monde extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. j'ai du mal à exprimer ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remplir l'heure exacte de fin de remplissage du questionnaire :

h mn

Remarques éventuelles et informations complémentaires

.....
.....
.....

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant une case. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche mais pour chaque question, ne cochez qu'une seule réponse. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles.

Question 1 : En général, vous percevez votre santé comme étant :

Excellente

Très bonne

Bonne

Médiocre

Mauvaise

Question 2 et 3 : Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre-elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

2)efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :

Oui, beaucoup limité(e)

Oui, peu limité(e)

Non, pas du tout limité(e)

3)activités intenses, comme par exemple, monter plusieurs étages par l'escalier

Oui, beaucoup limité(e)

Oui, peu limité(e)

Non, pas du tout limité(e)

Question 4 et 5 : Durant les quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique :

4) Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?

Oui

Non

5) Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?

Oui

Non

Question 6 et 7 : Durant les quatre dernières semaines, en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

6) Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?

Oui

Non

7) Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

Oui

Non

Question 8 : Durant les quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités quotidiennes ?

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Enormément

Question 9 : Durant les quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e)?

En permanence

Très souvent

Souvent

Quelques fois

Enormément

Rarement

Jamais

Questions 10 et 11 : Les questions suivantes concernent votre état d'esprit durant les quatre dernières semaines. Durant les quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où...

10) ... vous êtes-vous senti(e) débordant(e) d'énergie ?

En permanence

Très souvent

Souvent

Quelques fois

Enormément

Rarement

Jamais

11)... vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e) ?

En permanence

Très souvent

Souvent

Quelques fois

Enormément

Rarement

Jamais

Question 12 : Durant les quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence

Une bonne partie du temps

De temps en temps

Rarement

Jamais

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire, qui a pour but de nous informer sur votre niveau de vie actuel et de votre vie quotidienne. Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles.

Répondez à chaque question en choisissant la réponse qui vous convient le mieux et qui se rapproche le plus de ce que vous pensez ou ressentez actuellement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

N°	Question	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?		
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?		
3	Vivez-vous en couple ?		
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?		
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?		
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?		
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?		
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?		
10	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		
11	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		
Total			

Nous vous demandons maintenant de répondre à quelques questions nous permettant de vous situer dans le cadre de cette enquête. Répondez sincèrement, toutes vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

Q1. Vous êtes :

- ₁ Un homme
- ₂ Une femme

Q2. Vous avez ans.

Q3. Quel est votre pays de naissance ?

.....

Q4. Quelle est votre ville de naissance ?

.....

Q5. Quel est le pays de naissance de vos parents ?

.....

Q6a. Quelle est votre langue maternelle ?

.....

→ Q6b. Si ce n'est pas le français, quel est votre niveau de maîtrise du français :

- ₁ Mauvaise
- ₂ Moyenne
- ₃ Bonne
- ₄ Couramment parlé
- ₅ Bilingue

Q7. Avez-vous été en contact, durant votre enfance, avec l'aide sociale à l'enfance ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Q8. Avez-vous été placé(e) en famille d'accueil ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

Q9. Quel est votre statut matrimonial ?

- ₁ Marié(e)
- ₂ En couple
- ₃ Célibataire
- ₄ Séparé(e)
- ₅ Divorcé(e)
- ₆ Pacsé(e)
- ₇ Concubinage
- ₈ Veuf(ve)
- ₉ Autre, précisez :

Q10a. Avez-vous des enfants ?

- ₁ Oui
- ₂ Non

→ Q10b. Si oui, combien ? :

Q11. Quel est votre situation professionnelle ?

- ₁ Actif(ve)
- ₂ Sans emploi
- ₃ Au chômage
- ₄ Recherche d'emploi
- ₅ Invalidité

Si oui, touchez-vous actuellement l'AAH(Allocation aux Adultes Handicapés) ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₆ Au foyer
- ₇ Retraité(e)
- ₈ Etudiant(e)
- ₉ Autre, précisez :

Q12. Quel est votre revenu mensuel, en euros ?

- ₁ Entre 0 et 500€
- ₂ Entre 500 et 1000€
- ₃ Entre 1000 et 1500€
- ₄ Entre 1500 et 2000€
- ₅ Entre 2000 et 2500€
- ₆ Entre 2500 et 3000€
- ₇ Entre 3000 et 3500€
- ₈ > 3500€

Q13. Quel est votre niveau d'étude ?

₁ < BEP

Si oui, avez-vous eu des difficultés scolaires avant le collège ?

₁ Oui

₂ Non

₂ BEP

₃ Baccalauréat

₄ Bac+2

₅ Bac+3

₆ Bac+4

₇ Bac+5

₈ >Bac+5

₉ Autre, précisez :

Q14a. Avez-vous déjà été, ou, êtes-vous propriétaire de votre logement actuel ?

₁ Oui

₂ Non



Q14b. Si non, avez-vous déjà été, ou êtes-vous locataire de votre logement actuel ?

₁ Oui

₂ Non

Q14c. Si vous avez répondu oui à une des deux questions précédentes, depuis combien de temps êtes-vous propriétaire/locataire de votre logement actuel?

.....

Q15b. Avez-vous déjà vécu en foyer ?

₁ Oui

₂ Non



Q15b. Si oui, de quel type ?

₁ CHRS

₂ Hébergement d'urgences

₃ Autre, précisez :

Q16a. Vous êtes-vous déjà trouvé(e) dans une situation de sans domicile fixe ?

₁ Très souvent

₂ Souvent

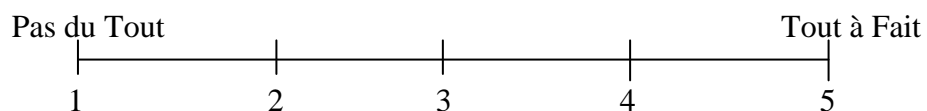
₃ De temps en temps

₄ Rarement

₅ jamais



Q16b. Si vous l'avez déjà été, vous vous êtes trouvé(e) dans la situation de sans domicile fixe par épisode suite à des problèmes de santé mentale. (Entourez le chiffre correspondant)



Q17a. Avez-vous vécu dans la rue ?

₁ Oui

₂ Non

→ Q17b. Si oui, combien de temps ? (additionnez tous les épisodes approximativement)

.....

Q18. Quel est votre diagnostic psychiatrique ?

.....

Q19. A quel âge avez-vous vécu le premier épisode de votre maladie mentale ?

A ans.

Q20. A quel âge avez-vous été hospitalisé(e) pour la première fois ?

A ans.

Merci de votre participation et de votre collaboration

N° Questionnaire |_|_|_|

	Absent	Léger	Modéré	Sévère
1 Dépression	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2 Désespoir	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3 Auto-dépréciation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 Idées de référence associée à la culpabilité	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5 Culpabilité pathologique	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6 Dépression matinale	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7 Eveil hâtif	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8 Suicide	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9 Dépression observée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>