

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

**Evaluer les difficultés, les besoins et les ressources chez les patients souffrant de troubles
psychiques.**

Une approche centrée sur le rétablissement

THÈSE DE DOCTORAT

Présentée à la
Faculté des Sciences Sociales et Politiques
De l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de
Docteur en Psychologie

par
TANJA BELLIER-TEICHMANN

Directeur de thèse
Prof. Valentino Pomini

Jury
Prof. Valentino Pomini, Université de Lausanne
Prof. Charles Bonsack, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Prof. Nicolas Franck, Hôpital Le Vinatier & Université Lyon 1
Prof. Jonas Masdonati, Université de Lausanne
Prof. Catherine Briand, Université de Montréal

LAUSANNE

2017

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

**Evaluer les difficultés, les besoins et les ressources chez les patients souffrant de troubles
psychiques.**

Une approche centrée sur le rétablissement

THÈSE DE DOCTORAT

Présentée à la
Faculté des Sciences Sociales et Politiques
De l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de
Docteur en Psychologie

par
TANJA BELLIER-TEICHMANN

Directeur de thèse
Prof. Valentino Pomini

Jury
Prof. Valentino Pomini, Université de Lausanne
Prof. Charles Bonsack, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Prof. Nicolas Franck, Hôpital Le Vinatier & Université Lyon 1
Prof. Jonas Masdonati, Université de Lausanne
Prof. Catherine Briand, Université de Montréal

LAUSANNE

2017



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences
sociales et politiques

IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Valentino POMINI, directeur de thèse, Professeur à l'Université de Lausanne
- Charles BONSACK, Professeur à l'Université de Lausanne
- Catherine BRIAND, Professeure à l'Université de Montréal
- Nicolas FRANCK, Professeur à l'Université de Lyon 1
- Jonas MASDONATI, Professeur à l'Université de Lausanne

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Tanja BELLIER-TEICHMANN, intitulée :

« Evaluer les difficultés, les besoins et les ressources chez les patients souffrant de troubles psychiques. Une approche centrée sur le rétablissement »

Jean-Philippe LERESCHE
Doyen

Lausanne, le 7 novembre 2017

Résumé

Dans un contexte de psychiatrie sociale et communautaire, le suivi des patients est complexe. Il nécessite des traitements psychosociaux, multimodaux et pluridisciplinaires. Face à cette complexité, le besoin d'une évaluation facilitant un meilleur pilotage de la clinique est prépondérant. Dans cette perspective, les difficultés, les besoins et les ressources apparaissent comme des éléments clés à identifier. Ce type d'évaluation favorise la mise en place d'un traitement clinique adapté, efficace et centré sur le patient.

D'une part, l'objectif de cette thèse est de répondre à des questionnements cliniques sur le type de besoins et de difficultés présents au sein d'une population de patients souffrant de troubles psychiques en utilisant ELADEB, un outil d'auto-évaluation des difficultés et des besoins. D'autre part, l'objectif de ce travail est de développer et valider un nouvel outil d'auto-évaluation des ressources, AERES.

Deux études ont permis d'augmenter les connaissances sur le type de besoins présents chez les patients, de même que les différences en termes d'importance des difficultés et d'urgence des besoins en fonction de la psychopathologie présente.

Les outils standardisés mesurant les ressources et adaptés aux spécificités des patients souffrant de troubles psychiques sont extrêmement rares et peu utilisés dans la pratique clinique. C'est pourquoi, un nouvel outil, AERES, a été développé, puis validé afin de permettre l'identification des ressources internes et externes des patients. Trois études ont permis, premièrement, de tester la faisabilité de cet outil au sein d'une population de patients souffrant de troubles psychiques sévères ; deuxièmement, d'évaluer qualitativement la perception des patients face à ce nouvel outil ; troisièmement, de valider ses propriétés psychométriques, d'identifier les profils de ressources existants chez les patients et d'explorer l'impact d'une telle évaluation.

Une introduction générale inscrit les dimensions des difficultés, besoins et ressources dans le modèle théorique vulnérabilité-stress-ressources. Une discussion finale met en évidence les apports, limites et perspectives futures pour ces deux outils d'auto-évaluation.

Abstract

In the context of social and community psychiatry, patient care is complex. It requires psychosocial and multidisciplinary treatments. Therefore, the necessity of an investigation allowing a better steering of clinical treatments is essential. In this perspective, the patient's difficulties, needs and strengths appear to be key components to identify in order to facilitate adapted, efficient and patient-centered clinical treatments.

The objective of this thesis is to answer clinical questions regarding the type of needs and difficulties present within a population of patients suffering from psychiatric disorders using a difficulties and needs self-assessment tool, ELADEB. It is also to develop and validate a new strengths Q-sort self-assessment scale, the SQSS.

Two studies increased our knowledge regarding the type of patient needs, as well as the differences in terms of the importance of difficulties and urgency of needs depending on their psychopathology.

Standardized strengths tools adapted to the specificities of patients suffering from severe psychiatric disorders are rare and not routinely used in mental health services. Therefore, a new strengths assessment, the SQSS, has been developed and validated in order to measure patients' internal and external strengths. Three studies allowed, firstly, to test the feasibility of this new tool within a population of patients suffering from severe psychiatric disorders; secondly, to evaluate the patients' perception regarding this new tool; thirdly, to validate the psychometric properties, to identify psychiatric patients' strengths profiles and to explore the impact of such an evaluation.

A general introduction integrates the dimensions of difficulties, needs and strengths in the theoretical vulnerability-stress-resources model. A final discussion highlights the contributions, limitations and future perspectives for these two self-assessment scales.

Remerciements

Au terme de ce travail de thèse, le temps m'est donné de remercier les nombreuses personnes qui m'ont soutenue tout au long de ce travail.

Mes remerciements vont en premier lieu à mon directeur de thèse, le Professeur Valentino Pomini qui m'a accompagnée avec générosité, confiance, ouverture et beaucoup de disponibilité dans mon cheminement. Son expérience, ses conseils m'ont énormément appris et permis de progresser dans mes réflexions et l'acquisition de compétences nouvelles.

Merci au Professeur Charles Bonsack pour cette agréable collaboration tout au long de ma thèse. Ses apports et son expérience clinique m'ont ouvert de nouvelles perspectives.

Merci au Professeur Nicolas Franck pour son ouverture d'esprit et son enthousiasme pour mon nouvel outil d'auto-évaluation des ressources. Son intérêt pour ma recherche, ses encouragements et sa confiance m'ont permis de faire évoluer mon travail sur ce sujet qui me passionne.

Merci enfin au Professeur Jonas Masdonati et à la Professeure Catherine Briand d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Nos brèves rencontres m'ont donné envie d'avoir leur expertise sur mon travail.

Merci à tous les cliniciens et étudiants de master qui ont fait passer des évaluations et contribué au peaufinage de l'outil AERES. Leur investissement et enthousiasme ont été extrêmement précieux tout au long de ce cheminement.

Enfin, un merci tout particulier à tous les patients qui ont accepté de participer à cette recherche. Merci pour leur motivation, leur engagement et leurs retours si positifs sur l'outil des ressources. Sans eux, cette recherche n'aurait pas pu voir le jour.

Merci à mes collègues.

Un grand merci à Diana pour ta présence durant de belles années de collaboration. Ton humour, tes encouragements et tes précieux conseils m'ont permis d'avancer au quotidien dans ma thèse avec joie et avec passion.

Merci à Shékina pour nos échanges enrichissants, tes apports éclairés et tes relectures. Ta présence m'a souvent donné l'énergie d'aller de l'avant.

Merci à Ariane, Coralie, Claudia, Anik, Annina, Mathilde, Marie, Félix, Gregory Z., Téofil, Nahema, Elodie, Sophie B. et Gregory M. pour nos bonnes discussions qui ont illuminé mes journées à l'université. Merci à Gloria pour ta disponibilité et serviabilité. Merci à Sarah et Gillian pour vos relectures en anglais.

Merci enfin à tous mes autres collègues passés et présents de l'Institut de Psychologie dont la présence et la bonne humeur a contribué à embellir mes journées à l'Université de Lausanne.

Et un tout grand merci...

A Anna pour cette merveilleuse aventure que tu me permets de vivre à chaque instant.

A Louis pour ton amour, ta douceur et d'avoir toujours cru en mes ressources.

A mes parents, pour votre présence, votre bienveillance et votre aide de chaque instant et sur tous les plans.

A Annemarie et François pour votre soutien et générosité à mon égard.

A mes amis, grâce à vous j'ai pu vivre ce beau défi avec énergie, joie et passion.

A Marjo pour m'avoir encouragée de manière intensive durant toute la phase de rédaction. Tu as été une coach exceptionnelle.

A Anne-Lo, Marianik et Sonia pour votre amitié si précieuse, vos encouragements, les rires et les bonnes discussions.

A Christophe et Alain pour les moments de qualité en montagne qui m'ont tant ressourcée.

A Laura, Méla, Aude et Luc-Etienne pour votre amitié et présence durant cette période de vie intense et toutes les autres.

*“Les forces des personnes se situent dans leurs passions,
leurs compétences, leurs intérêts, leurs relations et leurs
environnements. Elles sont présentes chez tout individu, ceci
malgré les symptômes et les vulnérabilités “*

Patrícia Deegan, 2008

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	16
INTRODUCTION	19
1. Contexte général. La démarche d’investigation psychosociale en réhabilitation	19
2. Modèle théorique : le modèle vulnérabilité-stress-ressources	21
3. Quelles dimensions ? Une évaluation des difficultés, des besoins et des ressources.....	22
4. Importance conjointe des facteurs de risque et des facteurs protecteurs. Décalage entre la théorie et la pratique ?	28
5. La dimension des ressources	30
6. Une perspective centrée sur le patient. L’importance de l’auto-évaluation	36
7. Un outil d’auto-évaluation des besoins et des difficultés : ELADEB	38
8. Un outil d’auto-évaluation des ressources : AERES.....	42
9. Questions de recherche.....	52
ARTICLE 1 : Patients’ needs for care in public mental health : unity and diversity of self-assessed needs for care	56
Introduction	58
Material and methods	60
Results	65
Discussion	68
ARTICLE 2: Patients’ psychosocial difficulties and needs for care: a comparison between four diagnostic groups	75
Introduction	77
Methods	78
Results	82
Discussion	88
ARTICLE 3: Evolving from Clinical to Positive Psychology: Understanding and Measuring Patients’ Strengths - A Pilot Study	94
Introduction	96
Current strengths assessment instruments for clinical use	98
The Strengths Q-sort Self-assessment Scale (SQSS).....	100
Pilot study.....	105
Conclusion.....	111

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement	115
Introduction	118
AERES, un outil d'auto-évaluation des ressources.....	122
Objectifs de la présente étude.....	128
Méthode.....	129
Résultats	132
Discussion	138
Conclusion.....	141
ARTICLE 5: Which are your strengths and how do they contribute to your recovery?	144
Introduction	149
The Strengths Q-Sort Self-Assessment Scale (SQSS)	151
Method	157
Results	160
Discussion	165
Acknowledgements	171
DISCUSSION	173
1. ELADEB, un outil d'auto-évaluation des difficultés et des besoins.....	174
2. AERES, un outil d'auto-évaluation des ressources adapté aux patients psychiatriques	178
3. Limites.....	184
4. Perspectives futures.....	186
5. Conclusion.....	189
REFERENCES	196

PREAMBULE

La Commission de la recherche a été informée que ce travail aura la forme d'une thèse basée sur des publications, conformément à la directive adoptée en 2012 par la Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne. Cette thèse a porté sur l'auto-évaluation chez les patients souffrant de troubles psychiques. Elle est constituée de cinq articles que j'ai eu l'occasion d'écrire en tant que première auteure dans le cadre de mon doctorat. Deux articles portent sur l'auto-évaluation des difficultés et des besoins avec l'outil ELADEB et trois articles portent sur l'auto-évaluation des ressources avec l'outil AERES.

Ci-dessous se trouvent les références complètes des cinq articles constituant ce travail :

Article 1

Bellier-Teichmann, T., Golay, P., Bonsack, C., & Pomini V. (2016). Patients' needs for care in public mental health: unity and diversity of self-assessed needs for care. *Frontiers in Public Health*, 4(22). doi: 10.3389/fpubh.2016.00022

Article 2

Bellier-Teichmann, T., Golay, P., Bonsack, C., & Pomini V. (soumis). Patients' psychosocial difficulties and needs for care: a comparison between four diagnostic groups. *Community and Mental Health Journal*

Article 3

Bellier-Teichmann, T., & Pomini, V. (2015). Evolving from clinical to positive psychology: understanding and measuring patients' strengths. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 99-108. doi: 10.1007/s10879-014-9287-7

Article 4

Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., & Pomini, V. (2017). Evaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques Psychologiques*, 23, 41-59. doi : 10.1016/j.prps.2016.03.004

Article 5

Bellier-Teichmann, T., Golay, P., & Pomini V. (soumis). Which are your strengths and how do they contribute to your recovery? A new strengths assessment for a clinical population. *European Revue of Applied Psychology*

INTRODUCTION

Une démarche d'investigation psychosociale favorise la planification de stratégies de traitement adaptées et centrées sur les patients souffrant de troubles psychiques. Dans cette perspective, le modèle théorique vulnérabilité-stress-ressources permet une conceptualisation de la psychopathologie. Trois dimensions centrales à évaluer chez le patient résultent de ce modèle : ses difficultés, ses besoins et ses ressources. D'autre part, l'évidence empirique montre que lorsque la perception et la parole du patient sont prises en considération, ceux-ci se montrent davantage satisfaits, ils se sentent plus en confiance avec leurs soignants et leurs symptômes diminuent plus rapidement (Rao, Anderson, Inui, & Frankel, 2007; Stewart et al., 2000). En vue de favoriser la prise en compte de la perception des patients, l'utilisation d'instruments d'auto-évaluation s'avère ainsi nécessaire. Deux instruments d'auto-évaluation ont été au centre de cette thèse. D'une part, l'outil ELADEB permettant une auto-évaluation des difficultés et des besoins, d'autre part, l'outil AERES favorisant une auto-évaluation des ressources.

1. Contexte général. La démarche d'investigation psychosociale en réhabilitation

La réhabilitation psychosociale se définit comme l'ensemble des stratégies favorisant le retour d'un patient à un niveau de fonctionnement autonome dans la communauté. Elle propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, la réintégration dans un logement et les loisirs (Cnaan, Blankertz, Messinger, & Gardner, 1988). La mission de la réhabilitation est de favoriser la réduction de symptômes chez les personnes souffrant de troubles psychiques et leur permettre d'accéder à une bonne qualité de vie (Giraud-Baro, Vidon & Leguay, 2006). Son objectif est ainsi de permettre au patient d'accéder au meilleur fonctionnement possible dans le milieu de son choix, ainsi que de lui donner les ressources nécessaires pour y parvenir. En vue d'atteindre cet objectif, il est essentiel de s'intéresser à l'individu, ses difficultés, ses besoins, mais aussi ses potentialités.

INTRODUCTION

Les patients bénéficiant de la réhabilitation psychosociale présentent des profils souvent divers sur le plan du diagnostic, des symptômes ou du handicap psychosocial. Leur suivi est complexe et nécessite fréquemment des traitements psychosociaux, multimodaux et pluridisciplinaires (Corrigan, 2016). Face à cette complexité, le besoin d'une évaluation psychosociale facilitant un meilleur pilotage de la clinique et des soins adaptés est prépondérant (Franck, 2016 ; Grasset et al., 2004).

L'évaluation psychosociale est définie par Sattler comme une manière d'obtenir une meilleure compréhension de la personne permettant au clinicien de prendre des décisions informées (Sattler, 2001). L'évaluation permet généralement d'identifier les difficultés et les symptômes du patient. Elle favorise une conceptualisation de la situation de la personne et conduit vers des interventions thérapeutiques cohérentes. Cette conceptualisation donne les explications ou les hypothèses de travail légitimant les choix établis pour le suivi thérapeutique (Meaden & Farmer, 2006). Les recherches (Beutler, Moos, & Lane, 2003 ; Poston & Hanson, 2010) montrent en effet que le protocole d'évaluation auquel se réfèrent les cliniciens influence grandement leur manière de prendre des décisions et de formuler des plans de traitement ou de prise en charge de leurs patients. L'évaluation représente également un outil d'accueil et de rencontre de la personne dans le milieu psychiatrique. Elle peut ainsi agir comme un levier motivationnel pour le patient à participer dans un processus de soin.

En vue de faciliter le choix du traitement le plus adapté au patient, il est ainsi utile qu'une évaluation approfondie soit effectuée dès son arrivée à l'hôpital. L'importance des évaluations a été mise en évidence dans une méta-analyse de 17 études indiquant que les évaluations psychologiques sont extrêmement bénéfiques pour un choix adéquat et une bonne réussite du traitement (Poston & Hanson, 2010). De plus, de nombreuses études montrent que les rechutes et réhospitalisations sont souvent dues à une mauvaise évaluation du patient au départ (Beutler et al., 2003 ; Poston & Hanson, 2010 ; Tedeschi & Kilmer, 2005). Cette démarche d'investigation constitue ainsi une étape clé du processus de soins et de réhabilitation d'un patient. Afin que cette démarche d'investigation psychosociale soit basée sur les éléments essentiels à évaluer chez un patient, nous nous baserons sur le modèle théorique vulnérabilité-stress-ressources.

2. Modèle théorique : le modèle vulnérabilité-stress-ressources

Le modèle théorique vulnérabilité-stress-ressources constitue un modèle de référence pour la conceptualisation de l'émergence et l'évolution des troubles psychiques (Lieberman, 1991 ; Mueser, Deavers, Penn, & Cassisi, 2013 ; Ritsner, Lisker & Grinshpoon, 2014). Selon ce modèle théorique, les psychopathologies résultent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, environnementaux et comportementaux. Il met en évidence l'importance de trois dimensions dans le développement de symptômes psychiatriques, ainsi que dans la prévention des rechutes : (1) la vulnérabilité individuelle, (2) les événements de vie stressants et (3) les facteurs protecteurs (Figure 1). Dans le cas d'une vulnérabilité psychologique ou biologique à une maladie psychiatrique, les événements de vie stressants vont favoriser l'émergence de symptômes ou la précipitation des rechutes. À contrario, les facteurs protecteurs, soit les ressources mobilisées par les patients, diminuent le risque de développement de symptômes et aident à prévenir la chronicité ou la rechute.

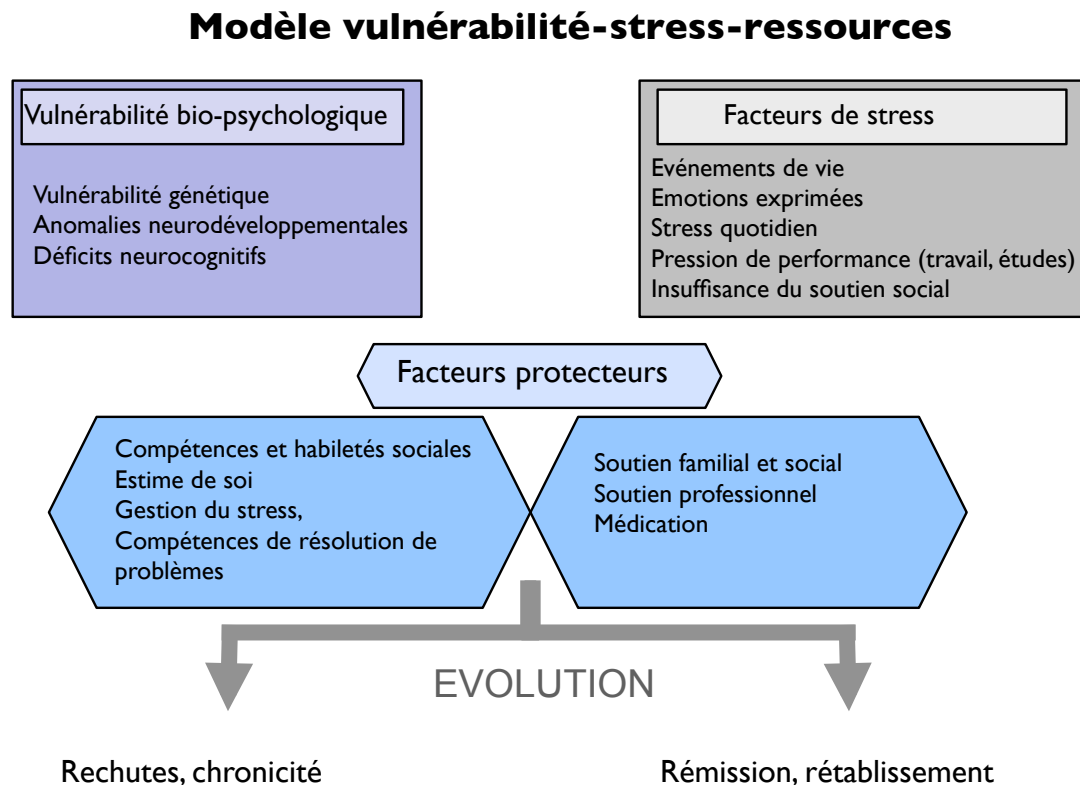


Figure 1 Modèle vulnérabilité-stress-ressources (Liberman, 1991; Mueser et al., 2013; Ritsner et al., 2014)

3. Quelles dimensions ? Une évaluation des difficultés, des besoins et des ressources

Le modèle théorique vulnérabilité-stress-ressources permet de conceptualiser l'émergence des troubles psychiques. Il s'agit à présent d'identifier de manière plus concrète les dimensions centrales à investiguer dans une évaluation psychosociale.

Les difficultés exprimées par les patients représentent des marqueurs indirects de vulnérabilités et/ ou de stress expérimentés par la personne. Elles constituent des obstacles au bien-être ou à la qualité de vie. La dimension de difficulté correspond à tout ce qui peut préoccuper la personne, c'est-à-dire les

INTRODUCTION

tracas, les embarras, les gênes et les questions non résolues réduisant son bien-être et découlant d'une vulnérabilité ou d'un stress rencontré.

Les besoins correspondent à la résultante de difficultés non résolues chez le patient. Ils peuvent être définis comme une nécessité intérieure, naturelle et universelle. Il s'agit d'indicateurs permettant aux soignants d'intervenir et d'agir face aux difficultés existantes chez la personne. Tout être vivant est en équilibre instable et peut de ce fait ressentir un manque de nourriture, d'énergie, d'amour, de considération, etc. Il nous semble essentiel de distinguer le terme besoin de celui de désir. Les besoins sont naturels, nécessaires, internes et en nombre limité. Les désirs au contraire sont interchangeableables, externes et infinis.

De nombreux théoriciens ont créé des modèles sur le concept de besoin. Abraham Maslow a développé une théorie de la hiérarchie des besoins et distingue ainsi cinq types de besoins fondamentaux structurés selon un ordre universel : 1) les besoins physiologiques, 2) les besoins de sécurité, 3) les besoins d'appartenance et d'amour, 4) les besoins d'estime et enfin 5) le besoin d'accomplissement de soi (Maslow, 1998). D'autres auteurs distinguent les besoins satisfaits des besoins non satisfaits (Meadows, Harvey, Fossey, & Burgess, 2000). Le besoin dépend également du degré de satisfaction de la personne et pas uniquement de la quantité de ses problèmes ou de ses incapacités. Dans le cadre d'une évaluation des besoins, la définition du besoin d'aide n'est pas nécessairement limitée à des interventions de nature professionnelle. Elle peut inclure tout type d'aide, y compris non professionnelle que le patient envisage. Selon cette définition opérationnelle, les besoins correspondent à toutes les envies d'interventions supplémentaires, professionnelles ou non professionnelles exprimées par les patients.

Ces deux dimensions des difficultés et des besoins sont à présent identifiées comme des éléments clés à investiguer dans une évaluation psychosociale. Il sera maintenant intéressant de vérifier le type d'instruments existants permettant une évaluation psychosociale des difficultés et des besoins. Les outils les plus fréquemment utilisés dans les services de psychiatrie sont les suivants :

L'EGF, Evaluation Globale du Fonctionnement (Goldman, Skodol, & Lave, 1992).

Il s'agit d'une échelle numérique (cotation de 0 à 100) utilisée en psychiatrie et permettant d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel

INTRODUCTION

d'un individu. Il s'agit d'un continuum allant de la santé mentale à la maladie. Cet instrument permet de coter l'axe V du DSM-5. Cette échelle mesure les difficultés potentielles des patients dans plusieurs domaines de leur vie.

Le HoNOS, Health of the Nation Outcome Scales (Wing, Curtis, & Beevor, 1996).

Cet outil permet de mesurer le fonctionnement psychologique et social de personnes souffrant de troubles psychiques. Cet instrument comprend douze items mesurant le comportement, le dysfonctionnement, les symptômes, ainsi que le fonctionnement social. Il s'agit de l'outil le plus utilisé et répandu dans les soins psychiatriques anglophones permettant une mesure des difficultés des patients.

De nombreux autres outils - lesquels ne seront pas cités ici - permettent la mesure des symptômes spécifiques à chaque psychopathologie.

Les outils les plus connus permettant une évaluation des besoins chez les patients sont relativement peu nombreux :

Le NFCAS, Need For Care Assessment Schedule (Brewin, Wing, Mangen, Brugha, & MacCarthy, 1987).

Le NFCAS est l'un des premiers instruments psychométriques développés pour l'évaluation des besoins de soins de patients souffrant de troubles psychiatriques. Le NFCAS est un outil d'évaluation des besoins lequel se base sur un consensus entre les membres de l'entourage. Les professionnels de la santé et les membres de la famille du patient sont consultés pour procéder à l'évaluation (Brewin, 1992). Les besoins du patient sont évalués dans deux domaines : (1) les symptômes et les problèmes de comportement ; (2) les compétences personnelles et sociales. Pour chaque domaine une liste d'interventions est proposée et les cliniciens cotent chacune des interventions selon leur degré d'efficacité sur une échelle de Likert en 7 points.

Cet instrument permet ainsi de déterminer deux aspects : 1) l'existence d'un besoin de soin ; 2) la satisfaction ou non du besoin identifié au travers des interventions mises en place. Les auteurs de cet outil distinguent les besoins satisfaits des besoins non satisfaits. Les besoins de soins sont considérés comme satisfaits lorsque des interventions efficaces ont été mises en place ou lorsqu'il n'existe pas

INTRODUCTION

d'autres interventions possibles. Les besoins de soins sont considérés comme non satisfaits lorsque les interventions n'ont pas été efficaces et que des alternatives de soins existent.

Le PNCQ, Perceived Need for Care Questionnaire (Meadows, et al., 2000).

Il s'agit d'un instrument d'auto-évaluation des besoins tels qu'ils sont perçus par les patients. Ce questionnaire est composé de quatre étapes distinctes. Dans la première étape, les personnes sont priées d'énumérer et de décrire les soins dont ils ont bénéficié au cours des douze derniers mois pour un problème relatif à leur santé psychique. Ensuite, ils précisent le type d'interventions reçues. Dans un troisième temps, les patients indiquent s'ils ont trouvé les interventions reçues adéquates ou non. Les besoins d'aide peuvent être de quatre types : inexistants, non satisfaits, partiellement satisfaits et satisfaits. Dans la quatrième étape et lorsque les besoins sont partiellement satisfaits ou non satisfaits, les sujets doivent identifier les raisons pour lesquelles ils pensent que les soins obtenus n'ont pas été adéquats.

Le CAN, Camberwell Assessment of Need (Phelan et al., 1995).

Il s'agit de l'outil le plus largement reconnu pour l'évaluation des besoins. L'objectif de cet instrument consiste à identifier les domaines pour lesquels il existe des besoins d'aide. Le CAN a été créé dans le but d'être facile à utiliser et rapide à passer (Phelan et al., 1995). Il s'agit à la fois d'une hétéro-évaluation considérant la perception des cliniciens et d'une auto-évaluation prenant en compte l'avis des patients. Cet instrument des besoins comprend trois objectifs d'évaluation :

- 1) Le profil des problèmes (besoins potentiels)
- 2) Le profil des aides reçues par les patients
- 3) Le profil des besoins actuels

Ces différents instruments d'évaluation des difficultés et des besoins sont utilisés dans de nombreux services de soins en psychiatrie. Les études effectuées sur l'impact d'une évaluation des besoins montrent que celle-ci constitue un élément central pour la planification des interventions cliniques (Phelan et al., 1995). Marken et ses collaborateurs ont observé que de nombreuses réhospitalisations de patients sont dues à une mauvaise identification de leurs besoins à la sortie, et donc à un

manque ultérieur d'interventions adéquatement ciblées (Marken et al., 1992). Lorsqu'un patient exprime ses besoins, il signifie, en effet, ses priorités pour le choix d'un traitement. Il donne également aux équipes son accord pour certaines interventions futures.

Si ces deux dimensions des difficultés et des besoins constituent des éléments essentiels dans une investigation psychosociale, une troisième dimension découle directement du modèle théorique vulnérabilité-stress-ressources. Il s'agit des facteurs protecteurs décrits dans ce modèle, c'est-à-dire les ressources mobilisées par les patients. Les ressources diminuent le risque de développement de symptômes et aident à prévenir la chronicité ou la rechute. Elles peuvent être définies comme un ensemble d'éléments protecteurs face aux troubles, de même que des éléments moteurs de la qualité de vie et du bien-être personnel (Rapp, & Goscha, 2012). Les ressources s'apparentent, selon les modèles cliniques, aux forces, aux talents, aux facultés et aux vertus de l'être humain (Joseph, & Wood, 2010).

Les échelles existantes mesurant les ressources sont rares. De plus, elles sont généralement peu utilisées de manière routinière en psychologie clinique et en psychiatrie. Une revue systématique de Bird et ses collaborateurs a identifié un total de douze instruments d'évaluation des ressources pour des patients souffrant de troubles psychiques : sept outils qualitatifs et cinq quantitatifs (Bird et al., 2012). Après avoir pris en considération les qualités psychométriques des instruments retenus, les auteurs concluent que seuls deux outils peuvent être recommandés pour une utilisation clinique de routine : la SAW (Strengths Assessment Worksheet) et le CASIG (Client Assessment of Strengths, Interests and Goals).

La SAW, Strengths Assessment Worksheet (Rapp & Goscha, 2012).

Il s'agit d'une fiche d'investigation utilisée de façon qualitative. Celle-ci est utilisée pour la mise en place d'un projet de réhabilitation et investigate sept domaines de vie : 1) lieu de vie et situation de vie au quotidien ; 2) situation financière ; 3) éducation/travail ; 4) soutien social ; 5) santé ; 6) loisirs et 7) spiritualité. Elle mesure les ressources des patients dans ces domaines selon trois dimensions temporelles (passé, présent et futur). La fiche d'investigation se présente sous la forme de sept items indiquant les domaines de vie mentionnés ci-dessus. Elle contient également trois colonnes représentant les trois dimensions temporelles. Trois questions sont proposées afin de permettre l'investigation qualitative de

INTRODUCTION

chacun des domaines de vie dans les trois dimensions temporelles : « quelles sont les ressources à disposition aujourd'hui ? » ; « qu'est-ce que je souhaite pour le futur ? » ; « qu'est-ce que j'ai utilisé dans le passé ? ».

Le CASIG, Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (Wallace, Lecomte, Wilde, & Liberman, 2001).

Cette échelle permet l'investigation des buts à court et moyen terme, les besoins perçus en matière de traitements ou de soutien, les compétences et les symptômes des patients. Deux versions peuvent être utilisées en parallèle : le questionnaire auto-administré et une version hétéro-évaluée remplie par les cliniciens.

Le questionnaire débute avec une section permettant d'identifier les buts personnels, ainsi que le type de soutien désiré pour atteindre chacun des buts mentionnés. Les cinq sphères suivantes sont investiguées : 1) logement/situation de vie ; 2) situation financière/professionnelle ; 3) relations interpersonnelles ; 4) santé physique/mentale ; 5) religion/spiritualité.

La deuxième section comprend des questions dichotomiques (oui/non) liées aux compétences de vie quotidienne au sein de neuf sphères de fonctionnement : 1) gestion de l'argent ; 2) santé ; 3) hygiène ; 4) effets personnels ; 5) nutrition ; 6) loisirs ; 7) amitiés ; 8) transport ; 9) emploi.

Une troisième section évalue de manière dichotomique (oui/non) six dimensions différentes : 1) l'observance de la prise de médicaments ; 2) les effets secondaires ; 3) les droits du patient ; 4) les difficultés cognitives ; 5) les symptômes psychiatriques ; 6) les conduites socialement problématiques

Une dernière section évalue la qualité de vie et la qualité du traitement reçu sur une échelle de Likert en cinq points.

De ces deux instruments mesurant les ressources, seul le CASIG est disponible en français (Lecomte, Wallace, Caron, Perreault, & Lecomte, 2004). Cet instrument est hybride puisqu'il mêle une investigation des buts, des besoins, des compétences et des symptômes du patient. Aucun de ces deux outils ne permet ainsi de dresser un profil global, systématique et standardisé des ressources telles qu'elles sont perçues par le patient.

Au vu du peu d'instruments existants, plusieurs auteurs concluent qu'il serait souhaitable que davantage de recherche porte sur le développement de nouveaux

outils mesurant les ressources des patients psychiatriques (Bird et al., 2012 ; Slade, 2010; Wood & Tarrier, 2010). L'évaluation de la faisabilité, des propriétés psychométriques, de même que l'impact de ces nouveaux outils est également indispensable (Antony & Rowa, 2005).

4. Importance conjointe des facteurs de risque et des facteurs protecteurs. Décalage entre la théorie et la pratique ?

Les dimensions des difficultés, des besoins et des ressources ont été mises en évidence dans le modèle théorique vulnérabilité-stress-ressources. Ce modèle prend en considération tant la présence de facteurs de risque que celle de facteurs protecteurs dans l'émergence et l'évolution des troubles psychiques. Cette reconnaissance de l'importance conjointe des vulnérabilités et des ressources ont conduit Wright et Lopez à proposer un modèle théorique d'évaluation clinique (Wright & Lopez, 2002). Ces deux auteurs mettent en évidence l'importance d'évaluer quatre dimensions centrales chez les patients :

- 1) Les déficits et symptômes de la personne ;
- 2) Les ressources et forces de la personne ;
- 3) Les facteurs destructeurs et manques dans l'environnement de la personne ;
- 4) Les ressources et opportunités présentes dans l'environnement de la personne.

L'objectif d'une évaluation clinique doit en effet correspondre à une compréhension holistique, équilibrée et équitable laquelle comprend des caractéristiques négatives et également positives de la personne. Une investigation complète et approfondie de la situation d'un patient se devrait donc d'explorer les épisodes de vie douloureux se rapportant à des besoins insatisfaits, de même que les épisodes de réalisation personnelle, de bien-être et de satisfaction. Cette perspective implique de rassembler des informations sur les forces, ainsi que les faiblesses internes et externes chez la personne.

Toutefois, malgré cette mise en évidence théorique d'une identification conjointe des ressources et des vulnérabilités, ce type d'évaluation ne semble pas correspondre à ce qui se pratique dans les faits sur le terrain. En effet, les évaluations

INTRODUCTION

cliniques effectuées dans le milieu psychiatrique mesurent majoritairement les symptômes et les déficits plutôt que les forces des patients (Cowger, Anderson, & Snively, 2006 ; Snyder, Ritschel, Rand, & Berg, 2006). Les domaines de la psychologie clinique et de la psychiatrie ont en effet pour objectif de diminuer la souffrance et réduire les émotions négatives et les symptômes des patients. Ainsi, les services de santé mentale ont majoritairement concentré leurs efforts sur l'identification et la réduction des troubles et des déficits, plutôt que sur l'amplification des ressources, talents et habiletés (Cowen & Kilmer, 2002). Cette démarche est d'ailleurs bien illustrée par le fait que le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) et la CIM-10 (World Health Organization, 2007) proposent des taxonomies complètes de symptômes et d'autres déficits, mais n'offrent pas de classification des ressources présentes chez les patients.

Or, si les études montrent que l'évaluation des symptômes et des besoins constitue un élément central pour la planification des interventions cliniques, une évaluation centrée exclusivement sur ces deux dimensions de la personne peut également avoir des effets néfastes. La recherche empirique a en effet mis en évidence que les évaluations portant uniquement sur les difficultés réduisent considérablement le spectre et la diversité des informations sur le patient (Harniss, Epstein, Ryser, & Pearson, 1999). Ce type d'évaluation accentue potentiellement les déficits et psychopathologies présentes chez une personne (Tedeschi & Kilmer, 2005). Elle comporterait le risque que les déficits et troubles soient considérés comme les ingrédients centraux définissant le patient. Elle pourrait également induire chez le clinicien un biais de perception négative sur le patient influençant potentiellement son interaction, sa perception et même la prise en charge de celui-ci (Wright et Lopez, 2002). Le diagnostic posé agirait ainsi telle une prophétie auto-réalisatrice, le patient cherchant à s'y conformer (Deegan, Rapp, Holter, & Riefer, 2008 ; Snyder, 2002). Enfin, il apparaît que, lorsque seuls les symptômes sont examinés, il est plus difficile pour le soignant de créer une alliance thérapeutique (Deegan et al., 2008).

Par ailleurs, les patients eux-même se sont fait l'écho d'un désaccord face à un modèle de soins classique centré sur la maladie et ne prenant pas suffisamment en considération leurs compétences restées intactes. Ces mouvements ont conduit les patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques et les professionnels de la santé à adopter de nouvelles perspectives à l'égard de la conceptualisation et du

INTRODUCTION

soin des troubles psychiques. Les patients et les cliniciens ont ainsi commencé à mettre en avant des concepts tels que l'autonomisation et le rétablissement en lieu et place de conceptions plus médicales de compliance ou de guérison (Slade, Amering, & Oades, 2008 ; Slade, 2009). Le rétablissement a été défini comme la possibilité d'une vie accomplie dans la société, incluant une identité positive fondée sur l'espoir et l'auto-détermination, ceci malgré des limites liées aux symptômes encore présents (Bonsack & Favrod, 2013 ; Slade, 2010). Il implique le développement d'un nouveau sens et but dans la vie favorisant une qualité de vie et un bien-être. Une revue systématique des modèles quantitatifs et qualitatifs du rétablissement personnel d'un trouble psychique a mis en évidence cinq processus clés favorisant le rétablissement : 1) les liens sociaux ; 2) l'espoir et l'optimisme ; 3) l'identité ; 4) le sens et le but ; 5) l'empowerment (Andresen, Oades, Caputi, 2003 ; Ralph, 2000 ; Spaniol, Wewiorski, Gagne, Anthony, 2002). Au sein de la catégorie de l'empowerment, le fait de d'identifier les ressources des patients est considéré comme un élément essentiel permettant de favoriser un processus de rétablissement (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011).

La poursuite du bien-être personnel et l'accès à une qualité de vie revêtent dans cette perspective amenée par les patients une importance supérieure par rapport à la nécessité d'éliminer à tout prix les symptômes ou les déficits (Davidson, & Roe, 2007). Promouvoir le rétablissement requiert alors d'être en mesure d'identifier et de renforcer les ressources des patients, en dépit de symptômes persistants et parfois envahissants (Repper & Perkins, 2003). Le rétablissement et le bien-être ne comprennent pas uniquement la diminution de symptômes mais bien plutôt la présence d'états émotionnels et cognitifs positifs (Joseph & Wood, 2010 ; Slade, 2009). Cette perspective correspond par ailleurs à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas uniquement l'absence de pathologie ou d'infirmité » (World Health Organization, 2014).

5. La dimension des ressources

L'une des branches de la psychologie se focalisant spécifiquement sur les ressources de l'individu et son bien-être est la psychologie positive. Ce domaine

INTRODUCTION

récent peut être défini comme « l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des gens, des groupes et des institutions » (Gable & Haidt, 2005). Seligman et Csikszentmihaly, identifiés tels les fondateurs de la psychologie positive considèrent qu'en parallèle des dysfonctionnements individuels ou collectifs s'exprime et se développe une vie riche de sens et de potentialités (Seligman & Csikszentmihaly, 2000). En vue de d'explicitier la notion de bien-être visé comme objectif par les patients, nous nous référons au modèle théorique développé par Seligman (2002). Selon cet auteur, il existe trois composantes favorisant le bien-être chez une personne.

La première composante correspond à la vie agréable : « the pleasant life ». Elle comprend toutes les expériences subjectives ressenties comme positives par l'être humain. Ces expériences incluent le bien-être, le contentement et la satisfaction liées à des expériences du passé ; la joie concernant des expériences présentes ; et enfin l'espoir et l'optimisme relatif à l'avenir. Cette première composante correspond aux théories hédonistes du bonheur. L'objectif est de maximiser les émotions agréables et de diminuer la douleur ou les émotions négatives ou désagréables. Si cette composante d'une vie riche en émotions positives favorise le bien-être, il s'agit, selon Seligman, de la dimension la moins importante des trois composantes. En effet, d'une part, il existe un effet d'habituation rapide à ce type de bonheur ou de sensation agréable. D'autre part, les émotions négatives et la douleur font partie de l'existence et il est parfois difficile de les réduire. Ainsi, la deuxième et la troisième dimension sont davantage essentielles afin de permettre le bien-être d'une personne.

La deuxième dimension est la vie engagée : « the engaged life ». Cette dimension se rapporte aux théories du flow développées par Csikszentmihalyi (Csikszentmihalyi, 1997). Lorsqu'une personne est consciente de ses forces personnelles et qu'elle parvient à les utiliser dans son travail, ses relations sociales ou ses loisirs, elle ressentira des états de passion et d'engagement lesquelles favoriseront son bien-être (Seligman, 2002). Ainsi, une personne créative, pleine d'humour ou sociable ressentira des états de flow et d'engagement dans sa vie à chaque fois qu'elle utilisera ses qualités dans les différentes dimensions de son quotidien.

Enfin, la dernière composante correspond à la vie pleine de sens : « the meaningful life ». Seligman montre qu'il existe plusieurs manières de parvenir à une

vie pleine de sens. La construction de liens forts et positifs avec par exemple sa famille, ses amis ou une communauté plus large constitue un de ces moyens souvent rapportés. Le fait d'avoir un travail qui correspond aux valeurs de la personne représente une autre manière d'accéder à une vie pleine de sens. Selon Seligman, cette troisième dimension constitue la composante la plus essentielle afin de ressentir du bien-être.

Grâce à l'expansion de la psychologie positive et de ses modèles théoriques mettant en évidence l'importance du bien-être et des ressources, un nombre croissant d'échelles, d'entretiens et de questionnaires mesurant le fonctionnement positif ont été développés (Joseph & Wood, 2010 ; Lopez & Snyder, 2003). Shankland et Martin-Krumm ont proposé un recensement des questionnaires validés en français mesurant le bien-être et le fonctionnement positif (Shankland & Martin-Krumm, 2012). Cependant, la majorité de ceux-ci sont utilisés à des fins de recherche et ils ne mesurent qu'une dimension spécifique du fonctionnement positif (par exemple, le niveau d'estime de soi, d'espoir, d'optimisme ou de gratitude). Aucun instrument francophone ne propose un profil général de l'ensemble des ressources présentes chez un patient. De plus, très peu d'outils mesurant les ressources sont adaptés aux spécificités de patients souffrant de troubles psychiques sévères ou chroniques, notamment des patients ayant des difficultés cognitives ou langagières. Selon la revue systématique de Bird et ses collaborateurs, seuls les deux outils décrits précédemment peuvent être recommandés pour une utilisation clinique de routine : la SAW (Strengths Assessment Worksheet) et le CASIG (Client Assessment of Strengths, Interests and Goals) (Bird et al., 2012). Ceux-ci ne permettent cependant pas une mesure systématique et standardisée d'un profil global de l'ensemble des ressources présentes chez un patient.

5.1. Quel impact d'une focalisation sur les ressources ?

A l'heure actuelle, la recherche empirique montre qu'une démarche de rétablissement s'appuie non seulement sur une bonne évaluation des difficultés et des besoins, mais également sur l'identification des ressources internes et externes chez les patients (Slade, 2010 ; Wright & Lopez, 2002). Epstein et Sharma (1998) ont défini l'évaluation orientée sur les ressources comme la mesure des forces,

INTRODUCTION

compétences et caractéristiques émotionnelles et comportementales créant un sentiment d'accomplissement personnel et contribuant à des relations épanouissantes avec des membres de la famille ou des pairs. Selon ces auteurs, les ressources amélioreraient la capacité de réaction efficace face au stress ou à l'adversité et favoriseraient le développement personnel et social.

La recherche empirique a montré qu'une évaluation focalisée sur les ressources des patients souffrant de troubles psychiques est protectrice face à une chronicisation de leurs symptômes ou une rechute (Fredrickson, 2001 ; Watson & Naragon-Gainey, 2010 ; Wood & Joseph, 2010). L'identification des ressources et des compétences d'un patient permettrait un premier soulagement de ses souffrances psychologiques (Mehran & Guelfi, 2002). Elle favoriserait également une augmentation de son bien-être et de sa créativité (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008). Seligman montre que l'identification et l'utilisation de sa principale force (soit la ressource personnelle la plus présente chez un individu) entraînerait davantage d'émotions positives, de sentiment d'accomplissement, de sens dans la vie et de relations interpersonnelles épanouissantes (Seligman, 2011). De plus, l'utilisation de ses ressources personnelles dans son quotidien favoriserait une diminution du stress, ainsi qu'une augmentation des émotions positives (Wood & Tarrier, 2010). Elle serait également associée à des niveaux plus élevés d'estime de soi (Minhas, 2010).

Selon Csikszentmihalyi, l'utilisation de ses compétences et talents personnels favoriserait une augmentation des états de flow et d'engagement, lesquels sont intimement liés au sentiment de bien-être et de bonheur (Csikszentmihalyi, 1997). Les recherches en psychologie positive confirment également l'importance des ressources en tant que moyen d'accroître le plaisir dans la vie (Carr, 2011). Chez les patients déprimés, l'utilisation nouvelle de leurs ressources augmenterait leur bien-être et diminuerait leurs symptômes dépressifs sur une durée de trois mois (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012). De plus, la présence de ressources préviendrait le développement de symptômes dépressifs ou anxieux lors d'épreuves de vie stressantes (Huta & Hawley, 2010). Ces résultats sont compatibles avec les hypothèses issues du modèle vulnérabilité-stress-ressources selon lequel les ressources constituent une protection face aux effets délétères résultant de l'interaction entre vulnérabilités individuelles et facteurs de stress environnementaux ou événementiels (Leclerc, Lesage, & Ricard, 1997).

INTRODUCTION

Les études empiriques d'interventions destinées à augmenter les forces existantes chez la personne plutôt qu'à réduire les symptômes ont également montré plusieurs résultats bénéfiques dont une diminution des symptômes dépressifs (Lopez & Edwards, 2008), une diminution des consultations (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005) et une augmentation du niveau de bien-être (Seligman, Steen, Nansook, & Peterson, 2005) et de la qualité de vie (Seligman, Rashid, & Parks, 2006).

Selon Graybeal, le simple processus de conduite d'une évaluation centrée sur les ressources d'un patient serait, en elle-même, thérapeutique (Graybeal, 2001). Ce type d'évaluation centré sur les forces du patient permettrait de construire de nouvelles possibilités thérapeutiques en exploitant les forces existantes chez le patient (Mehran & Guelfi, 2002). En effet, l'identification des aspects fonctionnels et positifs du patient fournirait des informations précieuses sur la manière de favoriser le rétablissement (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2011 ; Rapp & Goscha, 2006 ; Rashid & Ostermann, 2009). Par ailleurs, lorsque les forces et les risques sont évalués en parallèle, les patients vivent davantage l'évaluation comme soutenante, motivante et favorisant un sentiment d'empowerment (Cowger, 1994 ; Saleebey, 2006). En effet, cette double approche indiquerait clairement au patient que le soignant le reconnaît dans ses compétences, au-delà de ses déficits et ses symptômes (Saleebey, 2006). Par ailleurs, lorsque les patients se sentent valorisés dans leurs forces, ils sont davantage motivés à identifier et travailler sur leurs symptômes, de même que les aspects émotionnels problématiques (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth, & Willutzki, 2009; Grawe, 2006 ; Grosse Holtforth et al., 2007).

L'importance de se focaliser sur les ressources des patients au sein des sessions de psychothérapie a également été mise en évidence dans différents courants de recherche (Duckworth, et al., 2005 ; Fitzpatrick & Stalikas, 2008 ; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Ce type d'évaluations focalisant sur les ressources et le sentiment d'estime de soi et de valeur personnelle chez le patient semblent particulièrement indiqués en début de thérapie. En effet, de nombreux patients commencent une thérapie avec une estime d'eux-mêmes faibles, un sentiment d'impuissance et un état de démoralisation lesquels rendent parfois difficile leur engagement dans une thérapie (Hubble, Duncan, & Miller, 1999). Or, lorsque les patients se sentent valorisés dans leurs forces, ils sont davantage motivés à identifier et travailler sur leurs faiblesses et aspects émotionnels problématiques

INTRODUCTION

(Flückiger et al., 2009; Grawe, 2006 ; Grosse Holtforth et al., 2007). Il semble ainsi bénéfique d'induire de l'espoir et une prise de conscience des ressources restées intactes afin de favoriser l'engagement, de créer le changement et de permettre au patient d'explorer librement ses symptômes et faiblesses (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002 ; Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006 ; Snyder, 2002). Ainsi, une focalisation sur les ressources des patients permettrait de favoriser une bonne alliance thérapeutique et augmenter l'ouverture des patients face aux interventions proposées (Flückiger et al., 2009). En activant et identifiant leurs ressources, les thérapeutes renforcent les attentes positives des patients face à un changement. Ils augmentent également les compétences de la personne afin d'utiliser ses ressources comme catalyseur en vue d'atteindre des objectifs thérapeutiques (Flückiger & Wüsten, 2008).

Il apparaît ainsi que l'ajout d'une évaluation des ressources au suivi classique présente deux avantages clés : d'une part une vision holistique et plus équilibrée du patient, et d'autre part, l'identification de compétences et de forces pouvant être utilisées et favorisant le processus de rétablissement du patient.

Toutefois, l'identification et la prise de conscience de ses propres ressources s'avère être une tâche extrêmement complexe. Moins d'un tiers des individus de la population générale posséderait une connaissance de leurs forces et ressources (Arnold, 1997). Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont généralement atteints dans leur estime de soi et souffrent parfois de stigmatisation, d'auto-stigmatisation, ainsi que d'un manque de soutien social. Ainsi, ils peuvent être encore davantage affectés par une absence de conscience de leurs ressources et compétences. Ces éléments mettent en évidence la nécessité de développer des nouveaux outils d'évaluation centrés sur les patients, adaptés à leurs spécificités et permettant la mesure de leurs ressources.

Les dimensions des difficultés, des besoins et des ressources étant à présent identifiées, la question se pose ensuite de savoir quelle méthode utiliser afin de les évaluer.

6. Une perspective centrée sur le patient. L'importance de l'auto-évaluation

Durant de nombreuses années, les professionnels de la santé ont décidé pour et à la place du patient. Ils se sont positionnés tels des experts sachant mieux que les patients quels sont leurs symptômes, leurs difficultés et leurs besoins (Deegan & Drake, 2006). Ce faisant, ils projetaient parfois leur perception du patient sans nécessairement considérer les priorités, objectifs et motivations réelles de celui-ci. Ils voulaient « à la place » du patient. De nombreuses études empiriques ont en effet montré que l'évaluation des besoins effectuée par les patients diverge de l'évaluation des besoins par les soignants (Hansson et al., 2001; Lasalvia, Ruggeri, Mazzi, & Dall' Agnola, 2000 ; Lasalvia et al., 2005; Simpson & House, 2003; Slade, Phelan, Thornicroft, & Parkman, 1996 ; Slade, Phelan, & Thornicroft, 1998 ; Thornicroft & Slade, 2002).

Les mouvements de protestation des patients face à un système de soins dans lequel leur perception n'était pas prise en compte ont permis une nouvelle vision de la psychiatrie afin de leur redonner la parole, ainsi que le pouvoir de leur orientation (Deegan, 2001; Slade et al., 2008). L'évidence empirique montre que les patients adhèrent plus volontairement à ce qu'ils désirent ou décident plutôt qu'à ce qui a été décidé à leur place ou leur est imposé (Deegan, 1997 ; Rapp & Goscha, 2012). Lorsque les patients prennent eux-mêmes les rennes de leur orientation non seulement ils investissent davantage les réseaux et les soins mais ils orientent également vers des actions auxquelles les soignants n'auraient pas pensé (Deegan et al., 2008). Des revues systématiques montrent que lorsque soignants et patients collaborent afin d'identifier les problèmes et besoins, définir les objectifs et prendre des décisions conjointement, les patients sont davantage satisfaits, ils se sentent plus en confiance avec leurs soignants et leurs symptômes diminuent plus rapidement (Rao et al., 2007 ; Stewart et al., 2000). Les conséquences d'une autonomisation des patients consistent donc en une meilleure efficacité des soins. Cette nouvelle vision de la psychiatrie a permis aux patients de changer de rôle. D'objets passifs du traitement, ils sont devenus des sujets actifs et donc acteurs au sein des services de soin. La prise en compte de leur perception subjective favorise leur ressource motivationnelle et leur engagement. Ils sont d'emblée mobilisés comme partenaires et co-responsables de leur traitement.

INTRODUCTION

Dans cette perspective mettant en avant la perception du patient, la considération de critères d'évaluation subjectifs est essentielle. Ces critères reflètent avant tout la représentation personnelle des patients. Pour cette raison, il sera bénéfique de proposer un outil permettant d'obtenir le point de vue du patient sur ses difficultés, besoins et ressources tout en limitant les interférences de la part du professionnel de la santé.

6.1. La méthode du tri des cartes

S'il semble évident que la prise en compte et l'évaluation de la perception du patient au travers d'une auto-évaluation est centrale, il s'agit encore de trouver la méthode permettant ce type d'évaluation en psychiatrie. Le point de vue subjectif du patient risque bien souvent d'être biaisé par la perception du soignant dans une auto-évaluation classique. L'utilisation d'auto-questionnaires et d'échelles administrées par des investigateurs externes avec des patients souffrant de troubles psychiatriques n'est pas suffisante pour obtenir la perception « pure » du patient sans parasitage externe. En effet, des études empiriques ont montré qu'un tiers des patients souffrant de troubles psychiques sévères éprouvent de la difficulté à comprendre comment remplir les auto-questionnaires qui leur sont proposés, notamment parce qu'ils peinent à transcrire leurs perceptions et émotions en données chiffrées (Trauer, Tobias, & Slade, 2008). Les formulations verbales ne sont pas toujours adaptées à leurs capacités de compréhension, en particulier lorsqu'ils présentent des difficultés cognitives ou langagières. De plus, la transformation en cotations chiffrées d'adjectifs qualitatifs ou d'impressions relativement floues est une tâche cognitive complexe. Ainsi, même s'ils semblent faciles d'utilisation, les auto-questionnaires ne sont pas toujours adaptés aux patients chroniques présentant des troubles cognitifs ou langagiers. Dans ce cas de figure, l'auto-questionnaire est souvent utilisé tel un outil hétéro-administré. En effet, l'investigateur, de par sa connaissance du patient, ou simplement en donnant des exemples, risque, en effet, d'orienter la réponse du patient en l'aidant à remplir l'auto-questionnaire. Or, si l'on veut obtenir la perception réelle du patient il serait utile de limiter au maximum les biais de réponses liées aux actions de l'interviewer. Ainsi, d'une part, l'évaluateur devrait adopter une attitude en retrait afin d'éviter toute interférence avec la tâche à accomplir. D'autre

part, la méthode utilisée devrait être simple, motivante et adaptée également aux patients souffrant de troubles cognitifs ou langagiers.

Prenant en considération ces différents éléments, la méthode de passation du tri des cartes (méthode du Q-Sort) développée par Block en 1978 a été considérée comme présentant de nombreux avantages. En effet, les réponses ne sont plus induites par des questions précises comme dans un questionnaire pré-établi, mais par des stimuli visuels, c'est-à-dire des cartes contenant des images. Les patients sont amenés à trier et classer ces cartes en fonction de leur perception personnelle. De cette manière, ils sont conduits à se poser eux-mêmes des questions et à y répondre par l'activité de classement des cartes. Les bénéfices de l'utilisation du tri des cartes ont été mis en évidence dans la littérature scientifique. Cette méthode permet de rendre l'évaluation accessible à des patients souffrant de difficultés cognitives ou langagières (Baker, Wildman, Mason, & Donaldson, 2013; Cordingley, Webb, & Hillier, 1997 ; McKeown, & Thomas, 2013). Elle induirait notamment moins de réponses biaisées qu'une échelle de Likert ou qu'un questionnaire classique (Serfasse & Sherman, 2013). De plus, le passage par l'image rendrait l'exercice généralement plus attrayant. En effet, les patients apprécient généralement cette méthode d'investigation qu'ils considèrent comme originale, concrète et ludique (Baker et al., 2013; Bellier-Teichmann, Fusi, & Pomini, (2017); Cordingley et al., 1997; McKeown, & Thomas, 2013).

Par conséquent, l'évaluation des difficultés, des besoins et des ressources des patients en psychiatrie gagnerait à être réalisée au moyen d'une médiation visuelle et d'une méthodologie basée sur le Q-sort. Dans ce travail de thèse, deux outils proposant une telle modalité d'évaluation basée sur un tri de cartes vont être utilisés. D'une part, un outil d'auto-évaluation des besoins et des difficultés (ELADEB ; Pomini, Golay, & Reymond, 2008), et d'autre part, un outil d'auto-évaluation des ressources (AERES ; Bellier-Teichman & Pomini, 2015). Ces deux outils vont à présent être présentés plus en détail.

7. Un outil d'auto-évaluation des besoins et des difficultés : ELADEB

Les Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins, ELADEB ont été développées dans le but de proposer une mesure

INTRODUCTION

systematique de la perception par les patients psychiatriques de leurs difficultés et besoins d'aide (Pomini, Golay, & Reymond, 2008). Afin de remédier aux limites inhérentes aux auto-questionnaires tel le Camberwell Assessment of Need (Phelan et al., 1995), ELADEB se base sur la technique du Q-Sort (tri ou sélection de cartes). Cet instrument est ainsi également adapté aux patients souffrant de difficultés cognitives ou langagières. Il vise à déterminer les domaines de vie dans lesquels les patients rencontrent des difficultés ou pour lesquels ils expriment un besoin d'aide supplémentaire par rapport à ce qui existe déjà. La majorité des items d'ELADEB ont été inspirés du CAN. 10 items sont identiques à ceux du CAN (lieu de vie, finances, temps libre, transports, enfants, relations sentimentales, alimentation, hygiène personnelle, santé physique, traitement), 4 items constituent une combinaison de plusieurs items du CAN (santé psychique, addiction, entretien du ménage, tâches administratives) et 4 items sont nouveaux (travail, fréquentation des lieux publics, famille, connaissances et amitiés). Dix-huit domaines de la vie sont ainsi évalués. Ils sont classés selon quatre dimensions à priori : (1) les conditions de vie ; (2) la pragmatique du quotidien ; (3) la vie relationnelle et le réseau social ; et (4) la sphère de la santé (tableau 1). Chaque difficulté et besoin se présente sous la forme d'une carte sur laquelle se trouve le mot représentant l'item, ainsi qu'une image l'illustrant (figure 2). Les patients sont invités à choisir et trier les cartes représentant les domaines de vie dans lesquels ils perçoivent des difficultés et/ou des besoins. L'outil permet également de préciser de façon systématique le degré de difficulté rencontré pour chaque domaine et l'urgence du besoin d'aide. Chacun des 18 items donne ainsi un score de 0 (pas de problème/ besoin) à 3 (problèmes très importants/besoins urgents).

INTRODUCTION

Tableau 1 *Items mesurés par ELADEB*

Conditions de vie	Pragmatique du quotidien	Vie relationnelle et réseau social	Sphère de la santé
1. Lieu de vie	4. Temps libre	9. Connaissances et amitiés	13. Alimentation
2. Finances	5. Tâches administratives	10. Famille	14. Hygiène personnelle
3. Travail	6. Entretien du ménage	11. Enfants	15. Santé physique
	7. Transports	12. Relations sentimentales	16. Santé psychique
	8. Fréquentation des lieux publics		17. Addiction
			18. Traitement

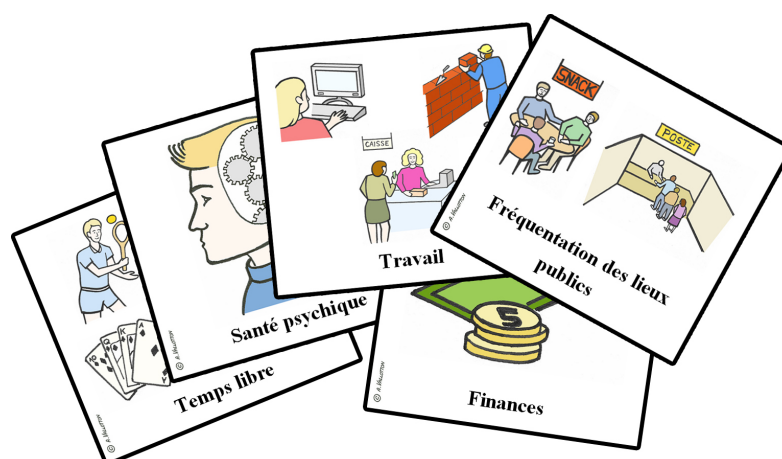


Figure 2 Exemple de cartes utilisées dans ELADEB

Procédure

Dans un premier temps, il s'agit d'identifier, au moyen d'un premier tri de cartes, les domaines de vie dans lesquels les patients éprouvent des difficultés. Ensuite, les cartes sont triées en fonction du degré d'importance de chaque difficulté qui est mesuré selon 3 degrés : (1) problèmes peu importants, (2) problèmes importants et (3) problèmes très importants. La procédure est recommencée avec l'évaluation des besoins. Les patients trient à nouveau l'ensemble des cartes afin d'indiquer les domaines de vie pour lesquels ils éprouvent un besoin d'aide ou d'interventions supplémentaires. Ensuite, un second tri de cartes permet de prioriser les besoins en fonction de leur degré d'urgence, soit : (1) les besoins non urgents (ceux-ci peuvent attendre plus de 3 mois) ; (2) les besoins moyennement urgents (à

INTRODUCTION

satisfaire dans les 3 mois) et (3) les besoins urgents (l'intervention est souhaitée dans le mois qui suit). À la fin de l'évaluation de l'intensité des difficultés et de l'urgence des besoins, une phase de discussion est proposée afin d'explorer cliniquement la nature des difficultés et des besoins, ainsi que le type et l'origine de l'aide souhaitée. Cette dernière fait l'objet d'une investigation systématique accompagnée de la mention des sources d'aide souhaitées par le patient pour chacun des besoins évoqués (aide fournie par des professionnels, par la famille, par des connaissances). La figure 3 présente les étapes de passation de l'outil ELADEB avec les quatre tris de cartes permettant l'évaluation des difficultés et de leur degré d'importance et l'évaluation des besoins et leur degré d'urgence. La durée d'administration totale d'ELADEB est de 45 à 90 minutes.

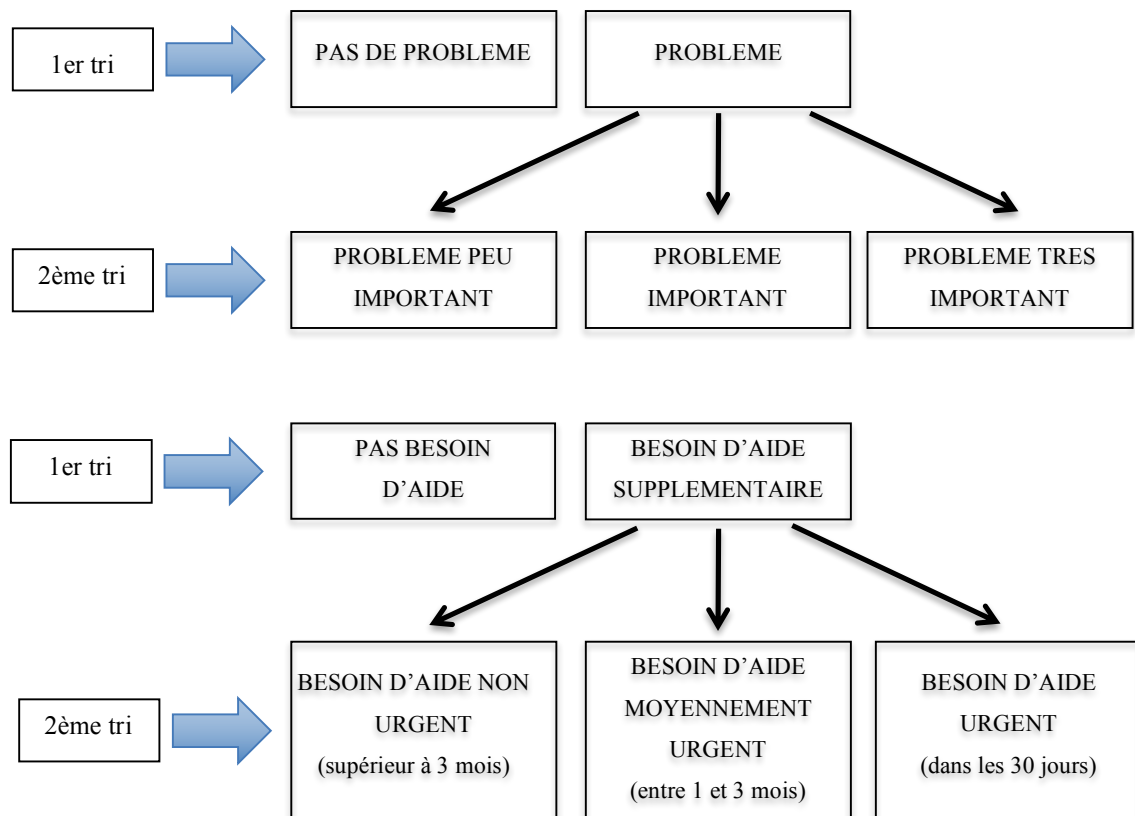


Figure 3 Etapes de passation d'ELADEB

ELADEB a été testé sur 94 patients souffrant de troubles psychiatriques et possède une bonne validité apparente, de construit, ainsi qu'une bonne fidélité test-

retest (Pomini et al., 2008). ELADEB a connu une diffusion de plus en plus importante en Suisse romande, en France, en Belgique et au Canada. Une version sur ordinateur a également été développée. Cet instrument peut actuellement être utilisé sur les smartphones et tablettes avec l'avantage de calculer instantanément et automatiquement les scores.

8. Un outil d'auto-évaluation des ressources : AERES

Dans le cadre de cette thèse, un nouvel outil d'Auto-Évaluation des RESSources (AERES ; Bellier-Teichman & Pomini, 2015) a été développé en vue de pouvoir identifier les ressources internes et externes des patients souffrant de troubles psychiques sévères. L'objectif est de permettre aux personnes de prendre conscience de leurs ressources et forces en dépit des symptômes présents. A la manière d'ELADEB, l'administration de cet instrument se fait au travers d'un tri de cartes (Q-Sort) accompagné d'une discussion ouverte. Chaque item de l'outil se présente sous la forme d'une carte composée du mot désignant la ressource et d'une image l'illustrant de façon relativement consensuelle.

La conception d'AERES s'est appuyée sur cinq modèles de ressources identifiés dans la littérature, à savoir :

8.1. Le modèle des forces (Rapp & Goscha, 2012).

Ce modèle distingue quatre types de ressources ou forces présentes chez les êtres humains, soit 1) les intérêts/passions/aspirations ; 2) les compétences/talents ; 3) la confiance en soi ; 4) les ressources environnementales (figure 4). Ces ressources individuelles et environnementales interagissent et influencent différents domaines de vie centraux - appelés niches - tels que le lieu de vie, les loisirs, le travail, l'éducation et les relations sociales. L'interaction des ressources internes et externes influençant ces domaines de vie conduisent à une qualité de vie, un sentiment de compétence, d'accomplissement et d'empowerment plus ou moins important.

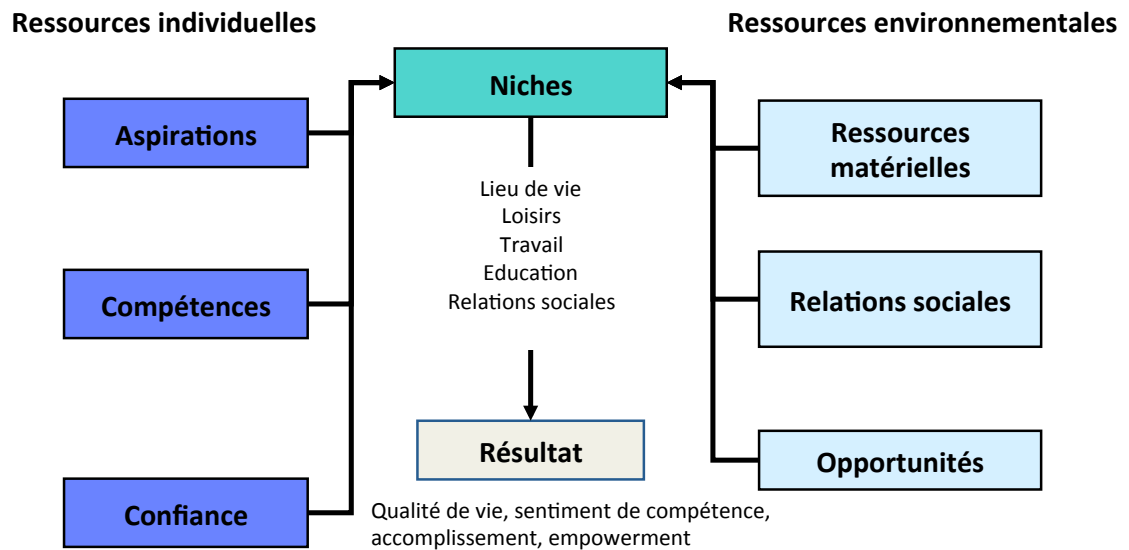


Figure 4 Modèle des forces (Rapp & Goscha, 2012)

8.2. La classification des vertus et forces de caractère de Peterson et Seligman (2004).

Peterson et Seligman ont créé une nouvelle classification des forces de caractère et ressources. Celle-ci a permis le développement d'un vocabulaire et d'une terminologie commune pour les chercheurs et cliniciens intéressés par la santé mentale, le bien-être et le fonctionnement positif. Ces deux auteurs ont exposé leur démarche dans un manuel classifiant et décrivant les forces de caractère existantes (Peterson & Seligman, 2004). Ce manuel se veut un complément à la classification des psychopathologies du DSM-5 et de la CIM-10 avec une orientation positive de l'être humain tout en répondant à des critères rigoureux de fiabilité et validité scientifiques.

L'identification des forces de caractère a en effet été établie à partir de recherches interculturelles à grande échelle au sein de nombreuses disciplines : psychologie, psychiatrie, pédagogie, religion et philosophie. Les forces de caractère doivent répondre à plusieurs critères : être présentes et reconnues dans différentes cultures, participer à l'accomplissement de soi sans porter préjudice aux autres, être

INTRODUCTION

empiriquement mesurables, s'appliquer à certaines personnes et non d'autres, être valorisées par certaines institutions publiques qui se donnent pour objectif d'en faire la promotion. Une fois ces critères appliqués, 24 forces de caractère ont été répertoriées selon 6 catégories de vertu (figure 5). Ces traits de personnalité positifs s'inscrivent dans un continuum plutôt que dans des catégories exclusives.

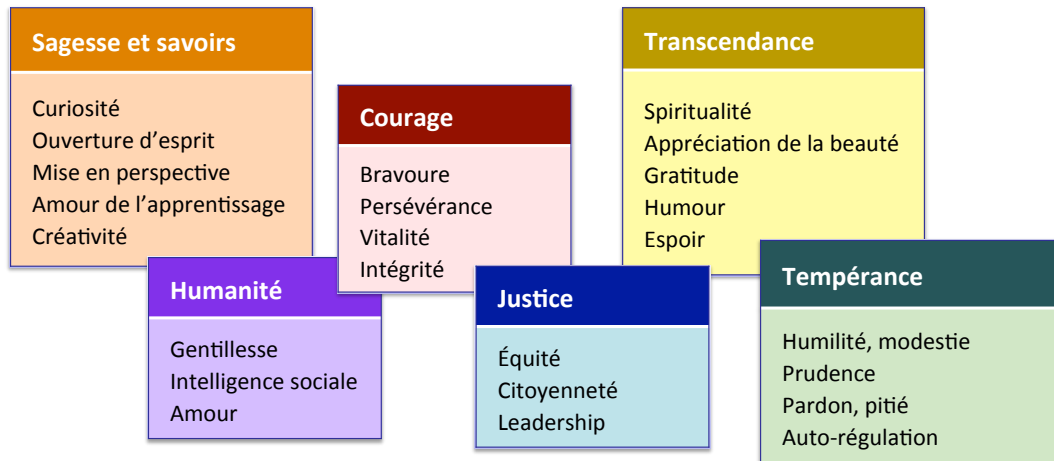


Figure 5 Classification des vertus et forces de caractère (Peterson & Seligman, 2004)

8.3. Le modèle du loisir développé par Dumazedier (1962).

Cet auteur identifie cinq catégories de loisirs: 1) esthétiques ou artistiques, 2) intellectuelles, 3) manuelles ou pratiques, 4) physiques et 5) sociales. La catégorie des activités esthétiques ou artistiques inclut les activités dont le caractère esthétique prime sur le caractère utilitaire et qui répondent aux besoins de l'imaginaire (p. ex.: aller au cinéma, chanter, jouer de la musique ou assister à un concert). La seconde catégorie, celle des activités intellectuelles, est caractérisée par la curiosité, la recherche de la connaissance et la démarche cognitive (p. ex.: lecture, écriture). Les activités manuelles ou pratiques regroupent les activités dont le but est de produire ou de transformer des objets plus ou moins complexes (p. ex.: cuisiner, jardiner, bricoler). Les activités physiques ont comme dénominateur commun l'exercice physique (p. ex.: promenade, pratiques sportives). Finalement, la catégorie des activités sociales est caractérisée par la recherche de relations interpersonnelles et de distraction, de discussion et par la sociabilité spontanée ou organisée, plutôt que par la nature elle-même de l'activité (p. ex.: faire des jeux).

8.4. La liste des activités agréables de Linehan (1993).

Cette auteure a développé un manuel pour le traitement des troubles de la personnalité. Au sein de ce manuel, elle propose une liste de 176 activités potentiellement agréables ou sources d'émotions positives pour les patients souffrant de troubles psychiques.

8.5. La checklist des ressources de Dick (2003).

La checklist des ressources peut être utilisée sous forme d'une auto ou d'une hétéro-évaluation. Il s'agit de 50 items permettant la mesure de 14 domaines de vie distincts. Deux types de ressources sont évalués : les ressources liées à la personne, c'est-à-dire les ressources internes (le sentiment d'être en bonne santé et vivant, la confiance en soi, les compétences sociales et l'extraversion, la capacité à créer des relations sociales, le courage, la créativité, le sentiment de contrôle, la sérénité et confiance, la spiritualité) et les ressources externes (la relation conjugale, la famille et les amis, le travail et le standard de vie, les loisirs, le lieu de vie). La présence des ressources, de même que leur degré d'importance pour la personne sont mesurés. L'objectif est d'utiliser ce questionnaire afin de permettre un entretien orienté sur les ressources du patient.

L'outil AERES se base sur ces cinq modèles. Il a été développé en vue de répondre à trois exigences principales : (1) couvrir les principales ressources internes et externes identifiées dans la littérature scientifique ; (2) être simple, rapide et adapté aux patients psychiatriques avec des difficultés cognitives et/ou langagières ; (3) fournir un profil général des ressources qui soit utile pour planifier des interventions psychosociales ou cliniques. Un premier travail de sélection et de formulation d'items sur la base des modèles présentés a abouti à une version initiale composée de 50 items. Celle-ci a été évaluée avec dix patients souffrant de troubles psychiatriques lesquels ont émis leur avis quant à la compréhension des items, leur éventuelle redondance, ainsi que le lien entre les ressources mesurées et le rétablissement. Ce travail a permis d'aboutir à une version de l'outil avec trente items. Cette première version a été testée dans une étude pilote. Suite à celle-ci, une

INTRODUCTION

version finale de l'outil a été élaborée en prenant en considération les retours des patients et des cliniciens. La version finalisée de l'outil AERES comprend trente-et-un items.

Structure et items d'AERES

Les trente-et-un items d'AERES sont classés selon trois catégories : (1) qualités et caractéristiques personnelles, (2) loisirs et passions, (3) ressources sociales et environnementales (tableau 2). Cette structure à priori, détermine l'administration de l'instrument. Elle découle pour l'essentiel du modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) tout en restant compatible avec le modèle à deux dimensions de Dick (2003) (ressources internes et externes).

La première catégorie d'AERES inclut douze caractéristiques personnelles. Neufs items sont basés sur la liste des caractéristiques personnelles définies dans la classification des forces de caractère de Peterson et Seligman (2004). Les items de cette classification n'étant pas directement en lien avec le rétablissement ou ceux difficilement compris par les patients ont été exclus. Trois items proposés par Rapp et Goscha (2012) ont été ajoutés pour compléter cette catégorie : avoir confiance en soi, être à l'écoute de son corps et être optimiste.

La seconde catégorie comprend une série de dix loisirs ou passions. La littérature montre qu'effectuer des loisirs peut potentiellement être bénéfiques pour les patients. En effet, les loisirs favorisent une augmentation du réseau de soutien (Caldwell & Smith, 1988; Lyons, 1993), une diminution du stress (Patterson, 1996), ainsi qu'une amélioration de la santé physique et psychologique (Caldwell & Smith, 1988). Ils tendent également à favoriser le maintien de l'identité d'une personne (Haggard & Williams, 1992), de même qu'un sentiment de bien-être (Fines & Nichols, 1994). Effectuer régulièrement des loisirs augmente la présence et l'accessibilité des émotions positives (Tugade & Fredrickson, 2007).

En vue d'avoir une vision globale des loisirs existants, nous avons pris connaissance de la liste des activités agréables créée pour les patients souffrant de troubles borderline (Linehan, 1993). Les activités de même nature ont été regroupées afin d'aboutir à un nombre limité de loisirs et passions. Un brainstorming a ensuite été effectué avec cinq cliniciens et cinq patients afin d'aboutir à une première liste

INTRODUCTION

de loisirs. Le modèle du loisir développé par Dumazedier a été utilisé comme référence afin de vérifier que ces loisirs correspondent à l'une des cinq catégories proposées dans ce modèle (Dumazedier, 1962). Les items chanter/jouer d'un instrument; peindre/dessiner/photographier/créer; aller au spectacle (cinéma, concert, théâtre, danse) correspondent à la première catégorie des activités esthétiques ou artistiques. L'item lire/écrire correspond à la catégorie intellectuelle; les items cuisiner; jardiner/bricoler à la catégorie des activités manuelles ou pratiques. Le fait de pratiquer du sport, voyager/visiter/partir en excursion correspondent à des activités physiques. Enfin, faire des jeux correspond à la catégorie sociale. L'item écouter de la musique/TV/Radio/Surfer sur internet peut correspondre à la fois à l'aspect artistique comme le fait de regarder un film ou d'écouter de la musique, et à la fois à la catégorie intellectuelle en ce qui concerne la recherche d'informations à la radio, télévision ou sur internet.

La troisième catégorie comprend neuf ressources externes au sein de l'environnement immédiat ou de la communauté plus large. Cette catégorie est inspirée par la recherche montrant que la présence de soutien social a un impact positif sur la santé physique et psychique des individus (Ganster & Victor, 2011). Ce type de ressource contribue également à favoriser une vie pleine de sens (Seligman, 2002). Les relations importantes, ainsi que les contextes externes au sein desquelles la personne peut développer un sentiment de bien-être ont été retenus. Cinq items ont été inspirés par l'échelle de Dick (2003) : relations sentimentales, famille, amis, métier et lieu de vie. Suite aux feedbacks des patients et des cliniciens les quatre items suivants ont été ajoutés : entourage/voisins/collègues, suivi/soutien par les professionnels de la santé, animal de compagnie et nature.

Pour chacune de ces trois catégories, une carte blanche est proposée afin de permettre aux patients d'ajouter d'autres qualités personnelles, loisirs ou ressources externes n'apparaissant pas dans le jeu de cartes. Cette carte blanche permet une adaptation individuelle à chaque patient tout en gardant une passation adaptée en termes de durée et nombre d'items proposés.

INTRODUCTION

Tableau 2 *Items mesurés par AERES*

Qualités / Caractéristiques personnelles	Loisirs / Passions	Ressources sociales et environnementales
1. Avoir le sens de l'humour	1. Pratiquer du sport	1. Famille
2. Avoir confiance en soi	2. Cuisiner	2. Relations sentimentales
3. Être courageux	3. Chanter / Jouer d'un instrument	3. Amis
4. Être curieux / Aimer découvrir	4. Peindre / Dessiner / Photographier / Créer	4. Entourage / Voisins / Collègues
5. Être persévérant	5. Aller au spectacle (cinéma, concert, théâtre, danse)	5. Métier
6. Être enthousiaste / S'émerveiller / Savourer	6. Lire / Écrire	6. Lieu de vie
7. Être à l'écoute de son corps	7. Jardiner / Bricoler	7. Suivi / Soutien par des professionnels de la santé
8. Être réfléchi	8. Écouter de la musique / TV / Radio / Surfer sur internet	8. Animal de compagnie
9. Être optimiste	9. Voyager / Visiter / Partir en excursion	9. Nature
10. Être reconnaissant	10. Faire des jeux	10. Autres ressources environnementales / Sociales
11. Avoir de l'espoir	11. Autres loisirs/Passions	
12. Avoir la foi / Spiritualité		
13. Autres qualités personnelles		

L'évaluation s'effectue sous forme de tris de cartes (Q-sort). Le matériel d'AERES se compose de cartes sur lesquelles figurent les noms des ressources associés aux images qui les symbolisent. Les images ont été choisies suite à un pré-test lors duquel quinze sujets tout venants devaient trouver la correspondance entre différentes images et les ressources proposées. Les images les plus souvent associées avec la ressource correspondante ont été retenues (figure 6).



Figure 6 Exemple de cartes utilisées dans AERES

Procédure

L'administration d'AERES s'effectue en trois étapes pour chaque catégorie de ressources investiguées. L'investigateur commence par évaluer les qualités personnelles, ensuite, les loisirs et passions et enfin les ressources externes. Pour chacune des catégories, trois tris de cartes sont proposés afin de mesurer : (a) la présence/absence de ressources, (b) le degré auquel les ressources présentes contribuent au rétablissement, (c) l'envie de développer des nouvelles ressources ou de renforcer des ressources existantes (figure 7). Concrètement, les patients sont d'abord invités à disposer les cartes en deux tas distincts pour évaluer la présence ou l'absence de chacune des ressources dans leur vie. Ils classent les cartes en deux piles distinctes : oui ; non. Ensuite, ils évaluent le degré de contribution à leur rétablissement de chaque ressource présente en classant les cartes en quatre piles distinctes : pas du tout ; un peu ; moyennement ; beaucoup. Ce processus en deux temps équivaut à une cotation des items selon une échelle de Likert à cinq points (0-1 point pour le premier tri ; 1-4 points pour le deuxième). Suite aux deux premiers tris de cartes, un entretien semi-structuré est conduit avec le patient pour clarifier et explorer la nature plus précise des ressources mises à jour lors du tri. Le clinicien pose les questions suivantes au patient : comment utilisez-vous les ressources présentes dans votre quotidien ? Dans quelles situations concrètes et spécifiques les employez-vous ? En quoi ces ressources facilitent-elles votre rétablissement ?

INTRODUCTION

En dernier lieu, les patients reprennent l'ensemble des cartes qu'ils classent en deux piles distinguant les nouvelles ressources qu'ils souhaitent développer ou celles déjà présentes qu'ils souhaitent consolider et les ressources qu'ils ne souhaitent pas développer davantage. Ils classent les cartes en deux piles distinctes : oui ; non. Ce tri est suivi d'une nouvelle phase de discussion et d'exploration clinique. La personne administrant l'outil pose les questions suivantes : en quoi ces nouvelles ressources peuvent-elles vous être utiles ? Comment pourriez-vous les développer ou les renforcer ? Qui pourrait vous aider dans ce but ?

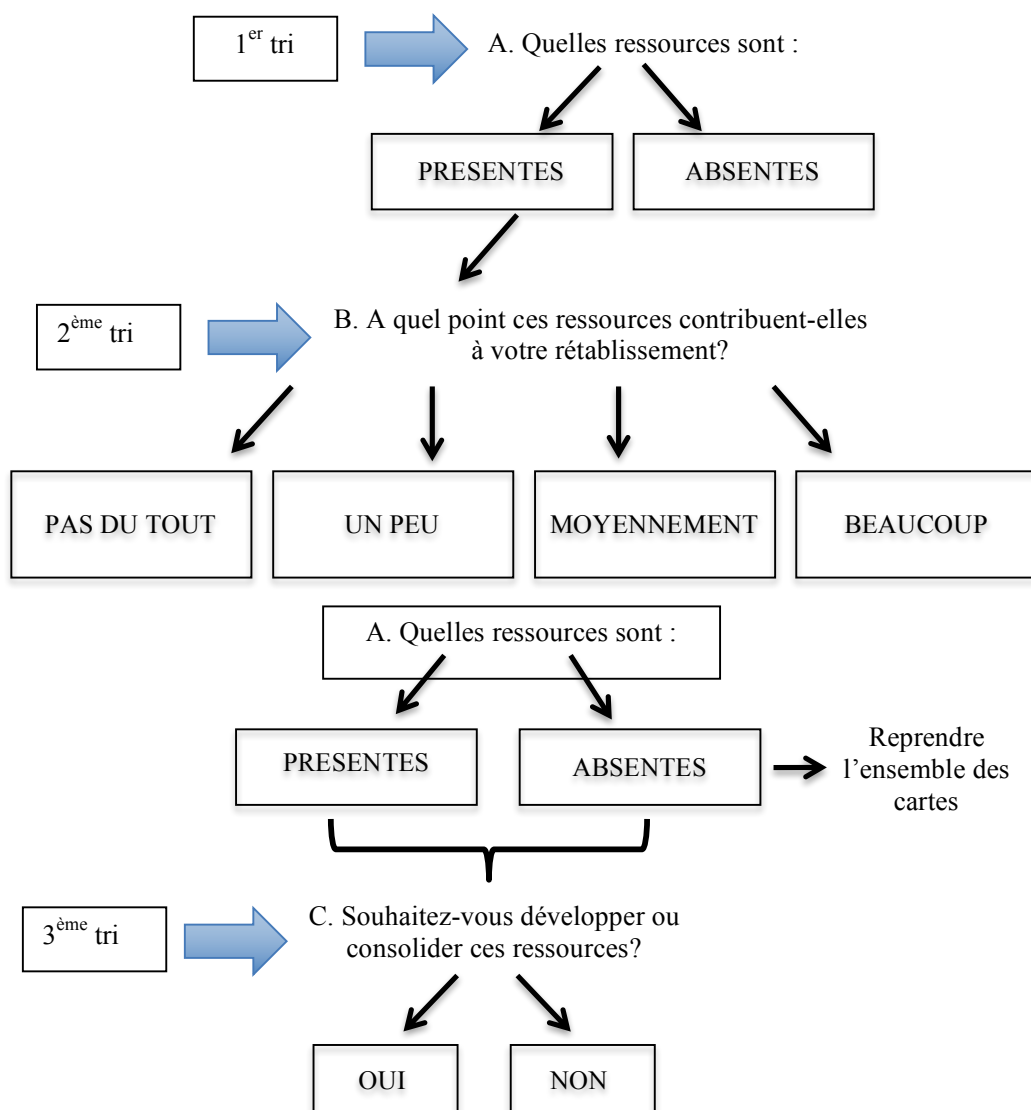


Figure 7 Etapes de passation d'AERES

INTRODUCTION

Le temps nécessaire pour une passation complète d'AERES varie entre 45 et 90 minutes en fonction du niveau d'approfondissement de l'exploration clinique. Une feuille de cotation permet au clinicien de rapporter les choix des patients pour les trois catégories (figure 8). Les scores finaux peuvent être transformés en graphiques donnant au clinicien et au patient une synthèse visuelle du profil des ressources du patient pour chacune des catégories. Le nombre et type de ressources présentes, leur contribution moyenne au rétablissement des patients, de même que le nombre et type de ressources que les patients désirent développer peuvent être calculés à des fins statistiques.

Qualités et caractéristiques personnelles	Présence	Contribution au rétablissement	Développement
1. Avoir le sens de l'humour	1	4	
2. Avoir confiance en soi	0		1
3. Etre courageux	1	2	
4. Etre curieux/Aimer découvrir	1	1	
5. Etre persévérant	0		0
6. Etre enthousiaste/S'émouvoir/Savourer	1	4	
7. Etre à l'écoute de son corps	1	3	
8. Etre réfléchi	0		1
9. Etre optimiste	1	3	
10. Etre reconnaissant	1	2	
11. Avoir de l'espoir	0		0
12. Avoir la foi/Spiritualité	1	4	
13. Autres qualités personnelles	0		0
Total	8	23	2

Figure 8 Exemple d'une feuille de cotation AERES

Présence : Non = 0 / Oui = 1

Degré de contribution au rétablissement: Pas du tout = 1 / Un peu = 2 /

Moyennement = 3 / Beaucoup = 4

Envie de développement : Non = 0 / Oui = 1

9. Questions de recherche

Les considérations précédentes ont souligné la nécessité de conduire une évaluation psychiatrique qui tienne compte aussi bien des difficultés et besoins des patients que de leurs ressources. Les modalités d'évaluation par tris de cartes apparaissent comme un moyen particulièrement pertinent et adapté aux patients souffrant de troubles psychiques sévères afin d'évaluer ces dimensions. En particulier, les outils ELADEB et AERES ont été présentés comme pouvant permettre une évaluation de ces trois dimensions du fonctionnement humain (difficultés, besoins et ressources) à l'aide de cette méthode. Ces outils suscitent plusieurs questions en termes de pertinence clinique et de validité psychométrique. Ces deux instruments se situant à des étapes de développement et de validation différents, les questions qui en découlent sont également différentes. Les travaux menés dans le cadre de cette thèse vont chercher à y répondre, en s'intéressant d'abord à la question des difficultés et besoins, puis à celle des ressources. L'objectif de cette thèse est donc de mener de front une interrogation portant sur ces deux outils d'évaluation. L'unité est constituée par la thématique de l'auto-évaluation en psychiatrie. L'importance de conduire une évaluation psychiatrique tenant compte des difficultés, des besoins et des ressources des patients a été mise en évidence. Ainsi, cette thèse sera composée de deux volets centraux : d'une part, l'auto-évaluation des difficultés et des besoins, d'autre part, l'auto-évaluation des ressources. Cette thèse sera constituée de cinq articles différents. Deux articles porteront sur l'auto-évaluation des difficultés et des besoins avec ELADEB et trois articles porteront sur l'auto-évaluation des ressources avec AERES. Les questions de recherche de ces deux volets vont être à présent présentées.

9.1. Auto-évaluation des difficultés et besoins d'aide avec ELADEB

Dans un premier temps, cette thèse s'intéressera aux types de besoins exprimés par les patients souffrant de troubles psychiques sévères. Elle se penchera également sur la question de l'impact des diagnostics sur le type de besoins et de difficultés exprimés par les patients. En particulier, les deux premiers articles de ce travail chercheront à répondre à deux questions :

INTRODUCTION

1. Existe-t-il des profils de besoins parmi les patients, c'est-à-dire des sous-groupes de patients en fonction des besoins qu'ils expriment ?
2. Une psychopathologie spécifique est-elle liée à des besoins ou des difficultés spécifiques chez les patients ?

Il est reconnu que les personnes souffrant de troubles psychiques sévères présentent des profils de besoins cliniques et sociaux extrêmement divers. Or, il n'existe pas de consensus dans la littérature scientifique sur comment les besoins des patients sont organisés (Korkeila et al., 2005; Ritsner, Lisker, Arbitman, & Grinshpoon, 2012 ; Salvi, Leese, & Slade, 2005; Wennström, Sorbom, & Wiesel, 2004). Le premier article a alors cherché à investiguer l'existence de dimensions générales et spécifiques dans les besoins exprimés par les patients. Les besoins des patients ont été évalués avec l'outil ELADEB afin de mesurer 18 domaines de vie. L'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation représente une manière efficace afin d'obtenir la perception personnelle de chaque patient en limitant les biais des soignants. 471 profils de besoins de patients ont été analysés au travers d'une analyse factorielle exploratoire.

Ensuite, très peu d'études ont analysé les profils de besoins et de difficultés chez des patients souffrant d'autres psychopathologies que la schizophrénie tels les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les dépendances aux substances (Salvi et al., 2005; Slade, Beck, Thornicroft, & Wright, 1999). De plus, aucune étude a comparé les différences de besoins et de difficultés en fonction de la psychopathologie présente chez le patient. En effet, si les symptômes diffèrent entre les diverses psychopathologies, il serait intéressant de savoir si les types de difficultés et de besoins exprimés par les patients varient en fonction de leurs diagnostics. Le deuxième article de cette thèse a donc cherché à investiguer si les patients souffrant de psychopathologies différentes diffèrent en termes d'importance des difficultés exprimées et d'urgence des besoins exprimés. 341 profils de patients répartis selon quatre groupes diagnostics selon la CIM-10 ont été comparés. Il s'agit de patients souffrant de 1) schizophrénie, 2) troubles de l'humeur, 3) troubles névrotiques et anxieux 4) abus de substance et dépendance.

9.2. Auto-évaluation des ressources avec AERES

Dans un deuxième temps, l'intérêt de cette thèse se portera sur l'auto-évaluation des ressources, et en particulier sur le développement et la validation de l'outil AERES présenté ci-dessus, dans le contexte d'une population psychiatrique.

Le troisième article présente les étapes du développement de l'outil d'auto-évaluation des ressources AERES. L'objectif de cette étude pilote a été de tester la faisabilité de cette échelle au sein d'un échantillon de 21 patients souffrant de troubles psychiques sévères.

Dans le quatrième article, l'utilité clinique d'AERES a été testée du point de vue des patients. Cette étude analyse qualitativement dix entretiens avec des patients souffrant de troubles psychiques sévères et ayant effectué une évaluation de leurs ressources. L'objectif a été d'évaluer la perception des patients d'une évaluation de leurs ressources et perspective centrée sur le rétablissement. La méthode de recherche qualitative consensuelle de Hill a été utilisée.

Enfin, le cinquième article de cette thèse constitue une étude quantitative de validation de l'outil d'auto-évaluation des ressources. AERES a été administré dans un échantillon de 213 patients souffrant de troubles psychiques sévères. L'objectif a été de valider les propriétés psychométriques d'AERES, d'identifier des profils descriptifs des ressources présentes chez les patients et enfin d'explorer l'impact d'une évaluation des ressources sur le niveau d'estime de soi et de bien-être des patients.

ARTICLE 1 : Patients' needs for care in public mental health : unity and diversity of self-assessed needs for care

Abstract

Purpose. Needs assessment is recognized to be a key element of mental health care. Patients tend to present heterogeneous profiles of needs. However, there is no consensus in previous research about how patients' needs are organized. This study investigates both general and specific dimensions of patients' needs for care.

Methods. Patients' needs were assessed with ELADEB, an 18-domain self-report scale. The use of a self-assessment scale represents a unique way of obtaining patients' perceptions. A patient-centered psychiatric practice facilitates empowerment as it is based on the patients' personal motivations, needs and wants. 471 patients' profiles were analyzed through exploratory factor analysis.

Results. A four-factor bi-factor model, including one general factor and three specific factors of needs was most adequate. Specific factors were : (a) 'finances' and 'administrative tasks' ; (b) 'transports', 'public places', 'self-care', 'housework' and 'food' ; (c) 'family', 'children', 'intimate relationships' and 'friendship'.

Conclusions. As revealed by the general factor, patients expressing urgent needs in some domains are also more susceptible to report urgent needs in several other domains. This general factor relates to high versus low utilizers of public mental healthcare. Patients also present specific needs in life domains, which are organized in three dimensions : management ; functional disabilities ; familial and interpersonal relationships. These dimensions relate to the different types of existing social support described in the literature.

Keywords : ELADEB - Needs assessment - Severe mental illness – Public mental healthcare – Patient-centered practice - Care community

Complete reference

Bellier-Teichmann, T., Golay, P., Bonsack, C., & Pomini V. (2016). Patients' needs for care in public mental health: unity and diversity of self-assessed needs for care. *Frontiers in Public Health*, 4(22). doi: 10.3389/fpubh.2016.00022

Introduction

Needs assessment is recognized to be a key element of mental health care. People with severe mental illness often have a multifaceted combination of clinical and social needs. Scientific literature has not only shown that staff assessment and self-assessment of patients' needs diverge (Slade et al., 1996 ; Slade et al., 1998 ; Lasalvia et al., 2000; Hansson et al., 2001; Thornicroft & Slade, 2002; Simpson & House, 2003; Lasalvia et al., 2005) but has also revealed that authors do not agree on a unanimous structure of needs (Korkeila et al., 2005; Ritsner et al., 2012 ; Salvi et al., 2005 ; Wennström et al., 2004). These results reveal the difficulty in identifying a stable structure of patients' needs that would synthesize the way patients' psychosocial needs are organized.

Indeed, patients' needs profiles are individual and context-dependent. Therefore, having only one structure covering the whole variety of profiles seems hard to achieve. Another explanation for these disparities in the dimensions of needs found in the literature may rely on the statistics used in the studies, and more precisely on the limitations of the statistics implemented in the factor analyses (Schmitt, 2011; Jennrich & Bentler, 2011; Jennrich & Bentler, 2012). When traditional methods for factor rotation fail to reveal clear and interpretable solutions, the exploration of more complex structure presenting both general and specific factors needs to be considered (Sass & Schmitt, 2010; Reise, 2012). For instance recent rotation methods such as bi-geomin also referred as bi-factor exploratory factor analysis allow the simultaneous extraction of a general factor and specific factors that account for the unique influence of specific domains over the general factor (Jennrich & Bentler, 2012).

Finally, the type of needs assessment instruments used could also lead to various results. Most of the studies measuring the structure of patients' needs used the Camberwell Assessment of Need (CAN) (Phelan et al., 1995). This tool assesses the needs of people with severe and enduring mental illness. It covers a wide range of health and social needs and includes staff and user assessment. Various versions adapted to specific types of populations have been developed including a simplified patient self-assessment version (CAN Short Appraisal Schedule - Patient version; CANSAS-P ; Trauer et al., 2008). The CAN is generally considered useful and feasible for the standardized assessment of patients in routine mental health care.

Despite its good psychometric qualities, its wide diffusion in the mental health services and the numerous citations about it in the scientific literature, this instrument is not exempt from criticism. It allows a simultaneous self and staff evaluation that facilitates the clinical comparison of results. Nevertheless, there are two shortcomings with this method : it involves plenty of staff time in eliciting the patients' ratings and, more importantly, it potentially implies staff filtering of the patients' perspective (Trauer & Tobias, 2004). Self-assessments of needs may therefore be influenced by the staff's perception of patients' current needs. Moreover, Trauer and colleagues showed that chronic patients with psychiatric disorders experience difficulties even when completing simple questionnaires such as the CANSAS-P (Trauer et al., 2008). Almost a third of the patients reported difficulties in understanding how to fill out this questionnaire. Even if it appears simple to use, the CANSAS-P seems therefore not totally adapted for assessing chronic patients who present cognitive, verbal or language deficits. These limitations may thus be a possible explanation for the divergent needs structures obtained in the literature, especially when chronic patients are involved.

In response to these methodological and statistical limitations, we conducted a multicentric study with a more recent self-assessment scale and using a recently published statistical approach. In order to bypass the aforementioned limitations of the CANSAS-P with cognitively impaired patients, we used a different kind of self-reported tool: the difficulties and needs self-assessment tool (ELADEB). The assessment is achieved through a Q-Sort method whose aim is to facilitate a systematic quantitative evaluation of the patients' difficulties and needs. For a detailed discussion of the benefits of the Q-Sort approach see Bellier-Teichmann & Pomini (2015). This instrument aims at: (1) avoiding clinicians' interferences regarding patients' perceptions; (2) clarifying the concept of need by defining and measuring the urgency of needs and, therefore, a timeline for desired interventions. We hypothesized that the bi-factor exploratory factor analysis could give a better factorial solution of patients' needs. In the study reported here, we analysed data from 471 profiles of patients coming from three mental health centres. Our purpose was to observe whether the structure of needs, using this different self-assessment scale as well as recent statistical method, was similar to previous results obtained in the literature or whether it leads to a new model.

Material and methods

Participants

This multicentric study was approved by the Swiss National Health Service Research Ethics Committee. Patients were informed about the confidentiality of data and their right to withdraw from participation at any time. Written, informed consent was obtained from all patients. The difficulties and needs self-assessment tool (ELADEB) was administered to three groups of patients as a part of routine clinical assessments of three different mental health centres in the Department of Psychiatry at the University Hospital in Lausanne, Switzerland: (1) hospitalized patients participating in a case management program preparing their discharge from the hospital ($n = 104$); (2) patients taking part in an evaluative and treatment rehabilitative program for outpatient care ($n = 215$); and (3) patients in sheltered workshops and supervised housing ($n = 152$). The overall sample includes 471 patients (see Table 1). Participants were recruited between June 2008 and January 2013 through referrals from health professionals at each location. Assessments were conducted by psychologists who had received standardized training prior to the study. The interviews lasted about an hour. In order to avoid clinicians' interferences regarding patients' perceptions, the investigator and the patient were asked to remain silent during the card sorting procedure. A structured discussion was then conducted after the ratings were recorded. Inclusion criteria were (a) being between 18 and 70 years of age, (b) meeting ICD-10 criteria for a psychiatric diagnosis, and (c) having sufficient French language skills to understand the items. Exclusion criteria were (a) incapacity of discernment, (b) diagnosis of organic mental disorders and (c) presence of acute symptoms impeding assessment with the ELADEB.

Table 1 *Participants' socio-demographic characteristics*

Characteristic	
Mean age (years)	40 (SD = 5.6)
Gender (n (%))	
Female	228 (48.4%)
Male	243 (51.6%)
Marital status (n (%))	
Single	315 (66.9%)
Married	80 (17%)
Other	76 (16.1%)
Living situation	
Independent apartment	125 (26.5%)
With partner or family	165 (35%)
Supervised housing	173 (36.7%)
Other	8 (1.8%)
Schooling	
No schooling	57 (12.1%)
Compulsory school	147 (31.2%)
Apprenticeship	111 (23.6%)
High school, diploma, secondary school	47 (10%)
Other	109 (23.1%)
Occupation	
No professional activity	172 (36.5%)
Supervised workshops	150 (31.8%)
Training (apprenticeship, training college, secondary schools)	18 (3.8%)
Other	131 (27.9%)
Diagnosis categories (ICD-10)	
Mental disorders due to psychoactive substance use (F1)	30 (6.4%)
Schizophrenia (F2)	159 (33.8%)
Mood disorder (F3)	110 (23.4%)
Neurotic and anxiety disorder (F4)	42 (8.9%)
Behavioural syndromes (F5)	24 (5.1%)
Personality disorder (F6)	40 (8.5%)
Mental retardation (F7)	40 (8.5%)
Disorders of psychological development (F8)	21 (4.5%)
Unspecified mental disorder (F99)	5 (1.1%)

Measures

The ELADEB has been used to measure patients' needs. In order to bypass the limitations of traditional questionnaires and Likert scales, this instrument is based on a Q-sort method with cards that picture eighteen life domains. The card-sorting task helps patients with cognitive or verbal impairments to score their difficulties and needs on two 4-point Likert-type scales (level of difficulty; urgency of need for care). The ELADEB is widely used in French-speaking countries (Switzerland, France and Canada) as “Echelles Lausannoises d’Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins” (Pomini et al., 2008). A computerized version of the ELADEB has also been developed. This instrument can currently be used on smartphones and tablets with the benefit of instantly and automatically calculated scores.

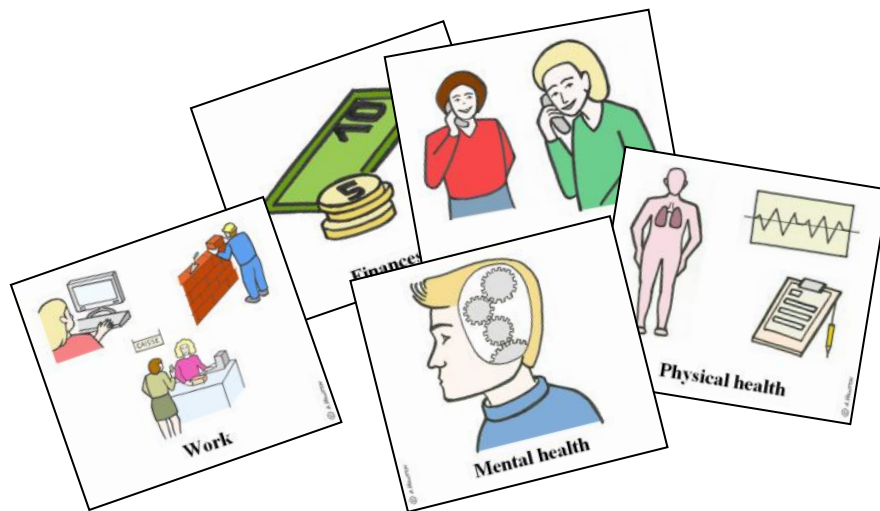


Figure 1 Example of the Q-sort cards used in the ELADEB

Twelve items are identical to the CAN, four items are a combination of several items of the CAN (mental health, addiction, housework and administrative tasks) and four items are new (work, public places, family and friendship). The psychometric properties of this scale have been validated (Pomini et al., 2008). The instrument is divided in two distinct subscales that are administered separately: (1) evaluation of difficulties, (2) evaluation of needs for additional intervention. The degree of urgency is coded into three levels: non-urgent needs (patients can wait for more than three months before an intervention); moderately urgent needs (the

intervention is expected between one and three months) and urgent needs (the intervention is expected within thirty days). Patients are invited to sort out and rank the cards representing the domains in which they perceive difficulties and needs. This method allows patients with pronounced cognitive or verbal impairments to make adequate subjective self-reports of their current problems and requests for additional care. Each of the 18 items score from 0 (no problem/need) to 3 (very important problem/urgent need). Clinical and rehabilitation needs can be assessed during the Q-sort even if they are not structured this way. For instance rehabilitation needs could be expressed through the 'treatment' item or by a more indirect but nonetheless specific manner (e.g. expressing needs for 'mental health', 'work' or 'accommodation'). Quantitative scores are reported on an Excel® file which automatically creates an individual profile of the importance of difficulties and the urgency of needs illustrated with a bar chart. Therefore, 36 separate item scores and two global scores are derived from the Q-sorting task. For the purpose of this study, only the urgency of needs scores were used in the statistical analyses.

Analysis

The two main factor analytic techniques used to assess the structure of psychometric scales are exploratory factor analysis (EFA), and confirmatory factor analysis, CFA). EFA is used when the relationship between items and latent variables is uncertain or unknown while CFA is used when the researcher has prior knowledge about the relationship between items and factors. Nevertheless, EFA is not totally exploratory because the number of factors to be retained must be determined and a method for factor rotation should be selected.

Many criteria have been proposed to determine the number of factors. Some of the better known methods are the Kaiser criterion (eigenvalue greater than 1), the Cattell scree test, Horn's parallel analysis or Velicer's minimum average partial method (MAP). Parallel analysis and MAP have proven to be the most accurate methods and the Kaiser rule is considered as the most inaccurate (Schmitt, 2011). However, many of these criteria have been developed for continuous variables and are often inaccurate or not well suited for ordered categorical or binary measures. Since the items of ELADEB were categorical ordinal, we used a selection strategy

based on both theoretical interpretability and goodness-of-fit indices. For that purpose, the comparative fit index (CFI) performs relatively better than the Tucker Lewis Index (TLI) and the root mean square error of approximation index (RMSEA) with categorical ordinal measures. A cutoff value close to .96 for CFI has acceptable rejection rates across models when the sample size is greater than 250 (Yu, 2002).

Getting back to the question of the choice of the factor rotation, its type is orthogonal when researchers hypothesize that the factors are not correlated and oblique when it is assumed that factors are or could be correlated with each other (Schmitt, 2011).

Despite adequate model fit, EFA with conventional rotation methods (e.g. Promax, Varimax) did not give interpretable results. Other solutions with more usual rotation method corresponded to complex factorial structures, for which a meaningful interpretation of the factors was not possible.

This led us to reconsider our approach to assess the dimensionality of self-assessed needs. Let us remember that most rotation methods are designed to recover a simple and clean structure (e.g., each item loads on only one factor). However, more complex structures may also be hypothesized. When both unity and diversity is expected within the constructs measured by the items, bi-factor models may be more adequate (Golay & Lecerf, 2011). The bi-factor structure is characterized by one general factor and a number of group factors. The general factor represents the commonality between the items, and the specific factors account for the unique influence of specific domains over the general factor. In this case, items can reflect both general and more specific constructs. We chose the oblique bi-geomin method, which is an EFA rotation criterion that allows all items to load directly onto a general factor and also onto one specific factor (Jennrich & Bentler, 2012). The general factor is modeled orthogonally to other factors and a perfect cluster structure for the loadings on the remaining factors is sought. The specific factors could be correlated among themselves (Golay & Lecerf, 2011). It allowed us to explore whether needs would show both unity and diversity and if derived factors would be more interpretable.

All models were estimated using a robust weighted least squares estimator with adjustments for the mean and variance (WLSMV). All statistical analyses were performed with the Mplus 7.0 software (Muthén & Muthén, 2012).

Results

Table 2 shows the distribution of need ratings on the four levels (from 0 = no need to 4 = urgent need). The three domains where the most additional help was needed were 'mental health' (45.9%), 'finances' (37.6%) and 'work' (37.6%). In other domains, 70-85% of patients reported no need.

The other columns indicate the urgency of needs for each dimension. When needs were expressed, patients tended to indicate moderate or urgent needs more frequently than non-urgent needs. More specifically, the frequency rating for non-urgent needs was generally equal or inferior to the frequency rating for moderately urgent needs except for 'intimate relationships' (8.7% non-urgent needs; 6.6% moderately urgent needs; 7.2 % urgent needs).

Non-urgent need (possibility to wait for more than three months before an intervention) was chosen by more than 10% of the patients only in the 'work' domain. 'Mental health' and 'finances' were the two most often reported items regarding urgent need (25.9% and 19.1%).

Urgent needs were expressed by more than 10% for the 'treatment' (15.1%), 'work' (13.8%), 'physical health' (12.7%), 'food' (11.6%) and 'accommodation' (10.8%) domains. Most of the expressed needs were considered urgent by patients except for the 'work' domain. This shows a contrast between short and long-term concerns. Patients reported short-term concerns for health and finances but long-term concerns regarding work.

Table 2 *Univariate proportions and frequencies for need for care (N = 471)*

<i>Items</i>	<i>Rating</i>							
	<i>No need for care</i>		<i>Non-urgent need (more than 3 months)</i>		<i>Moderately urgent need (between 1 and 3 months)</i>		<i>Urgent need (within 30 days)</i>	
	<i>%</i>	<i>Count</i>	<i>%</i>	<i>Count</i>	<i>%</i>	<i>Count</i>	<i>%</i>	<i>Count</i>
Accommodation	76.01	358	5.10	24	8.07	38	10.83	51
Finances	62.42	294	8.49	40	9.98	47	19.11	90
Work	62.42	294	10.19	48	14.01	66	13.38	63
Free time	83.44	393	4.67	22	5.10	24	6.79	32
Administrative tasks	75.16	354	6.79	32	8.70	41	9.34	44
Housework	85.35	402	2.55	12	6.58	31	5.52	26
Transports	84.93	400	4.67	22	6.16	29	4.25	20
Public places	84.08	396	3.61	17	7.86	37	4.46	21
Friendship	78.98	372	5.52	26	7.01	33	8.49	40
Family	80.25	378	5.52	26	8.70	41	5.52	26
Children	85.77	404	2.97	14	4.88	23	6.37	30
Intimate relationships	77.49	365	8.70	41	6.58	31	7.22	34
Food	77.92	367	5.31	25	5.10	24	11.68	55
Self-Care	94.27	444	1.70	8	1.70	8	2.34	11
Physical health	71.76	338	5.73	27	9.77	46	12.74	60
Mental health	54.14	255	7.86	37	12.10	57	25.90	122
Addiction	84.50	398	5.52	26	4.67	22	5.31	25
Treatment	75.16	354	4.03	19	5.73	27	15.07	71

Solutions including 1 to 4 factors were compared. As shown in Table 3, the criteria of adequate fit was first met with the three-factor model (CFI = 0.970). Comparison between the 3- and 4-factor solutions revealed that the general and the first two specific factors were similar. Nevertheless, the two specific factors were much more clearly defined in the 4-factor solution. As the interpretation of the extra specific factors was meaningful and straightforward, we chose to report the 4-factor solution (Table 4). Because the goodness-of-fit for the 4-factor model was excellent, no further factors were extracted.

Table 3 *Comparisons of model fit for need for care*

Model	χ^2	df	RMSEA	Probability RMSEA $\leq$ 0.05	SRMR	TLI	CFI
1. Single-factor model	279.294	135	0.048	0.679	0.094	0.896	0.908
2. Two-factor model	212.069	118	0.041	0.951	0.078	0.923	0.940
3. Three-factor model	149.878	102	0.032	0.999	0.062	0.954	0.970
4. Four-factor model	111.081	87	0.024	1.000	0.052	0.973	0.985

Note. df = degree of freedom; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; TLI = Tucker-Lewis Index; CFI = Comparative Fit Index.

Results showed a general factor with loadings $>.40$ on every item except 'finances', 'transports', 'self-care' and 'addiction'. The 'finances' item showed specificity by loading uniquely on the first specific factor (.98). 'Transports' and 'self-care' loaded on the second specific factor (.50 and .37 respectively). The 'addiction' item did not load on any specific factor, and only moderately on the general one (.36). So each item was clearly represented in the structure except one ('addiction').

The first specific factor was essentially composed by the financial needs. 'Administrative tasks' also loaded moderately on the first specific factor (.31). The second specific factor was mainly defined by 'transports' and 'public places', with moderate loadings for 'self-care' (.37) 'housework' (.35) and 'food' (.29). Finally, the 'family', 'children' and 'intimate relationships' items defined the last and third specific factor. 'Friendship' also loaded moderately on this third specific factor (.36). Familial and relational needs tended to be expressed altogether by the patients.

Table 4 *Factor loadings for the exploratory four-factor model of needs for care (oblique bi-geomin rotation)*

<i>Items</i>	<i>Factor loadings</i>			
	<i>General</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>
Accommodation	0.449	0.205	-0.135	-0.047
Finances	0.290	0.981	0.029	0.028
Work	0.459	0.055	-0.323	-0.045
Free time	0.682	-0.126	0.232	0.070
Administrative tasks	0.470	0.311	-0.098	-0.144
Housework	0.494	0.088	0.346	-0.015
Transports	0.277	0.178	0.497	-0.032
Public places	0.579	-0.085	0.453	0.031
Friendship	0.549	-0.063	0.182	0.363
Family	0.655	0.083	-0.024	0.443
Children	0.543	0.188	-0.086	0.434
Intimate relationships	0.609	-0.095	0.037	0.395
Food	0.578	-0.010	0.293	-0.260
Self-Care	0.352	0.031	0.370	-0.146
Physical health	0.609	-0.004	-0.009	-0.263
Mental health	0.792	-0.039	-0.130	0.018
Addiction	0.363	-0.065	-0.154	-0.155
Treatment	0.634	-0.102	-0.003	0.054
<i>Factor correlations</i>				
	<i>General</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>
General	1.000			
F1	0.000	1.000		
F2	0.000	-0.089	1.000	
F3	0.000	-0.020	-0.059	1.000

Note. Loadings in bold are $>.30$. $p < .05$.

The correlations between the general and specific factors are also shown in Table 4. Generally, the four factors were weakly correlated with each other. The specific factors can be interpreted as the unique influence of specific domains over the general factor. They were not related to each other. This means that patients requesting specific help in one domain did not report needs in other specific domains.

Discussion

This study is the first to investigate the factorial structure of patients' needs for intervention with the bi-factorial approach. This method led us to identify a structure of patients' needs with four factors: one general and three specific factors. This four-factorial structure offers a well-defined place for every item, except 'addiction'.

A general factor can be interpreted as the domain-general component of every item (with significant loadings). It represents unidimensionality in needs for

care. The general factor shows patients' tendency to have either urgent or non-urgent needs in every life domain. Therefore, the general factor tends to distinguish patients' needs more in terms of urgency than in specific life domains. Patients reporting urgent needs in one specific domain tend to report the same level of urgency in other domains. The level of urgency, therefore, is not specific to one particular domain. Similarly, patients reporting non-urgent needs tend also to report non-urgent needs in other domains. Thus, the general factor can be considered as an indicator of crisis for the patient more than an indicator of one specific need domain.

By contrast, the three specific factors indicate the existence of independent dimensions beyond the global urgency of need. They may be viewed as additional components of needs and are used to explain departures from unidimensionality. They cover patients' needs in three domains: (1) management, (2) functional disabilities, and (3) familial and interpersonal relationships. The first factor shows essentially the presence of financial but also administrative needs (patients struggling with finances also tend to seek help regarding administrative tasks, but not systematically). 'Transports' has the highest loading on the second specific factor, which also comprises 'public places'. We could have first interpreted this factor as an 'agoraphobia' factor because these types of needs are related with difficulties in going out to public places, as well as using public transportation. The positive saturation of the 'self-care' item found on this factor is also compatible with such an interpretation. Indeed, patients conscious of their personal hygiene needs may be more reluctant to go outside and interact with others. However, as 'housework' and 'food' also positively load on this factor, even if less strongly, and because agoraphobia implies a very specific meaning, we preferred using a more global name, such as 'functional disability'. The third factor, which is labeled 'interpersonal relationships', comprises 'family', 'children', 'intimate relationships', and 'friendship' (with a moderate loading on it).

As mentioned in the introduction, the number and types of factors vary between the studies dedicated to the measurement of patients' needs. Korkeila et al. (2005) used the CAN and obtained four factors, whereas Salvi et al. (2005) found seven factors with the CANSAS. When needs are self-evaluated by patients, the factorial structures are, again, divergent: Korkeila et al. (2005) obtained five factors, whereas Ritsner et al. (2012), used the CANSAS-P and obtained four factors. However, all of these studies tend to show specific types of needs for intervention

expressed by patients. In some aspects, our results are similar and, in others, different from those found in the literature. The major novelty obtained within this current study lies in the identification of a general factor. This general factor has never been reported in previous studies. Indeed, the factorial structures found in the literature are all organized around specific types of needs for intervention. This general factor can be considered as an indicator of crisis for the patient indicating the current level of urgency of needs.

Regarding the specific factors we identified, one study obtained a similar structure to our results (Wennström et al., 2004). These researchers used the CAN rated by key workers with patients suffering from severe mental illness. They obtained a fairly simple structure that separates (1) functional disability, (2) social loneliness and (3) emotional loneliness. Our results split the functional disability factor proposed by Wennström et al. (2004) in two dimensions. Indeed, our findings distinguish 'management needs' (comprising 'finances' and 'administrative tasks') from 'functional disabilities' (comprising 'transports', 'public places', 'self-care', 'housework' and 'food'). On the contrary, their social and emotional loneliness factors are combined into one 'interpersonal relationships needs' factor in our results. Such differences could be explained by differences in the content of the instruments. However, because general factors are typically not represented with more classical EFA, the unique influence of specific domains over the general factor is in fact still largely unknown in other studies. Previously identified specific factors could also differ from the present study because variance from the general factor was not partialled out (Golay & Lecerf, 2011). Based on our interpretation of the general factor as a possible crisis indicator, we emphasize the usefulness of disentangling the influence of specific domains over the general factor. We hypothesize that the structure of needs with other instruments could also show both unity and diversity and be bi-factorial in nature.

Limitations

Several methodological limitations can be identified. This study reported the results of patients' self-evaluations of needs. If the self-reported needs of patients seem essential in planning treatment strategies adapted to patients' needs, it would

be interesting to compare and contrast these perceptions with staff ratings. This should ideally be performed with two different and independent investigators in order to avoid patients' perspectives being filtered by staff or vice-versa (Trauer et al., 2008). As the ELADEB is different from the CANSAS, it would be interesting to use both measures with the same sample of patients. Such a protocol could provide validation data for both instruments and permit a real direct comparison between them.

The second major limitation of our study is that data on patients' social functioning, chronicity, level of depression or anxiety, etc. are missing. Adding these data would allow for the assessment of more specific questions, such as the role of chronicity in the profile of patients' needs.

One should also note that model fit in EFA is not affected by the rotation method. It was therefore not possible to compare different solutions based on the same number of factor but on different rotation methods on statistical grounds. This means that our work was not purely empirical, but also highly theory-driven. Indeed when evaluating the quality of a model one cannot simply rely on statistical results and must also evaluate how interpretable and useful a given model is in light of the substantive phenomenon under investigation.

Clinical implications

This study has two levels of implications: an individual and a public mental health level. On an individual level, the specific factors obtained showed the specific domains in which patients experience needs for care. For example, if a patient tends to have needs regarding his family life, he probably will also experience needs in terms of other interpersonal relationships, such as friendship. The specific factors we found relate mainly to social interventions (finances, functional disability and interpersonal relationships), which are generally less covered by classical psychiatric or psychotherapeutic interventions. These domains seem to be more covered by rehabilitative or community interventions such as competences training, financial help or help for social integration. Interestingly, the three main areas of specific needs are similar to the four types of social support classically reported in the literature: financial, emotional, self-esteem and instrumental support (Cuzzocrea,

Murdaca, Costa, Filippello, & Larcán, 2015; Sarason, Sarason, Shearin, Pierce, 1987; Upton & Upton, 2015). It is interesting to think about a relationship between the types of specific needs expressed by patients and the kinds of social support found and described in the literature. Therefore, our results and model is coherent when related to this social support model.

Moreover, the concept of need, defined as the degree of urgency for additional intervention, facilitates an immediate health care response that is adapted to the patients' perception of their needs. As a function of the patients' perceptions, the clinical care team can immediately orient and develop further interventions responding and corresponding to the degree of urgency.

Another important clinical implication related to this individual level relies on the fact that the ELADEB is entirely based on patients' perspectives. There is now considerable evidence that clinicians tend to consistently misread their patients' needs and wants, while confidently considering that they rate them correctly (Noble, Douglas, & Newman 1999; Trauer & Callaly, 2002). A patient-centered psychiatric practice facilitates empowerment, as it is based on the patients' personal motivations, needs and wants (Bellier-Teichmann & Pomini, 2015; Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008; Nelson, Lord, & Oshock, 2001). Furthermore, including the patient's point of view enhances the clinician-patient relationship (Trauer, 2010). The use of a self-assessment scale represents a unique way of obtaining patients' perceptions. Therefore, these results have clinical implications in terms of better understanding patients' functioning according to the different domains of their needs for care. These results may be beneficial in order to use adapted treatment strategies according to the patients' specific and personal needs for care. Furthermore, self-evaluations should be done with tools that are easily understood by patients with chronic mental illnesses, they should also be 'pure' in terms of avoiding interferences from the staff's perspective of the patients' needs. Therefore, the ELADEB is based on a Q-sort method using cards with pictures that facilitate self-evaluation. Consequently, this instrument can easily be adapted and translated into different languages. The computerized version for smartphones or tablets is as easy and intuitive to use as the printed version and shows immediately the results in a table and a graph. Furthermore, this tool is adapted to the clinical context and to patients with chronic cognitive or verbal deficits. At the same time, it is based on scientific standards with validated psychometric properties.

On a public mental health level, our findings indicate that some patients demonstrate an urgent need for intervention in almost every domain. Other patients may report a similar level of symptoms but do not seek intervention services as often. These results address therefore the question of high consumers and users of mental healthcare versus low users. High consumers may mobilize most of the resources in mental healthcare services. From a public mental health standpoint, it is therefore beneficial to be attentive to and aware of this general factor showing that patients tend to have either urgent needs in different areas or non-urgent needs in several domains. This phenomenon of unity versus diversity of needs for care is therefore relevant at both the individual and the public mental health level. Still from a public health perspective, ELADEB may be proved worthwhile to characterize case-mix. Identifying self-reported needs at both the individual and institutional level may guide decision-making in regard to the allocation and resource use. While needs assessment is recognized to be a central element of mental health care, staff assessment and self-assessment of patients' needs diverge. Thus identifying important differences between admission and discharge could complement traditional routine clinical outcome measures.

Conclusion

This study provides a synthesis and structure of patients' needs for care using a recent self-assessment scale as well as a recently published statistical method. It offers a new perspective in suggesting a four-factor model including one general and three specific dimensions of needs that represent management, functional disabilities as well as familial and interpersonal relationships.

ARTICLE 2: Patients' psychosocial difficulties and needs for care: a comparison between four diagnostic groups

Abstract

This study investigates whether patients suffering from different psychopathologies differ in terms of types of difficulties and needs they express. 341 patients' profiles divided in four diagnostic groups according to the ICD-10 criteria were compared: patients suffering from schizophrenia; mood disorder; neurotic or anxiety disorder; substance abuse and dependence. Results showed that patients suffering from schizophrenia expressed less severe difficulties than patients suffering from mood disorders and neurotic or anxiety disorders regarding everyday life activities, interpersonal and social life, health. Patients suffering from schizophrenia reported less urgent needs than patients suffering from mood disorder. These results have implications on a clinical and on a public mental health level. Patients suffering from schizophrenia may underestimate their current difficulties and needs, whereas patients suffering from mood and anxiety disorders may overestimate them.

Keywords: Self-assessment scale; Severe mental disorders; Psychosocial difficulties and needs; Diagnostic groups; ELADEB

Complete reference

Bellier-Teichmann, T., Golay, P., Bonsack, C., & Pomini V. (soumis). Patients' psychosocial difficulties and needs for care: a comparison between four diagnostic groups. *Community and Mental Health Journal*

Introduction

Careful assessment of patients' difficulties and needs is recognized to be a key element of mental health care, particularly with severe and chronic patients. These patients often have a multifaceted combination of clinical and social needs and difficulties, which cannot be comprehended by the diagnostic alone. Therefore, assessment of social difficulties and needs goes beyond classical clinical evaluation only centred on symptoms and psychopathology. In psychiatric rehabilitation services, these psychosocial tools are commonly used and their efficacy in treatment planning and strategies has been demonstrated (Andresen et al., 2003; Evans, Greenhalgh, & Connelly, 2000; Slade et al., 2004; Slade et al., 2006; Van Busschbach & Wiersma, 2002). They also facilitate a better definition of recovery objectives.

At the current state of research, the evaluation of patients' difficulties and needs mainly addressed patients suffering from schizophrenia. Consequently, we start to have a solid understanding of patients' difficulties and needs within this specific type of population (Korkeila et al., 2005; Ritsner et al., 2012; Wennström et al., 2004). Only few studies assessing difficulties and needs included patients suffering from other psychopathologies (Salvi et al., 2005; Slade et al., 1999). Moreover, in the context of mental health care, no previous study compared the differences across diagnoses regarding difficulties and needs expressed by patients. Most of the studies comparing different diagnoses merely dealt with a comparison between socio-demographic characteristics, comorbidity, types of symptoms, level of insight, etc. The comparison between different diagnoses, as well as the impact of various symptoms on self-evaluation of difficulties and needs remains unexplored. Certainly, if the symptoms between distinct psychopathologies differ, the types of difficulties and needs expressed, as well as their severity and urgency may share commonalities and differences.

From a clinical perspective, it is beneficial to know whether certain diagnoses are associated with specific types of needs or difficulties. Moreover, knowing whether patients suffering from schizophrenia, mood disorder, anxiety disorder and substance dependence differ in terms of severity of difficulties encountered in their lives, as well as urgency of needs is a significant clinical material. This gives the clinician essential information regarding the type of needs

mainly associated with a specific diagnostic as well as the type of help and services to offer. Furthermore, this should allow clinicians to better establish treatment strategies adapted to each patient depending on his or her diagnostic.

From a public mental health perspective, this refers to the issue of how to group patients in the most effective way in different psychiatric services. In mental health services, patients may be grouped according to their diagnostic or according to the level of severity or chronicity of their difficulties and needs. Knowing whether there are specific types of difficulties and needs associated with certain psychopathologies addresses these public mental health issues. Further exploration of these questions is necessary in order to create mental health services, which are the most effective in terms of clinical treatments adapted to each patient.

We analysed data from 341 profiles of patients coming from three mental health centres. The relationship between types of psychopathologies and profiles of self-assessed difficulties and needs for care was explored. The goal of this study was to investigate whether patients suffering from different pathologies differ in terms of specific domains or types of difficulties and needs they express, as well as in terms of severity of difficulties and urgency of needs.

Methods

Participants

This multicentric study was approved by the Swiss National Health Service Research Ethics Committee. The difficulties and needs self-assessment tool (ELADEB) was administered to three groups of patients as a part of routine clinical assessments of three different mental health centres in the Department of Psychiatry at the University Hospital in Lausanne, Switzerland: (1) hospitalized patients participating in a case management program preparing their discharge from the hospital ($n = 66$); (2) patients taking part in an evaluative and treatment rehabilitative program for outpatient care ($n = 165$); and (3) patients in sheltered workshops and supervised housing ($n = 110$). The overall sample includes 341 patients (see Table 1). Participants were recruited between June 2008 and January 2013 through referrals from health professionals. Inclusion criteria were (a) being between 18 and 70 years of age, (b) meeting ICD-10 criteria for a psychiatric diagnosis, and (c)

having sufficient French language skills to understand the items. Exclusion criteria were (a) incapacity of discernment, (b) diagnosis of organic mental disorders and (c) presence of acute symptoms impeding assessment with the ELADEB. ICD-10 diagnostic criteria were respected and our sample included patients suffering from the four following diagnoses: F1; substance abuse and dependence; F2, schizophrenia; F3, mood disorders; F4, neurotic or anxiety disorders.

Table 1 *Participants' socio-demographic characteristics*

Characteristic	
Mean age (years)	41 (SD = 13.1)
Gender (n (%))	
Female	156 (45.7%)
Male	185 (54.3%)
Marital status (n (%))	
Single	221 (64.8%)
Married	56 (16.4%)
Other	64 (18.8%)
Living situation	
Independent apartment	96 (28.2%)
With partner or family	110 (32.3%)
Supervised housing	132 (38.7%)
Other	3 (0.8%)
Schooling	
No schooling	29 (8.5%)
Compulsory school	109 (32%)
Apprenticeship	81 (23.8%)
High school, diploma, secondary school	88 (25.7%)
Other	34 (10%)
Occupation	
No professional activity	130 (38.1%)
Supervised workshops	116 (34%)
Training (apprenticeship, training college, secondary schools)	5 (1.5%)
Other	90 (26.4%)
Diagnosis categories (ICD-10)	
Mental disorders due to psychoactive substance use (F1)	30 (8.8%)
Schizophrenia (F2)	159 (46.6%)
Mood disorder (F3)	110 (32.3%)
Neurotic and anxiety disorder (F4)	42 (12.3%)

Measures

A self-report inventory assessing patients' psychosocial difficulties and needs for care (ELADEB) has been used. The ELADEB is widely used in French-speaking countries (Switzerland, France and Canada) as "Echelles Lausannoises

d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins" (Pomini et al., 2008). This instrument measures quantitatively patients' difficulties and needs regarding eighteen life domains. These life domains may be categorized into three dimensions called (a) everyday life activities ('accommodation', 'finances', 'work', 'free time', 'administrative tasks', 'housework', 'transports', 'public places'); (b) interpersonal and social life ('friendship', 'family', 'children', 'intimate relationships' and) and (c) health ('food', 'self-care', 'physical health', 'mental health', 'addiction', 'treatment'). Their psychometric properties have been validated (Bellier-Teichmann, Golay, Bonsack, & Pomini, 2016; Bonsack et al., 2016; Pomini et al., 2008; Roder & Schmidt, 2015; Tramier, Petitjean, Nouat, Tschan, & Carpentier, 2013).

In order to bypass the limitations of traditional questionnaires and Likert scales, this instrument is based on a Q-sort method with cards that picture the eighteen life domains (see Figure 1) (Bellier-Teichmann & Pomini, 2015; Trauer et al., 2008). Based on a card-sorting task, these scales define patients' profiles for the areas of life in which they may experience difficulties and needs for additional help or intervention. Patients are invited to sort out and rank the cards representing the domains in which they perceive difficulties and needs. This method allows patients with pronounced cognitive or verbal impairments to make adequate subjective self-reports of their current problems and requests for additional care. Each of the 18 items score from 0 (no difficulty/need) to 3 (very severe difficulty/urgent need). The instrument is therefore divided in two distinct subscales that are administered separately : (1) evaluation of difficulties (2) evaluation of needs for additional intervention. The degree of difficulty is coded into four levels : absence of difficulties; non-severe difficulties; severe difficulties; very severe difficulties. The degree of urgency is coded into four levels : absence of needs ; non-urgent needs (patients can wait for more than three months before an intervention); moderately urgent needs (the intervention is expected between one and three months) and urgent needs (the intervention is expected within thirty days). This instrument aims at : (1) avoiding clinicians' interferences regarding patients' perceptions; (2) clarifying the concept of need by defining and measuring the urgency of needs as well as a timeline for desired interventions.

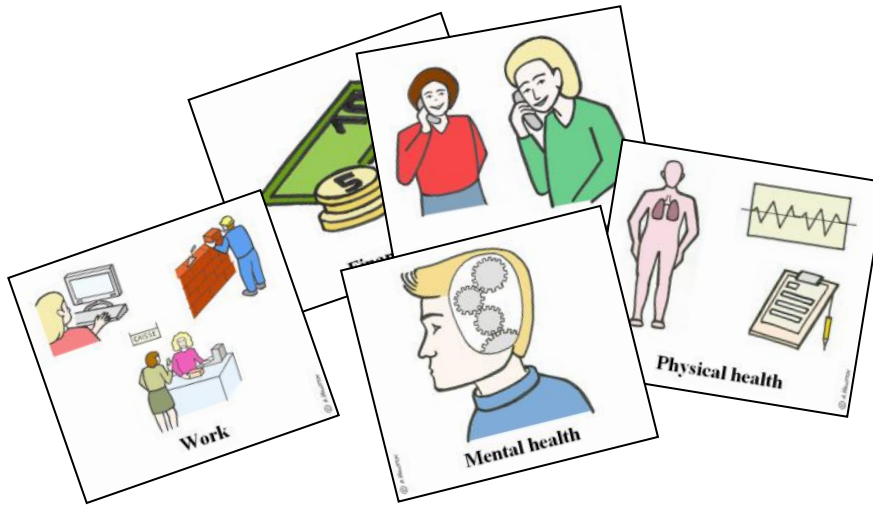


Figure 1 Example of the Q-sort cards used in the ELADEB

Quantitative scores are reported on an Excel® file which automatically creates an individual profile of the severity of difficulties and the urgency of needs illustrated with a bar chart. A computerized version of the ELADEB has also been developed. This instrument can currently be used on smartphones and tablets with the benefit of instantly and automatically calculated scores. The severity of difficulties as well as the urgency of needs scores can be categorized into the three comprehensive categories 'everyday life activities', 'interpersonal and social life' and 'health' (Bellier-Teichmann et al., 2016; Pomini et al., 2008). Therefore, 36 item scores and six composite scores can be derived from the Q-sorting task.

For the purpose of this study, the three comprehensive scores for the difficulties and for the needs were used in the statistical analyses.

Analysis

Because the distribution of the scores used for the comparisons did not meet the assumption of normality, comparisons between the four diagnostic groups were performed using non-parametric tests (Kruskal-Wallis & Mann-Whitney U tests). P-values were adjusted for multiple comparisons using the Bonferroni correction.

Data are presented descriptively using median (Mdn) and interquartile range (IQR). All statistical analyses were performed with IBM SPSS version 22. All statistical tests were two-tailed and significance was determined at the .05 level.

Results

Table 2 shows the distribution of difficulty ratings on the four levels (from 0 = no difficulties to 4 = very severe difficulties) for the whole sample of patients. The two first columns show the domains in which patients expressed no difficulty. An absence of difficulty in the domain of 'self-care' was reported by 89% of patients. Three domains where difficulties were highlighted by more than 50% of the patients were 'mental health' (64.5%), 'work' (53.3%) and 'finances' (50.5%). In all the other domains, more than 50% of patients reported no difficulties.

The other columns indicate the severity of difficulties for each dimension. When difficulties were expressed, patients tended to indicate severe difficulties more frequently than non-severe difficulties or very severe difficulties.

Non-severe difficulties were indicated by more than 13% of the patients only in the 'food' domain. 'Mental health', 'work' and 'finances' were the three most often reported items regarding very severe difficulties (37.2%, 24.9% and 23.8%).

Table 2 *Univariate proportions and frequencies for difficulties (N = 341)*

Items	Rating							
	No difficulty		Non-severe difficulty		Severe difficulty		Very severe difficulty	
	%	Count	%	Count	%	Count	%	Count
Accommodation	68.9	235	6.2	21	12.9	44	12.0	41
Finances	49.6	169	8.8	30	17.9	61	23.8	81
Work	46.6	159	11.1	38	17.3	59	24.9	85
Free time	68.9	235	12.6	43	10.6	36	7.9	27
Administrative tasks	61.3	209	12.0	41	16.1	55	10.6	36
Housework	71.3	243	12.9	44	10.3	35	5.6	19
Transports	72.7	248	8.8	30	11.4	39	7.0	24
Public places	66.6	227	11.1	38	13.8	47	8.5	29
Friendship	64.5	220	12.0	41	12.6	43	10.9	37
Family	56.9	194	8.8	30	17.9	61	16.4	56
Children	74.2	253	6.5	22	8.2	28	11.1	38
Intimate relationships	52.2	178	12.9	44	16.7	57	18.2	62
Food	64.5	220	13.8	47	12.0	41	9.7	33
Self-Care	89.4	305	4.1	14	3.2	11	3.2	11
Physical health	54.3	185	11.7	40	15.0	51	19.1	65
Mental health	35.5	121	7.9	27	19.4	66	37.2	127
Addiction	71.3	243	8.8	30	10.3	35	9.7	33
Treatment	67.2	229	9.4	32	13.2	45	10.3	35

Table 3 shows the distribution of need ratings on the four levels (from 0 = no need to 4 = urgent need). The two first columns show the domains in which

patients expressed no need for care. As for the difficulties, the domain in which most of the patients expressed an absence of need was 'self-care' (94%). Three domains where additional help was needed for more than 35% of the patients were 'mental health' (46.3%), 'finances' (39%) and 'work' (35.2%). In all the other domains, more than 65% of patients reported no need.

The other columns indicate the urgency of needs for each dimension. When needs were expressed, patients tended to indicate moderate or urgent need more frequently than non-urgent need. More specifically, the frequency rating for non-urgent needs was generally inferior to the frequency rating for moderately urgent needs except for 'transports', 'intimate relationships', 'self-care' and 'addiction'.

Non-urgent need (possibility to wait for more than three months before an intervention) was chosen by more than 10% of the patients only in the 'work' domain.

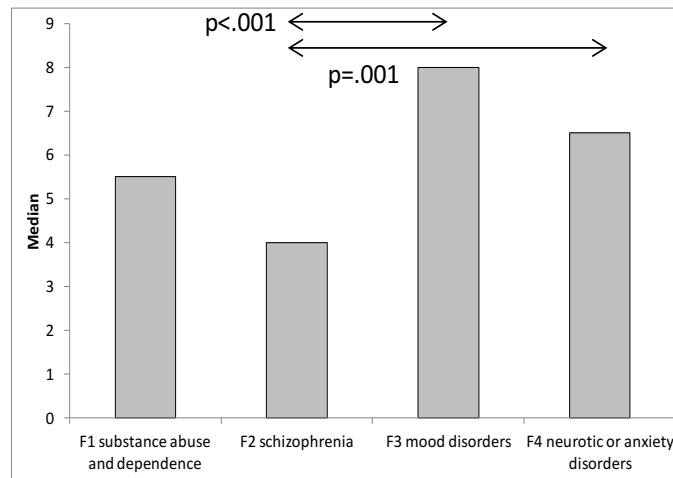
'Mental health', 'finances' and 'treatment' were the three most often reported items regarding urgent need (26.4%, 19.4% and 15.5%). Besides these three domains, urgent need was expressed by more than 10% for the 'physical health' (12.9%), 'work' (11.7%), 'food' (10.6%) and 'accommodation' (10.3%) domains.

Table 3 *Univariate proportions and frequencies for needs for care (N = 341)*

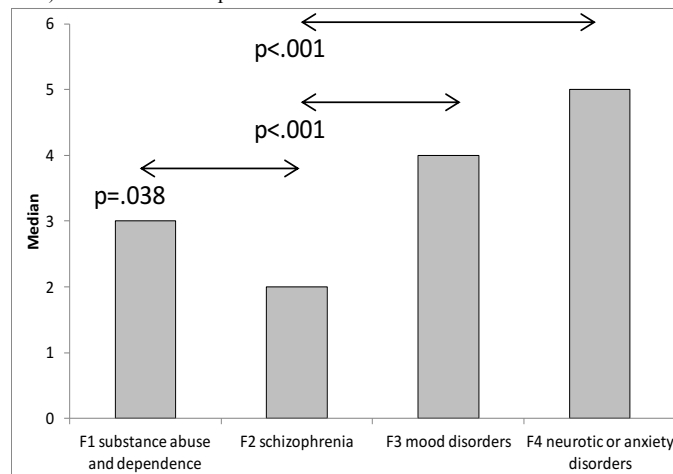
Items	Rating							
	No need for care		Non-urgent need (more than 3 months)		Moderately urgent need (between 1 and 3 months)		Urgent need (within 30 days)	
	%	Count	%	Count	%	Count	%	Count
Accommodation	76.0	259	5.6	19	8.2	28	10.3	35
Finances	61.0	208	8.5	29	11.1	38	19.4	66
Work	64.8	221	10.6	36	12.9	44	11.7	40
Free time	84.2	287	4.7	16	5.3	18	5.9	20
Administrative tasks	76.5	261	6.2	21	8.8	30	8.5	29
Housework	86.5	295	3.5	12	5.3	18	4.7	16
Transports	83.9	286	5.6	19	6.5	22	4.1	14
Public places	83.6	285	4.1	14	7.9	27	4.4	15
Friendship	77.4	264	6.2	21	7.3	25	9.1	31
Family	80.9	276	5.0	17	8.5	29	5.6	19
Children	85.3	291	3.2	11	5.9	20	5.6	19
Intimate relationships	79.2	270	8.8	30	5.6	19	6.5	22
Food	78.0	266	5.9	20	5.6	19	10.6	36
Self-Care	94.1	321	2.1	7	1.2	4	2.6	9
Physical health	71.0	242	6.5	22	9.7	33	12.9	44
Mental health	53.7	183	8.2	28	11.7	40	26.4	90
Addiction	83.9	286	6.5	22	4.7	16	5.0	17
Treatment	73.0	249	4.4	15	7.0	24	15.5	53

In Figure 2, median scores for patients' difficulties were charted for each diagnostic category across the three measured domains. Comparisons revealed firstly that regarding the domain of 'everyday life activities' patients suffering from schizophrenia manifested less severe difficulties than patients suffering from mood disorders (adjusted p-value $<.001$) as well as patients suffering from neurotic or anxiety disorders (adjusted p value = $.001$). Secondly, regarding the domain of 'interpersonal and social life', patients suffering from schizophrenia reported less severe difficulties than the three other groups of patients suffering from substance abuse and dependence, mood disorders and neurotic or anxiety disorders (adjusted p-values = $.038$, $<.001$ & $<.001$ respectively). Thirdly, regarding the domain of 'health': patients suffering from schizophrenia expressed less severe health difficulties than patients suffering from mood disorders (adjusted p-value $<.001$), as well as patients suffering from neurotic or anxiety disorders (adjusted p-value = $.023$). There were no statistical differences between patients suffering from substance abuse and dependence and the three other diagnoses.

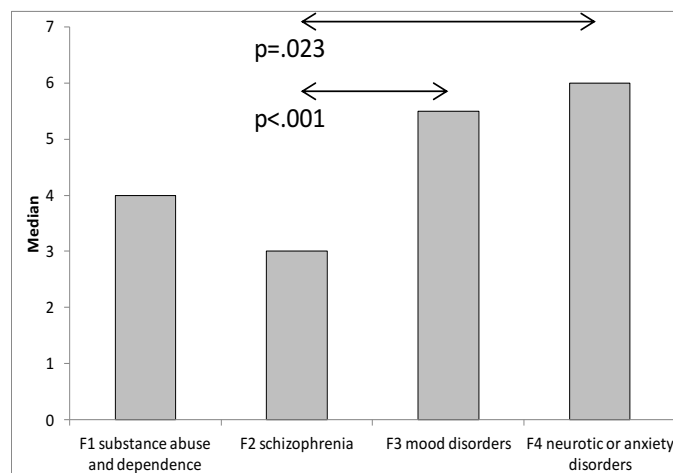
1a) difficulties in everyday life activities



2a) difficulties in interpersonal and social life



3a) difficulties in health

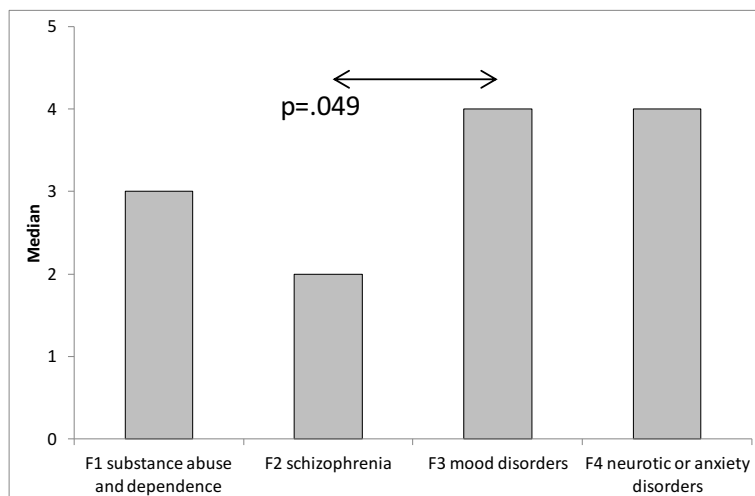


Note. All p-values were adjusted for multiple comparisons using the Bonferroni correction.

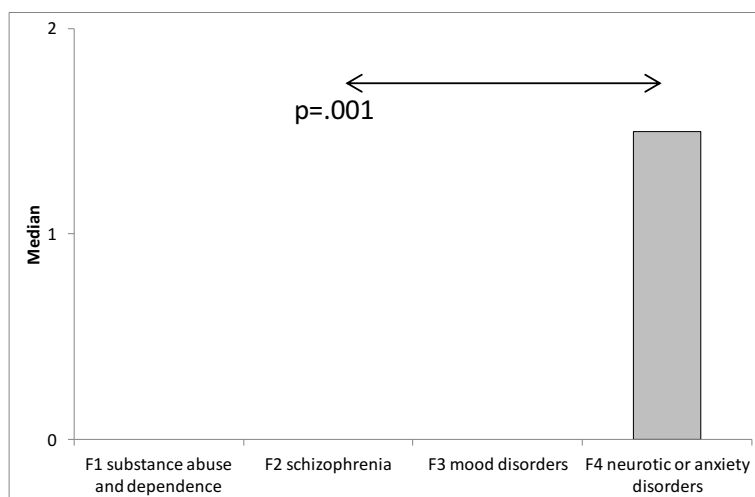
Figure 2 Comparison of median scores across diagnostic groups for difficulties

In Figure 3, median scores for patients' needs were charted for each diagnostic category across the three measured domains. Patients suffering from schizophrenic disorders named less urgent needs regarding the everyday life domain than patients suffering from mood disorders (adjusted p-value = .049). Concerning the interpersonal and social aspects of their lives, patients suffering from schizophrenic disorders reported less urgent needs than patients suffering from neurotic or anxiety disorders (adjusted p-value = .001). Finally regarding the health sphere, patients suffering from schizophrenia expressed less urgent needs than patients suffering from mood disorders (adjusted p-value <.001.), as well as patients suffering from neurotic or anxiety disorders (adjusted p-value = .013).

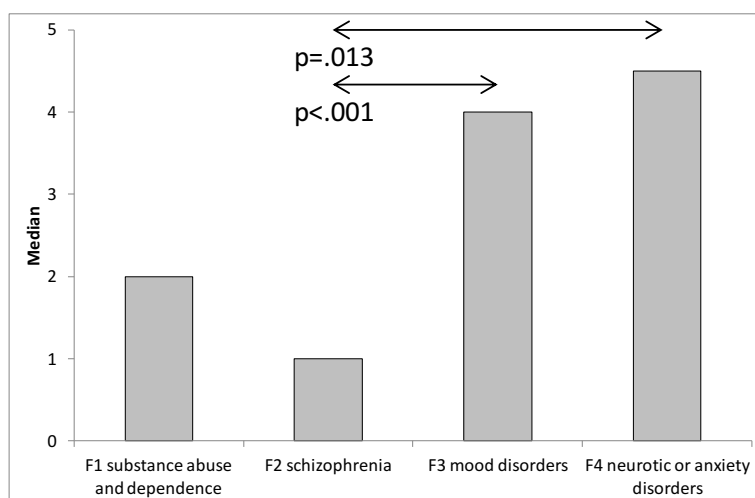
1a) needs in everyday life activities



2a) needs in interpersonal and social life



3a) needs in health



Note. All p-values were adjusted for multiple comparisons using the Bonferroni correction.

Figure 3 Comparison of median scores across diagnostic groups for needs

In summary, results showed that patients suffering from schizophrenia expressed less severe difficulties in the three measured domains than patients suffering from mood disorders (all adjusted p-values $<.001$) as well as neurotic or anxiety disorders (adjusted p-value = .001, $<.001$ & = .023 respectively). They also reported less urgent needs than patients suffering from mood disorders regarding the domains of 'everyday life activities' (adjusted p-value = .049) and 'health' (adjusted p-value $<.001$). Furthermore, patients suffering from schizophrenia presented less urgent needs than patients suffering from neurotic or anxiety disorders regarding 'interpersonal and social life' (adjusted p-value = .001) and 'health' (adjusted p-value = .013).

Discussion

This study is the first to investigate the differences in terms of profiles of difficulties and needs expressed by the patients according to their diagnostic groups. Results showed that patients suffering from schizophrenic disorders express less severe difficulties as well as less urgent needs than patients suffering from mood disorders and anxiety disorders. Considering these results, various hypotheses can be raised.

According to empirical studies, patients suffering from anxiety or mood disorders have cognitive biases regarding themselves, the others and the world (Beck & Alford, 2009; Clark & Beck, 2010). These biases are centered on personal vulnerability/negativity/low value and on the world or environment perceived as dangerous, threatening or negatively fatalistic. Therefore, these patients may perceive and report more severe difficulties in various life domains than patients suffering from other types of disorders. They may thus express more urgent needs for care and request more help from health professionals.

Another hypothesis can be related to the lack of insight, which is a common phenomenon in schizophrenia-spectrum disorders (McEvoy et al., 2006; Johnson & Orrell, 1996). Patients suffering from schizophrenic disorders have less insight on their personal life conditions than patients suffering from mood disorders (Michalakeas et al., 1994; Weiler, Fleisher, & McArthur-Campbell, 2000). Moreover, Atkinson and colleagues found that patients suffering from schizophrenia

express higher self-reported quality of life than patients with bipolar disorder and patients with major depression. However, they found the opposite results when comparing objective indicators of quality of life. This means that patients suffering from schizophrenia report higher quality of life, however they experience more objectively aversive life circumstances than the two other groups (Atkinson, Zibin, & Chuang, 1997). Regarding anxiety disorders, Ghaemi and colleagues also found that the level of insight for patients suffering from anxiety disorders is not impaired (Ghaemi, Boiman, & Goodwin, 2000). Insight includes different factors such as awareness of the disorder, of social consequences of the disorder, and of need for treatment. Poor insight into illness in schizophrenia has been shown to be associated with neurocognitive deficits, poorer course of illness (Fennig et al., 1996; Keshavan, Rabinowitz, DeSmedt, Harvey, & Schooler, 2004), and lack of adherence to treatment (Dolder, Lacro, Leckband, & Jeste, 2003; Fenton, Blyler, & Heinssen, 1997). This lack of insight may therefore lead patients suffering from schizophrenia to report less severe problems in their lives and request less help from clinicians despite the presence and existence of problems and needs for care.

The higher self-stigmatization present in patients suffering from schizophrenia can be another hypothesis. Indeed, a high number of studies showed that these patients are the most concerned by stigmatization from the society. Moreover, studies revealed that individuals with schizophrenia report high levels of internalized stigma (Park, Bennett, Couture, & Blanchard, 2013; Ritsher & Phelan, 2004). Internalized or self-stigma refers to the process by which individuals with mental illness apply negative stereotypes to themselves, expect social rejection and believe that they are devalued members of society (Corrigan, Watson, & Barr 2006). Studies in clinical populations found that internalized stigma is associated with negative psychosocial variables comprising decreased self-esteem and self-efficacy, hopelessness, demoralization, poor quality of life, identity transformation, maladaptive behavior, diminished expectations for oneself, and reduced motivation to work towards recovery goals (Caltaux, 2003; Link & Phelan, 2001; Livingston and Boyd, 2010; Lysaker, Roe, & Yanos, 2007; Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008; Yanos, Lysaker, & Roe, 2010). Further evidence suggests that individuals suffering from schizophrenia and with a high degree of internalized stigma are less likely to pursue employment and independent living opportunities and less likely to utilize mental health services (Corrigan et al., 2008). Grant and Beck also

highlighted the role of negative expectancy appraisals in schizophrenia, which refer to beliefs about reduced future likelihood of pleasure, success, and perception of limited cognitive resources necessary to perform tasks associated with daily living (Grant & Beck, 2009). The presence of internalized stigma and the negative expectancy appraisals in patients suffering from schizophrenia can obstruct wellness goals and recovery. The lower degree of hope might as well prevent them from improving their life conditions and therefore express needs for care and current difficulties to treat. Consequently, they might not pursue mental health services and treatments.

Limitations

Some methodological limitations can be identified. This study reports the results of patients' self-evaluations of difficulties and needs. If patients' self-evaluations are essential in order to plan treatment strategies adapted to their personal needs, it would be interesting to compare and contrast them with staff ratings. Two different and independent investigators should ideally administer the self-evaluations and perform the staff ratings in order to avoid patients' perspectives being filtered by staff or vice-versa (Trauer et al., 2008).

This study showed the impact of symptoms on self-evaluations. Further research is necessary to better understand the impact and processes mentioned in the discussion. It would therefore be interesting to add different measures in order to capture some of the hypothesized processes for instance the level of insight or the level of hope present for each diagnostic group by using e.g the Adult Hope Scale (Snyder et al., 1996).

Clinical implications

This study has two levels of implications: a public mental health level and a clinical level.

On a public mental health level, these results address the question of the access to mental health services. Mental health services are congested with patients

expressing a multitude of difficulties and needs but who present less severe symptoms and psychopathologies. On the other hand, patients suffering from schizophrenia and presenting chronic difficulties and severe symptoms are the group of patients expressing the least severe difficulties and the least urgent needs for mental health care. These patients may have multiple needs but express only few requests for being helped. These results report therefore the question of high consumers and users of mental healthcare versus low users. High consumers mobilize most of the resources in mental healthcare services. Clinicians might pay a lot of attention to patients expressing the most severe difficulties and asking for urgent help and neglect patients having urgent needs and severe problems but are not expressing it. Therefore, it is crucial for clinicians to better understand the specific impact and influence different symptoms have on the expression of needs and difficulties.

On a clinical level, self-evaluation is undeniably influenced by the psychopathology and symptoms patients suffer from. We can therefore question the utility of using self-evaluation instruments. However, in a recovery-centered practice, it is essential to know and measure the patients' perceptions as it reflects their inner reality and schemas (Corrigan et al., 2008; Nelson et al., 2001). Self-evaluation is also needed in order to foster therapeutic alliance, adherence to treatment and enhance the patients' motivation (Bellier-Teichmann & Pomini, 2015; Bellier-Teichmann et al., 2016; Trauer, 2010).

Conclusion

In conclusion, this study brings to light the differences in terms of difficulties and needs in different life domains expressed by four groups of patients suffering from schizophrenia, mood disorder, neurotic or anxiety disorder, substance abuse and dependence. These results are significant in terms of planning adapted treatment strategies.

Knowing the patients' individual experience and feelings, their specific way of perceiving urgent needs or severe difficulties in their lives gives the clinician noteworthy clinical material. Furthermore, being aware and understanding that each

psychopathology impacts self-evaluations of personal needs and difficulties helps to better interpret patients' profiles.

Consequently, the results of this study should allow clinicians to better benefit from the advantages of self-evaluations with less influence of their potential biases. They should also give a better understanding of the specificities and impact of each diagnostic on the expression of psychosocial needs and difficulties in different life domains.

These findings may ultimately contribute to further developments of psychosocial interventions adapted to each patient. They offer a new perspective by bringing to light the different perceptions patients have on their personal life conditions in relationship with their diagnostic.

ARTICLE 3: Evolving from Clinical to Positive Psychology: Understanding and Measuring Patients' Strengths - A Pilot Study

Abstract

Empirical evidence suggests that concentrating on patients' internal and external strengths serves a preventative function against psychopathology. However, standardized tools assessing strengths of patients suffering from mental disorders are rare and often limited to research purposes. As current practice in mental health rarely stresses the importance of patients' personal resources, the feasibility of strengths-based instruments has rarely been validated within such a population. We designed a new instrument, the Strengths Q-sort Self-Assessment Scale, aimed at identifying a patients' strengths profile. This new scale measures 30 strengths classified in three sections: (i) personal characteristics, (ii) hobbies/passions, (iii) environmental/social strengths. In order to be adjusted for patients with cognitive or language impairments, this instrument is based on a Q-Sort method with figurative items. The aim of this study was to test the feasibility and acceptability of this scale in a sample of 21 psychiatric patients. Preliminary results showed that this tool can easily be administered and is well appreciated by patients. Feedback from clinicians highlight the benefits of identifying the strengths profiles in order to help defining realistic shared clinical objectives based on patients' strengths.

Keywords: Strengths assessment, Recovery, Psychiatric patients, Well-being, Positive psychology

Complete reference

Bellier-Teichmann, T., & Pomini, V. (2015). Evolving from clinical to positive psychology: understanding and measuring patients' strengths. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 99-108. doi: 10.1007/s10879-014-9287-7

Introduction

The domain of clinical psychology traditionally aims at alleviating suffering and reducing negative emotions such as sadness, fear or exaggerated anger. Symptoms as well as patients' difficulties and needs are now empirically conceptualized and measured (Wood & Joseph, 2010). Empirically validated treatments exist for an important number of mental disorders (Sanderson, 2003). If deficit-oriented assessment has improved the treatment of a high number of psychopathologies, it also has created a negative bias tending to reduce patients to diagnostic categories and considering strengths as peripheral (Rashid & Ostermann, 2009).

Consumer movements, in response to the limits of current pharmacological or psychological therapies have led patients and professionals to adopt another conceptualization of recovery (Slade et al., 2008). This conceptualization gives great value to personal well-being and quality of life, despite the presence of symptoms or deficits related to the mental condition (Davidson & Roe, 2007). Therefore, the latter does not consider the reduction or elimination of symptoms as the central point of recovery. Indeed, happiness or growth are not only definable as the absence of depression, anxiety, exaggerated anger, impulsivity or psychotic symptoms, but also as the presence of a number of positive emotional and cognitive states, such as optimism, self-confidence and positive identity (Slade, 2009). Well-being is a process, which is over and above the absence of negative emotions, dysfunctional thoughts or maladaptive behaviors (Keyes, 2009).

Moreover, evidence suggests that concentrating on strengths and well-being serves a preventative function against future psychopathology and relapse (Fredrickson, 2001; Watson & Naragon-Gainey 2010; Wood & Joseph, 2010). Seligman (2011) argues that pursuing one's characteristic strengths - the highest personal strengths - leads to more positive emotion, more meaning, and more accomplishment, as well as to better relationships. According to Csikszentmihalyi (1997) the self-awareness and use of personal strengths leads to an increase of engagement and flow states, which are intimately related to a sense of well-being and happiness. Indeed, a strengths-based approach to mental health care is not a new concept and has been largely spread by professionals in social work practice and occupational therapy (Saleebey, 2006). Additionally, psychotherapy research has

shown that focusing on patients' strengths can initiate and maintain a positive working alliance, increase patients' receptiveness to therapeutic interventions, and support the implementation of adaptive coping strategies (Flückiger, 2009). According to Grawe (1997), psychotherapy can only work with patients' talents and motivational readiness to change.

Consequently, a therapeutic strategy aimed at patients' recovery should not be related only to an exhaustive investigation of symptoms and needs, but also linked with patients' internal and external strengths (Rapp & Goscha, 2006). Furthermore, it has been argued that the process of doing a strengths-based assessment is in itself therapeutic (Graybeal, 2001).

Practitioners admit the important role of positive functioning for their patients' well-being. However, they usually remain focused in their practice on the presence and intensity of psychopathology, dysfunctional behaviors, thoughts or emotions, and therefore use instruments measuring mainly symptoms and deficits (Shankland & Martin-Krumm, 2012). Even in the clinical examination and history taking, psychiatry handbooks mainly put the emphasis on problematic points, neglecting to steer attention to positive life episodes and qualities of the person or his/her family (e.g. Puri & Treasaden, 2011). Therefore, the vast majority of clinical instruments used in a mental health setting rarely measure the nature or degree of patients' strengths.

We reviewed some existing strengths instruments in order to select one that could easily be adapted to current practice in psychosocial rehabilitation, psychiatry or psychotherapy. Such an instrument should meet some basic requirements in order to improve the chances of its use in clinical routine: it should be simple, brief, relevant and useful in the eyes of its users (patients and multidisciplinary staff). We present here four instruments, which were likely candidates. We also present the development of a new assessment, which we consider as hopefully responding better to our expectations and aims, which were the following: measuring a profile of adult psychiatric patients' strengths, particularly adapted to people suffering from severe and chronic mental illness.

Current strengths assessment instruments for clinical use

As stated by Joseph and Wood in 2010 or Lopez and Snyder in 2003, a number of scales, inventories and interviews measure positive functioning. Clinicians may opt for validated standardized instruments assessing patients' specific strengths. However, these instruments generally measure only one specific feature of positive human functioning (e.g. the level of self-esteem, hope, optimism, gratitude). They do not provide a general profile of the person's strengths.

Bird and colleagues completed in 2012 the only systematic review of strengths assessments profiles for use within mental health populations. These authors identified 12 different strengths assessments profiles (7 qualitative and 5 quantitative assessments). After reviewing the evaluative research as well as the psychometric properties of these existing strengths assessments, they concluded that only two of these could be recommended for routine clinical use: (1) The Strengths Assessment Worksheet (Rapp & Goscha, 2006), and (2) The Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG; Wallace et al. 2001).

However, none of these scales have been validated carefully enough to be sure that they are useful and adapted for patients suffering from severe and chronic mental illnesses. Issues for routine clinical practice, comprising the need on staff time and patients' ability to understand the assessments were also overlooked (Bird et al., 2012).

The Strengths Assessment Worksheet (SAW; Rapp & Goscha, 2006)

This instrument is the most widely utilized qualitative assessment within mental health settings (Bird et al., 2012). Its structure appears relatively complex, because it crosses seven life domains (daily life, finances, work/education, social support, health, leisure and spirituality/culture), with three temporal orderings (past, present and future) and four types of strengths. These latter are (1) the individual's personal qualities or characteristics, (2) his or her skills or talents, (3) the environmental strengths, and (4) his or her interests, passions or aspirations. This fourth strength is of particular importance, because a goal is more likely to be achieved if the person shows passion and interest towards it. This intrinsic motivation may be the strength that maintains the person throughout his or her personal recovery (Slade, 2009). The SAW, however, provides only qualitative

results, thus limiting its use for research or statistical purposes. It does not deliver profiles facilitating the comparison between psychiatric patients.

The Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG; Wallace et al., 2001)

The CASIG presents strong psychometric properties, with good internal consistency, construct and content validities (Bird et al., 2012; Lecomte et al., 2004). It is based on a structured interview with open and closed questions that survey the individual's goals for improvement in six areas of community functioning, namely goals, current functioning, medication practices, quality of life and treatment, symptoms, and community behaviors. More specifically, the questions of the CASIG cover a large variety of dimensions classically used in needs assessments, such as living place, finances and work, interpersonal relationships, spirituality, health management, money management, nutrition, transportation, friends, leisure, hygiene, medication, side effects, rights, cognitive difficulties, symptoms, etc. As the SAW, the structure of this instrument is rather complex. It includes a number of various different dimensions, which cannot be considered as strengths (e.g. goals, symptoms or unacceptable community behaviors).

Other strengths assessments

One of the most commonly used strengths profile in the domain of positive psychology is the Values in Action-Inventory of Strengths (VIA-IS) developed by Peterson and Seligman (2004). This is a 240-item self-report questionnaire measuring 24 internal strength dimensions considered as universally accepted virtues of human beings (e.g. creativity, curiosity, love of learning, open-mindedness, bravery, persistence, social intelligence, fairness, leadership, gratitude, humor, etc.) This questionnaire focuses only on internal strengths without assessing external strengths. Good psychometric properties have been reported when used in the general population (Peterson & Park, 2004). However, a lack of evidence was reported for any measurement properties when used within mental health services (Bird et al., 2012).

Dick (2003) proposed a Resource Checklist as a strength assessment instrument adapted to psychiatric patients. It consists of 50 items measuring 14 different life domains. Two types of resources are distinguished: the resources related to the person (feeling of being healthy and alive, self-esteem, social

competence and extraversion, capacity to build relationships and live, courage, creativity, feeling of control, serenity and trust, spirituality), and the external resources (marital status, family and friends, work and standard of living, leisure, living place). This evaluation can either be used as a self- or informant report. The aim is to use this questionnaire to support a resource-oriented interview with the patient. However, the psychometric properties of this instrument have not been tested.

None of the reviewed instruments completely satisfied our expectations. The SAW is limited to qualitative results. Regarding the CASIG, no study tested the good understanding of items by chronic psychiatric patients. The VIA-IS is too long and not well suited for a clinical use. Dick's Checklist covered a large profile of internal and external strengths. However, as it relies only on a verbal questionnaire, it does not appear well adapted to patients with cognitive or verbal impairments and unable to concentrate. Trauer and colleagues showed with the *Camberwell Assessment of Need Short Schedule – Patient version* that chronic psychiatric patients experience difficulties when completing even simple questionnaires (Trauer et al., 2008). Our experience in this domain led us to develop a Q-sort method using cards in order to bypass difficulties in self-assessing items on Likert scales (Pomini et al., 2008). Using this method for difficulties and needs self-assessment provided good results. Patients appreciated this original, concrete and somewhat playful way of investigating their problems and needs. Clinical staff trained with this instrument are usually also convinced of the benefits of the method (Pomini et al. 2008). We therefore decided to use the same methodology to develop a new tool assessing patients' strengths.

The Strengths Q-sort Self-assessment Scale (SQSS)

The Strengths Q-sort Self-assessment Scale was developed having three main requirements in mind: (1) it should be simple and quick (no complex training needed to use it, and adapted to patients with chronic cognitive and language difficulties); (2) it should cover the major internal and external resources or strengths identified in the scientific literature, (3) it should provide a general profile useful for planning psychosocial or clinical interventions and treatment. We defined strength

as any internal or external element that may improve the person's quality of life or well-being. We wanted to limit the instrument to 25-40 items, each of them formulated with one or two words summarizing a set of more specific resources.

Considering the various models of resources and strengths conveyed by the existing instruments (e.g. internal versus external resources by Dick (2003); 4-dimensional strengths model by Rapp and Goscha (2006), 24 internal strengths by Peterson and Seligman (2004), we conducted iterative rounds of brainstorming in order to generate and select items relying on extensive literature searches about strengths assessments and models. Dozens of candidate strengths were identified and discussed to be considered for inclusion within the classification of this strength profile. A pool of fifty items was firstly assessed with ten psychiatric patients in order to check: (1) how redundant these items could be, (2) how easily they were understood by the patients and perceived by them as strengths related with recovery.

At the end of this first step, the SQSS was limited to 30 items classified in three categories (see Table 1): (1) personal qualities and characteristics, (2) leisure activities or passions, (3) environmental or social strengths. This structure based on three categories is adapted from Rapp and Goscha's (2006) strengths model. It is also compatible with the two-dimensional model of Dick (external and internal resources).

Table 1 *Items covered by the Strengths Q-Sort Self-assessment Scale*

Qualities and personal characteristics	Hobbies and passions	Environmental and social strengths
1. Humor	1. Doing sports	1. Family
2. Self-esteem	2. Cooking	2. Romantic relationship
3. Courage	3. Singing/Playing an instrument	3. Friends
4. Curiosity	4. Painting / Drawing / Taking photographs / Creating	4. Neighbors / Colleagues / Acquaintances
5. Perseverance	5. Being with/Talking with friends	5. Work
6. Enthusiasm / Wonder / Savoring	6. Reading / Writing	6. Living place
7. Body consciousness	7. Gardening / Home repair	7. Professional healthcare
8. Reflectiveness	8. Listening to music / Going to a show	8. Pet
9. Optimism	9. Travelling	9. Other environmental or social strengths
10. Gratitude	10. Playing games / Surfing the Internet	
11. Hope	11. Other hobbies/Passions	
12. Spirituality		
13. Other personal characteristics		

The first category includes 12 character strengths (see Table 1) and was mainly inspired by the list of character strengths defined in the VIA (Peterson and Seligman 2004). We decided to exclude any item not directly related to recovery or not easily understood by the patients. For example, “Leadership” was wrongly interpreted by some patients as synonymous to authoritative behavior, and then negatively valued. We added also three items suggested by Rapp and Goscha (2012) : Self-esteem, Body consciousness and Optimism which were not present in the VIA. We added a blank card to allow the patients mentioning other strengths that do not appear in our list. This facilitates an individual adaptation to each specific patient according to his or her personal strengths.

The second category lists a series of hobbies or passions, which a person may have. As noted by Arnold (1997), less than a third of people have a good knowledge of their personal strengths. Psychiatric patients with a low self-esteem may suffer from a lower capacity to identify and be aware of their personal strengths. Therefore, we acknowledged the benefits of measuring more concrete and easily identifiable aspects. Moreover, doing frequently leisure activities heightens the

presence and the accessibility of positive emotions (Tugade & Fredrickson, 2007). We based our selection of hobbies on a leisure list (Linehan, 1993) and grouped together activities of the same nature (e.g. sports = skiing, swimming, running, playing tennis, etc.). Ten hobbies and passions were finally selected, again with a blank card in order to add hobbies or passions not present in the set of cards.

The third category gathers nine external resources within the immediate environment and wider community. This third category is inspired by research evidence indicating that social support affects mental and physical health (Ganster & Victor, 2011). Important relationships, as well as external contexts within a person can build his or her well-being have been included. Five items have been inspired by the Resource Checklist developed by Dick (2003): sentimental relationships, family, friends, work and living place. After patients' and clinicians' feedback, the four following items have been added: neighbors / colleagues / acquaintances professional healthcare, pet and nature. We also added a blank card for this third category.

The material of the SQSS are cards. Each of them displays the name of one strength associated with a picture symbolizing it. The pictures form a concrete support on which clinicians and patients rely in order to orient a strength-based assessment and discussion. The pictures were chosen after a pre-test where individuals had to connect a series of pictures with the selected strength dimensions. The picture most frequently associated with one corresponding strength was retained.

Completing the Q-sort involves three different steps, where patients are asked to sort out and rank the cards according to specific instructions. This process allows obtaining the same results as scoring the items in dichotomous variables or Likert scales. In each step, a new dimension is explored: (a) the presence / absence of strengths, (b) the degree to which present strengths contribute to recovery, (c) the wish to develop new strengths. This last q-sort is similar to a measure of needs/goals. The measure quantifies whether the patient wishes to develop internal or external strengths. This is different from reducing or eliminating problems or symptoms as it is often measured in needs assessments. In that sense, the absence of a specific strength does not equal the presence of a difficulty in the patients' life.

This three-step sorting procedure is separately repeated for each category of strengths. Concretely, patients go throughout the same Q-sort process for each group

of resources (see Fig. 1). Firstly, they assess the current presence or absence of each strength in their life. Secondly, they evaluate the degree of contribution of each present strength to their recovery. Therefore, they classify the cards of their present strengths into four piles (none, slight, moderate or strong contribution). Thirdly, they sort out the discarded cards (this means the absent strengths) by dividing them into two groups: absent strengths they wish to develop and absent strength they do not want to develop.

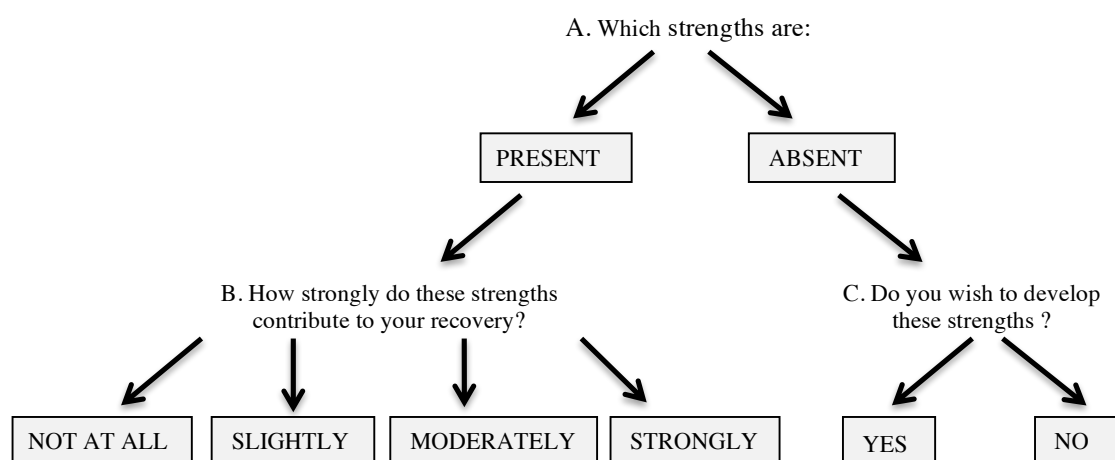


Figure 1 Administration of the SQSS: Q-sort steps

After the Q-sort assessment, a semi-structured interview is conducted with the patient allowing the identification and exploration of his or her existing strengths. The clinicians ask the patients the following questions: How do you use these chosen strengths in your everyday life? In which concrete and specific situations do you use them? How do these strengths facilitate your recovery? In which ways would these new strengths be useful in your life?

The time used for the total administration of the strengths profile varies between 45 and 90 minutes when used in a clinical context. For research purposes, the administration can take 20 minutes if the qualitative phase is not explored or drastically limited to specific questions. Currently, there is no manual for conducting the semi-structured interview in both clinical and research contexts. Specific questions in both settings would clearly be different.

A scoring sheet allows the clinician to report the patients' classifications for the three categories (see Fig. 2). The final scores can be transformed into a chart

form giving the clinician a visual synthesis of the patient's strengths profile for each category. The number of present strengths, their average contribution to recovery, as well as the number of strengths patients wish to develop can be calculated for statistical use.

Qualities and personal characteristics	Presence	Contribution to recovery	Development
1. Humor	1	4	
2. Self-esteem	0		1
3. Courage	1	2	
4. Curiosity	1	1	
5. Perseverance	0		0
6. Enthusiasm/Wonder/Savoring	1	4	
7. Body consciousness	1	3	
8. Reflectiveness	0		1
9. Optimism	1	3	
10. Gratitude	1	2	
11. Hope	0		0
12. Spirituality	1	4	
13. Other personal characteristics	0		0
Total	8	23	2

Figure 2 Example of scoring sheet

Presence : Absent = 0 / Present = 1

Contribution to recovery: Not at all = 1 / Slightly = 2 / Moderately = 3 / Strongly = 4

Development: Absent = 0 / Present = 1

Pilot study

The process leading from the elaboration of the tool to its validation is a lengthy one. This paper presents the results of a pilot study, whose aim was to test whether this tool was adapted to psychiatric patients. We also wanted to verify how those patients perceived and understood the three Q-sort tasks as well as their associated semi-structured interviews. Before engaging in a more ambitious validation study, we first wanted to test and report the feasibility of the SQSS on a

small sample of patients suffering from psychiatric disorders. Furthermore, as these types of strengths profiles are rarely used in clinical contexts, we also wanted to check whether the profiles obtained give clinicians worthwhile indications for their daily clinical work. Therefore, the administration of the SQSS was carefully documented and followed by a semi-structured interview exploring how the patients experienced this new instrument.

Sample

The study was approved by the National Health Service Research Ethics Committee and was carried out in two mental health centers of the Department of Psychiatry of the University Hospital in Lausanne, Switzerland: (1) a case management program preparing discharge from hospital; (2) an outpatient mental health center specialised in psychiatric rehabilitation. Participants were recruited between August 2013 and February 2014 through referrals from ten health professionals. Some patients also came spontaneously after having heard about our strengths assessment. Inclusion criteria were (a) being between the ages of 18 and 70, (b) meeting DSM-V criteria for a psychiatric diagnosis, (c) having sufficient skills in French to understand the items. Exclusion criteria were (a) person incapable of discernment, (b) organic mental disorders and (c) severe decompensation impeding the strengths assessment. Clinicians verified whether each patient corresponded to the criteria of the study. In this pilot study, there was no case of exclusion. The overall sample includes 21 patients with a mean age of 43.36 (s.d.=10.03). The characteristics of the study sample were the following: we included 11 women and 10 men. 11 were single, 6 married and 4 divorced or separated. 10 patients were living alone, 10 with partner or family and 1 in a supervised housing. 12 patients had no professional activity, 8 were working in sheltered workshops and 1 had a part-time job. The diagnoses were the following: 8 patients were suffering from schizophrenia, 7 from mood disorders, 2 from neurotic and anxiety disorder, 2 from personality disorder and 2 from mental disorders due to psychoactive substance use.

Patients' attitudes during the administration of the SQSS and personal views regarding the scale

The 21 patients were able to sort out and rank the cards autonomously and without much intervention from the clinician. All the patients understood the procedure in three steps. The duration of the assessment did not seem to exceed the capacity of patients' concentration. There were neither refusals nor interruptions during the test.

Patients were systematically asked about the weaknesses and strengths of this assessment. The first impressions and feedback from the 21 patients were positive. The majority pointed out that this strengths assessment was interesting, pleasant and useful. The tool helped them to discover - or at least to become more aware of - personal characteristics or external resources. Only one patient questioned the usefulness of this assessment, as he was already quite aware of his personal strengths. Two of them expressed difficulties in identifying and classifying their personal characteristics. It was easier for them to identify their hobbies or passions, as well as their environmental or social strengths. The benefits mentioned by patients were the following: this tool helped them to identify their personal resources, and to stimulate their willingness to develop new strengths. One patient described it the following way: "I always thought that I have a poor self-esteem and this is it. I won't change anything about it. As I saw your self-esteem card and the possibility to put it into the "I want to develop" pile, I suddenly became aware that I could still work on my self-esteem and increase it." Another important benefit of this assessment was the help in accepting absent strengths dimensions. One patient explained it as follows: "I have a dysfunctional family, I have been fighting for years hoping they will support me more. Thanks to this interview, I realized that having a supportive family is an absent dimension or strength in my life. The best thing I can do about it is to accept it." More generally, patients mentioned that this tool helped them to reflect back on their lives and bring new and useful insights for their recovery.

Clinicians' perspective

The 10 clinicians who referred their patients were asked about the benefits and weaknesses of this strengths profile. After each strengths assessment, we transmitted the clinicians the scoring sheet as well as the charts of their patients' strengths. This included the quantitative as well as the qualitative results of the strengths interview. The individual results were discussed between the clinicians and the patients. Clinicians and psychotherapists acknowledged the usefulness of obtaining the strengths' profiles of their patients. These profiles were helpful for them in order to define new objectives and intervention strategies promoting patients' well-being and recovery. They suggested one change in order to improve this strengths profile. In this pilot version, we presented only cards of absent strengths for the third Q-sort. We asked the patients whether they wanted to develop these absent strengths as new strengths in their lives. The clinicians suggested using all the dimensions - even the present strengths - for this third Q-sort and ask the patients which strengths they wanted to develop or develop more.

Descriptive profiles of strengths in our sample

Table 2 displays the cumulative frequencies of strengths selected as 1) present, 2) absent but desirable (patients want to develop them). We will also present the mean contribution of each strength to recovery. We will not show here detailed descriptions of these profiles, as our sample cannot be considered as representative of any particular population. Nevertheless, some interesting observations can be pointed out in order to evaluate the quality of the SQSS.

Table 2 *Cumulative frequencies of strengths considered as 1) present, 2) absent and desirable (strengths patients want to develop). Mean contribution of each strength to recovery*

	Present strength	Lacking but desirable strength	Mean contribution	Standard deviation
Humor	17	3	3.24	0.94
Self-esteem	6	15	3.33	0.47
Courage	9	9	3.00	0.82
Curiosity	17	1	3.06	0.94
Perseverance	13	8	3.31	0.72
Enthusiasm/Wonder/Savori	10	7	3.30	1.00
Body consciousness	13	5	2.85	0.95
Reflectiveness	14	6	2.57	0.90
Optimism	13	7	3.31	0.61
Gratitude	19	0	3.11	1.07
Hope	8	7	3.63	0.70
Spirituality	7	3	2.86	0.64
Sports	9	7	3.33	0.94
Cooking	9	8	2.67	1.15
Singing/Playing an	11	4	2.91	1.00
Plastic arts	13	3	3.08	1.07
Being with/Talking with	12	3	3.67	0.62
Reading/Writing	14	3	3.14	1.12
Gardening/Home repair	9	4	2.89	0.74
Music/ Shows	16	3	2.88	0.78
Travelling	2	11	4.00	0.00
Playing/Internet	16	1	2.31	0.92
Family	13	2	3.38	0.74
Romantic relationship	8	8	3.63	0.48
Friends	11	9	3.55	0.66
Acquaintances	14	3	3.00	0.76
Work	5	10	3.80	0.40
Living place	18	2	2.89	1.24
Professional healthcare	21	0	3.62	0.90
Pet	8	4	3.38	0.86

Mean contribution to recovery: Not at all = 1 / Slightly = 2 / Moderately = 3 / Strongly = 4

Firstly, all the items were selected as present strengths by at least eight patients, except travelling (n=2), work (n=4), self-esteem (n=6), and spirituality (n=7). Some items were even chosen by almost all the patients: healthcare services (n=21), gratitude (n=19), living place (n=18). Humor and curiosity (n=17), playing / surfing on the Internet as well as listening to music / going to shows (n= 16) were also considered by most of the patients as present strengths.

Exploring each category of strengths separately, we notice that patients selected gratitude, sense of humor and curiosity as the most prevalent personal

characteristics. Self-esteem, spirituality, hope and courage were the most absent strengths in the profiles (Table 2). Interestingly hope and self-esteem are two important active factors in the recovery process (Andresen et al., 2003). These types of strengths might be more present within patients suffering from less chronic or less severe mental disorders.

Regarding the second category of strengths, playing / surfing the internet, listening to music followed by reading / writing were the most present hobbies. As already mentioned, only travelling was very infrequently mentioned as present (n=2). Nevertheless, eleven persons considered this passion as desirable and wished to be able to travel. This surely translates the current cultural and socio-economical contexts of our patients, who cannot practice some hobbies or passions because of limited financial means. Concerning the third category, the sample profile highlighted healthcare services (n=21) as well as the living place (n= 18) as being the most present environmental or social strengths, before acquaintances (n=14), family (n=13) and friends (n=11). This result recalls the important role of social support for people's welfare. Work (n=5), pet and romantic relationships (n=8) were less cited as present strengths.

If we now turn our attention to the strengths patients did not want to develop, we can observe that only few strengths have been judged as useless for personal recovery. Pets appeared nine times (as a strength patients did not want to develop); travelling and gardening eight times; hope, being with friends, playing music, work and family six times. At the other end, perseverance and self-esteem were never viewed as useless for personal recovery; whereas reflectiveness, sense of humor, optimism, friends and living place appeared only once as useless. Nevertheless, we have to remain cautious with these frequencies because of the small size of the sample.

For this instrument to demonstrate clinical utility, there is no assumption that every item should be checked at least by a third or a quarter of the patients, but very infrequent items do not bring sufficient information and can lead to a decision to discard them. In our opinion, however, this type of reflection is perhaps only applicable to the travelling item, because the other dimensions appear as theoretically too important in the conceptualization of patients' strengths and recovery. Therefore, they cannot simply be eliminated because they are not sufficiently chosen in a pilot study. The vocational dimension is too crucial in the

rehabilitation practice; similarly, self-esteem appears as extremely important in the recovery process. Indeed, self-esteem was always defined as a desirable strength patients want to develop when absent. The fact that spirituality is chosen as present or desirable only for a small half of the patients seems to correspond to a clinical reality, whereby this dimension cannot be considered as helpful for every person. The most present hobbies and passions are the ones that can be practiced without spending too much money. Patients, especially youngsters, also have an easy access to Internet, video games and music. Again, although such strengths are not particularly interesting from a statistical point of view (because of the poor variance associated with them), they appear important from a clinical perspective. A frequently mentioned strength has a good probability of also being a strength for a single patient in clinical consultation.

Regarding the mean contribution of each strength to the patients' recovery, our results showed that if a strength was present, it contributed on average moderately to strongly to the patients' recovery. Our results tend to confirm the importance of separating the measure of frequency of a strength (presence vs absence) from its contribution to recovery. Indeed the mean contributions showed that more present but less active hobbies (e.g. listening to music and playing / surfing the Internet) were not perceived as contributing to personal recovery as much as more active but less present strengths (e.g. talking with friends, sports, reading/writing). This measure helps the patient and the clinician to become more aware of which specific strengths contribute the most to the patient's recovery. These specific strengths can then be stimulated through psychotherapy in order to be activated in particular adverse life situations.

Conclusion

Psychosocial evaluation has to meet a dual requirement (Lecomte et al. 2004). The first consists in exhaustive documentation and comprehensive understanding of the psychosocial functioning of psychiatric patients, their psychopathologies as well as their strengths. Scientific standards comprise the development of instruments sensitive to change and with satisfactory psychometric properties. The second requirement is a clinical and practical one inspired by a

recovery-centered practice. This means developing strengths instruments adapted to the specificities of psychiatric patients, as well as centered on the patients and their expertise. Strengths-based assessments should have a mobilizing function, which reinforce or develop patients' dreams and recovery projects. Identifying personal strengths can facilitate a redefinition of one's identity and contribute to meaning in life, hope and the ability to take responsibility for one's life.

The SQSS aimed at satisfying these two requirements in a psychosocial evaluation: (1) a measurement of strengths assessing a large profile of patients' internal and external strengths. (2) a self-evaluation based on the patients' expertise and having a mobilizing effect. Therefore, this strengths profile is intended to be motivating and mobilizing for the development of a recovery project. It should also nurture or restore hope and responsibility within patients suffering from psychiatric disorders.

The current pilot study, representing a preliminary step, involved a first test of the feasibility of this strengths assessment with psychiatric patients. As Bird et al. (2012) mentioned in their systematic review of strengths assessments, no feasibility studies have yet been conducted within mental health services.

This study showed that this instrument was generally adapted to psychiatric patients' specificities. All 21 patients were able to sort out and rank the cards autonomously. Our first experience and results with this new strengths profile are promising. The feasibility of this method has been demonstrated.

Furthermore, the first impressions and feedback from patients and clinicians were positive. This instrument was well accepted and appreciated by all of the psychiatric patients. Moreover, patients stated that this instrument was useful in terms of identifying their personal strengths and using them in their everyday life, as well as identifying their wishes to develop new strengths in order to potentially access a richer, more fulfilling and meaningful life. The patients enjoyed becoming more aware of their personal strengths and qualities. They also expressed gratitude for the external strengths they noticed in their life. Patients perceived this assessment as a driver of change in order to develop new strengths.

The clinicians suggested using all the strengths dimensions - even present strengths - for the Q-sort in which we ask the patients which strengths they wish to develop. It appeared indeed that some strengths were present in the patients' lives but infrequently used in their everyday life. This can be related to the aware-explore-

apply model developed by Niemiec (2013). This author suggested a process in 3 steps increasing the use of personal strengths. The first step consists in identifying personal strengths, i.e. a) strengths-spotting b) combating strengths blindness and c) cultivating strengths awareness. The second step involves exploration: a) exploring strengths' overuse and underuse, b) using across contexts and c) exploring past use in relation to problems and successes. The third step includes the use of these strengths. This means: a) taking action with goal-setting, b) deploying and aligning strengths. Our new strengths assessment allows the two first steps which are identifying and exploring patients' strengths. Using the third Q-sort ("do you wish to develop new strengths?") with all the cards of this assessment could facilitate the third step consisting in the deployment and development of existing as well as new personal strengths.

Although the methods and administration of the strengths profile proved feasible, there are restrictions on the ability to generalize the results of this research. Based upon these factors, several directions for future research are worth considering. Further steps will involve a validation study on a larger sample of adult patients suffering from psychiatric disorders. A larger-scale study including a larger sample of patients will shed additional light on the issue of psychiatric patients' strengths as well as on the validity of this strengths profile. Another interesting step will be the measurement of the impact of patients identifying their personal strengths. The SQSS shows promise in promoting further dialogue between mental health care professionals and their patients. This dialogue would further foster a focus on patients' self-identified strengths and areas for development of new strengths.

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement

Résumé

La recherche empirique a montré qu'une focalisation sur les ressources des patients souffrant de troubles psychiatriques est protectrice face à une chronicisation de leurs symptômes. L'utilisation en pratique clinique d'outils standardisés mesurant les ressources est néanmoins rare du fait d'un manque d'instruments adaptés. Pour pallier à cette lacune, nous avons développé un outil d'Auto-Evaluation des Ressources adapté aux patients souffrant de troubles psychiatriques : AERES. Cet outil dresse le profil général des ressources internes et externes pouvant contribuer à leur rétablissement. Cet article présente l'outil AERES et analyse dix entretiens afin d'évaluer l'impact sur les patients d'une perspective centrée sur le rétablissement. La méthode de recherche qualitative consensuelle de Hill est utilisée. Les résultats montrent qu'AERES est perçu par les patients comme exhaustif, utile, compréhensible, agréable et nouveau.

Mots clés : Evaluation des ressources ; Pratique psychologique ; Rétablissement ; Bien-être ; Psychologie positive

Référence complète

Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., & Pomini, V. (2017). Evaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques Psychologiques*, 23, 41-59. doi : 10.1016/j.prps.2016.03.004

Abstract

Empirical research has shown that focusing on psychiatric patients' strengths helps a protective function against chronicization of their symptoms. This approach also fosters patients' recovery. However, standardized tools assessing strengths of patients suffering from mental disorders are rare and often limited to research purposes. A new instrument adapted to psychiatric patients' specificities has been designed: the Strengths Q-sort Self-Assessment Scale, SQSS. This tool aims at identifying patients' internal and external strengths potentially contributing to their recovery. This article presents the SQSS and analyses ten interviews in order to evaluate the impact of a strength-centered perspective on patients. Data has been analyzed according to Hill's method of consensual qualitative research. Results show that patients perceive the SQSS as complete, useful, comprehensible, pleasant and innovative.

Keywords: Strengths assessment; Psychological Practice; Recovery; Well-being; Positive psychology.

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

Introduction

Depuis son origine, la psychologie clinique s'est principalement focalisée sur l'évaluation et le traitement des troubles psychiques. À ce titre, la définition proposée dans le dictionnaire de l'Association américaine de psychologie (2013) est sans équivoque : la psychologie clinique est un domaine de la psychologie dévolu à la recherche, l'évaluation, la prévention et le traitement des troubles émotionnels et comportementaux. Cet intérêt pour la pathologie a permis un développement considérable des méthodes d'investigation et de thérapie, permettant de disposer aujourd'hui d'une large variété d'outils empiriquement validés et adaptés (Sanderson, 2003 ; Wood & Joseph, 2010).

Toutefois, cet intérêt focalisé sur les problèmes humains a créé un biais négatif lié d'une part au risque de réduire les individus en souffrance psychique à des catégories diagnostiques, et d'autre part à une certaine négligence des aspects positifs conservés chez la personne (Rashid & Ostermann, 2009). Les mouvements de consommateurs, notamment les patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques, s'en sont fait l'écho en réponse aux limites des thérapies psychologiques ou pharmacologiques actuelles. Ils ont conduit patients et professionnels à adopter de nouvelles perspectives à l'égard de la conceptualisation et du soin des troubles mentaux mettant en avant des concepts tels que l'autonomisation et le rétablissement en lieu et place de conceptions plus médicales de compliance ou de guérison (Slade et al., 2008 ; Slade, 2009). La poursuite du bien-être personnel et l'accès à une qualité de vie optimale revêtent dans cette vision une importance supérieure par rapport à la nécessité d'éliminer les symptômes ou les déficits (Davidson & Roe, 2007). À l'objectif de juguler, voire de supprimer les troubles s'est progressivement substitué celui d'améliorer le bien-être, sans forcément considérer que la réalisation de l'un va de pair avec l'atteinte de l'autre (Keyes, 2009).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et pas uniquement l'absence de pathologie ou d'infirmité » (World Health Organization, 2014). Ainsi, des notions comme le bien-être, la croissance psychologique ou le bonheur ne peuvent plus être définies uniquement par la négative, c'est-à-dire par l'absence de problèmes, par une absence d'émotions négatives, de pensées dysfonctionnelles ou de comportements inadaptés (Keyes, 2009). Il s'agit de lui donner son contenu propre. C'est le défi que

cherche à relever le courant de la psychologie positive, et parallèlement, en psychiatrie, celui du rétablissement (Slade, 2009).

L'intérêt pour le bien-être n'est pas qu'une question de philosophie de soin, une réflexion abstraite à visée humaniste. L'évidence empirique suggère en effet que la focalisation sur les ressources et le bien-être agit comme un élément protecteur face à une psychopathologie future ou une rechute (Fredrickson, 2001; Watson & Naragon-Gainey, 2010; Wood & Joseph, 2010). Les recherches en psychologie positive confirment en outre l'importance des ressources en tant que moyen d'accroître le plaisir et l'engagement dans la vie (Carr, 2011). Ce résultat est parfaitement compatible avec les hypothèses issues du modèle diathèse-stress largement utilisé aujourd'hui comme modèle de référence pour la conceptualisation de la plupart des troubles psychologiques. Les ressources y constituent un système de protection face aux effets délétères résultant de l'interaction entre vulnérabilités individuelles et facteurs de stress environnementaux ou événementiels (Leclerc, et al., 1997).

Par conséquent, les ressources peuvent être définies comme un ensemble d'éléments protecteurs face aux troubles, de même que des éléments moteurs de la qualité de vie et du bien-être personnel. Les ressources s'apparentent, selon les modèles cliniques, aux forces, aux talents, aux facultés et aux vertus de l'être humain (Joseph & Wood, 2010). Epstein et Sharma (1998) ont défini l'évaluation orientée sur les ressources comme étant : « la mesure des forces, compétences et caractéristiques émotionnelles et comportementales créant un sentiment d'accomplissement personnel et contribuant à des relations épanouissantes avec des membres de la famille ou des pairs », (p.3). Selon ces auteurs, les ressources améliorent la capacité de réaction efficace face au stress ou à l'adversité. Elles favorisent aussi le développement personnel et social.

Ainsi, un suivi psychologique visant le rétablissement personnel doit avoir pour objectif - en plus de la réduction des troubles - celui de favoriser le renforcement des ressources existantes ou le développement de nouvelles ressources. L'investigation psychologique nécessite en plus de la mise en évidence des symptômes et des besoins de la personne un recensement adéquat de ressources internes et externes actuelles ou potentielles (Bernard, Favez, & Zimmermann, 2011). Cette forme d'investigation devrait apparaître comme une étape incontournable du travail clinique (Rapp & Goscha 2012).

Quels outils pour une évaluation des ressources ?

S'il convient d'adjoindre à la méthodologie d'investigation clinique une évaluation des ressources, voire du bien-être de la personne, encore faut-il disposer des outils adéquats pour ce projet. A l'heure actuelle, un nombre croissant d'échelles, d'entretiens et de questionnaires mesurent le fonctionnement positif (Joseph & Wood, 2010 ; Lopez & Snyder, 2003). Shankland et Martin-Krumm (2012) ont proposé un recensement des questionnaires validés en français mesurant le bien-être et le fonctionnement positif. Il existe en effet un choix non négligeable d'instruments psychométriques standardisés et validés cherchant à mesurer les ressources d'un individu. Cependant, la majorité de ceux-ci sont utilisés à des fins de recherche et ils ne mesurent qu'une dimension spécifique du fonctionnement humain positif (par exemple, le niveau d'estime de soi, d'espoir, d'optimisme ou de gratitude). Aucun instrument francophone ne propose un profil général des ressources, et aucun ne semble spécifiquement adapté à une population clinique.

La littérature anglosaxonne est plus riche en la matière. Une revue systématique de Bird et collaborateurs (2012) a identifié douze instruments différents d'évaluation des ressources pour des patients souffrant de troubles psychiques : sept outils qualitatifs et cinq quantitatifs. Après avoir pris en considération les qualités psychométriques des instruments retenus, les auteurs concluent que seuls deux peuvent être recommandés pour une utilisation clinique de routine : 1) La Strengths Assessment Worksheet (Rapp & Goscha, 2012), et (2) le Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG ; Wallace et al., 2001). À y regarder de plus près toutefois, les deux instruments sont hybrides et ne peuvent être considérés comme des échelles spécifiques d'évaluation des ressources. Le premier se présente comme une fiche d'investigation utilisée de façon qualitative et servant à la mise en place d'un projet de réhabilitation s'appuyant sur les ressources identifiées. Le second mêle dans le cadre d'un entretien structuré l'investigation des forces, intérêts et buts de réhabilitation du patient au sein de cinq domaines de fonctionnement. Il mesure dans ce cadre les compétences sociales et les capacités d'autonomie de la personne, aussi bien que sa compliance au traitement, sa qualité de vie, ainsi que d'autres aspects liés à la symptomatologie et aux conduites socialement problématiques (Wallace et al., 2001). Ces deux instruments peinent dans ce sens à répondre au besoin de dresser un profil systématique, standardisé et

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

ciblé des ressources telles qu'elles sont perçues par le patient. Enfin, de ces deux outils, seul le CASIG est disponible en français (Lecomte, Wallace, Caron, Perreault, & Lecomte, 2004).

AERES, un outil d'auto-évaluation des ressources

Au vu des lacunes existantes en matière d'instrument d'auto-évaluation spécifique des ressources, nous avons développé un nouvel outil intitulé AERES (pour Auto-Évaluation des Ressources). Ce dernier ne s'appuie pas sur un mode classique d'évaluation par questionnaire ou par entretien semi-structuré. En effet, nombre de patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques éprouvent de la difficulté à remplir les échelles qui leur sont proposées, notamment parce qu'ils peinent à transcrire leurs perceptions et émotions en données chiffrées (Trauer et al., 2008). Les formulations verbales ne sont pas toujours adaptées non plus à leurs capacités de compréhension, en particulier lorsqu'ils présentent des difficultés cognitives et/ou langagières. AERES propose comme alternative une administration d'une échelle d'auto-évaluation sous forme de tris de cartes, où chaque item de l'outil - à savoir chaque ressource évoquée - se présente sous la forme d'une carte composée du mot désignant la ressource et d'une image l'illustrant de façon relativement consensuelle. Les cartes forment ainsi un support concret et visuel sur lequel cliniciens et patients peuvent se baser afin d'orienter leur évaluation. Les bénéfices de l'utilisation du tri des cartes ont été mises en évidence dans la littérature scientifique (Baker et al., 2013; Cordingley et al., 1997; McKeown & Thomas, 2013).

Ce nouvel outil a ainsi été développé en vue de répondre à trois exigences principales : (1) couvrir les principales ressources internes et externes identifiées dans la littérature scientifique ; (2) être simple, rapide et adapté aux patients psychiatriques avec des difficultés cognitives et/ou langagières ; (3) fournir un profil général des ressources qui soit utile pour planifier des interventions psychosociales ou cliniques. Une étude pilote a montré qu'AERES est adapté aux patients souffrant de troubles psychiques sévères et chroniques (Bellier-Teichmann & Pomini, 2015). Une étude de validation psychométrique quantitative de l'échelle est également en cours.

La conception d'AERES s'est appuyée sur trois modèles de ressources identifiés dans la littérature ayant abouti à l'élaboration d'instruments de mesure, à savoir : (1) le modèle des forces (Rapp, & Goscha, 2012) lequel propose quatre dimensions (qualités personnelles, habiletés/talents, ressources environnementales, intérêts/passions/aspirations) ; (2) le modèle de Dick (2003) séparant les ressources

internes et externes ; (3) et enfin le modèle des vertus personnelles recensant 24 forces internes selon Peterson et Seligman (2004). Un premier travail de sélection et de formulation d'items a abouti à une version initiale composée de cinquante items. Celle-ci a été évaluée avec cinq patients souffrant de troubles psychiatriques qui ont émis leurs avis quant à la compréhension des items, leur éventuelle redondance, ainsi que le lien entre les ressources mesurées et le rétablissement. A l'issue de cette phase pilote, nous avons retenu trente-et-un items.

Items d'AERES

Les trente-et-un items d'AERES sont classés en trois catégories : (1) caractéristiques et qualités personnelles, (2) loisirs et passions, (3) ressources sociales ou environnementales. Cette structure à priori, détermine l'administration de l'instrument. Elle reprend pour l'essentiel le modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) tout en restant compatible avec le modèle à deux dimensions de Dick (2003) (ressources internes et externes). A) Les trente-et-un items d'AERES sont classés en trois catégories : (1) caractéristiques et qualités personnelles, (2) loisirs et passions, (3) ressources sociales ou environnementales. Cette structure reprend pour l'essentiel le modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) tout en restant compatible avec le modèle à deux dimensions de Dick (2003) (ressources internes et externes). Nous avons regroupé les dimensions « *Compétences / talents* » et « *Intérêts, passions et aspirations* » issues du modèle des forces de Rapp et Goscha en une seule catégorie nommée « *Loisirs et passions* ». En examinant de plus près les dimensions proposées par Rapp et Goscha, nous avons jugé qu'il existe probablement une assez forte corrélation entre les intérêts et passions de la personne et les habiletés ou talents qu'elle a pu développer. Cela est somme toute logique car un individu présentant une passion pour un domaine aura très certainement des compétences ou un certain talent dans ce domaine. Ainsi, lorsque Rapp et Goscha évoquent des compétences pratiques comme cuisiner, jouer d'un instrument de musique, ou pratiquer un sport (inscrites dans la dimension « *Compétence/talents* »), nous pouvons considérer ces mêmes termes comme autant de loisirs ou de passions (inscrites alors dans la dimension « *Intérêts, passions et aspirations* ». À ce titre, nous avons estimé que le risque de confusion et de redondance est trop important à vouloir séparer ces deux

dimensions, et pas nécessairement bénéfique en termes de clarté et d'utilité clinique de l'évaluation.

La première catégorie de l'AERES inclut douze caractéristiques personnelles (Tableau 1). Elle a été principalement inspirée par la liste des caractéristiques personnelles définies dans le Values in Action (VIA) de Peterson et Seligman (2004), tout en ajoutant trois items proposés par Rapp et Goscha (2012) : avoir confiance en soi ; être à l'écoute de son corps ; être optimiste. Nous avons décidé d'exclure les items n'étant pas directement en lien avec le rétablissement ou ceux difficilement compris par les patients. Par exemple, « leadership » était interprété par certains patients comme synonyme d'un comportement autoritaire et ainsi évalué négativement. Nous avons ajouté une carte blanche afin de permettre aux patients de mentionner d'autres ressources personnelles n'apparaissant pas dans la liste proposée. Cela favorise une adaptation individuelle à chaque patient selon ses ressources personnelles tout en gardant une passation adaptée en termes de durée.

La seconde catégorie comprend une série de loisirs ou de passions. Effectuer régulièrement des loisirs ou des passions augmente la présence et l'accessibilité des émotions positives (Tugade & Fredrickson, 2007). Comme Arnold (1997) l'a montré, moins d'un tiers des individus de la population générale a une bonne connaissance ou conscience de leurs forces et ressources personnelles. Mesurer des aspects plus concrets et facilement identifiables tels que des loisirs ou des passions apparaît ainsi comme un moyen utile afin d'identifier de telles ressources. Nous avons basé notre sélection de loisirs et de passions sur une liste de loisirs créée pour les patients souffrant de troubles borderline (Linehan, 1993) et avons regroupé les activités de même nature. Nous avons retenu dix loisirs/passions au total, avec à nouveau une carte blanche permettant aux patients d'ajouter les loisirs/passions qui leur sembleraient manquer.

Nous avons retenu dix loisirs/passions au total, avec à nouveau une carte blanche permettant aux patients d'ajouter les loisirs/passions qui leur sembleraient manquer.

La troisième catégorie comprend neuf ressources externes au sein de l'environnement immédiat ou de la communauté plus large. Cette catégorie est inspirée par la recherche montrant que la présence de soutien social a un impact positif sur la santé physique et psychique des individus (Ganster & Victor, 2011). Ce type de ressources contribue également à favoriser une vie pleine de sens

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

(Seligman, 2002). Les relations importantes, ainsi que les contextes externes au sein desquelles la personne peut développer un sentiment de bien-être ont été retenus. Cinq items ont été inspirés par l'échelle de Dick (2003) : relations sentimentales, famille, amis, métier et lieu de vie. Suite aux feedbacks des patients et des cliniciens les quatre items suivants ont été ajoutés : entourage/voisins/collègues, suivi/soutien par les professionnels de la santé, animal de compagnie et nature. Nous avons également ajouté une carte blanche pour cette troisième catégorie.

Tableau 1 *Items mesurés par AERES, Auto-évaluation des ressources*

Qualités/Caractéristiques personnelles	Loisirs/Passions	Ressources sociales et environnementales
1. Avoir le sens de l'humour	1. Pratiquer du sport	1. Famille
2. Avoir confiance en soi	2. Cuisiner	2. Relations sentimentales
3. Être courageux	3. Chanter / Jouer d'un instrument	3. Amis
4. Être curieux / Aimer découvrir	4. Peindre / Dessiner / Photographier / Créer	4. Entourage / Voisins / Collègues
5. Être persévérant	5. Aller au spectacle (cinéma, concert, théâtre, danse)	5. Métier
6. Être enthousiaste / S'émerveiller / Savourer	6. Lire / Écrire	6. Lieu de vie
7. Être à l'écoute de son corps	7. Jardiner / Bricoler	7. Suivi / Soutien par des professionnels de la santé
8. Être réfléchi	8. Écouter de la musique / TV / Radio / Surfer sur internet	8. Animal de compagnie
9. Être optimiste	9. Voyager / Visiter / Partir en excursion	9. Nature
10. Être reconnaissant	10. Faire des jeux	10. Autres ressources environnementales/Sociales
11. Avoir de l'espoir	11. Autres loisirs/Passions	
12. Avoir la foi / Spiritualité		
13. Autres qualités personnelles		

Matériel et administration d'AERES

L'évaluation s'effectue sous forme de tris de cartes (Q-sort). Le matériel d'AERES se compose de cartes sur lesquelles figurent les noms des ressources associés aux images qui les symbolisent. Les images ont été choisies suite à un pré-test lors duquel quinze sujets tout venants devaient trouver la correspondance entre différentes images et les différentes ressources proposées. Les images le plus souvent associées avec la ressource correspondante ont été retenues (Figure 1). Une étude pilote a montré qu'AERES et sa passation sous forme de tri de cartes est adaptée aux

patients souffrant de troubles psychiques sévères et chroniques (Bellier-Teichmann & Pomini, 2015).



Figure 1 Exemple de cartes utilisées dans AERES

L'administration d'AERES s'effectue en trois étapes pour chaque catégorie de ressources investiguées. A chaque étape, une nouvelle dimension est explorée : (a) la présence/absence de ressources, (b) le degré auquel les ressources présentes contribuent au rétablissement, (c) l'envie de développer des nouvelles ressources (Figure 2). Concrètement, les patients sont d'abord invités à disposer les cartes en deux tas distincts pour évaluer la présence ou l'absence de chacune des ressources dans leur vie. Ensuite, ils évaluent le degré de contribution à leur rétablissement de chaque ressource présente en classant les cartes en quatre piles distinctes : pas du tout ; un peu ; moyennement ; beaucoup. Ce processus en deux temps équivaut à une cotation des items selon une échelle de Likert à cinq points (0-1 point pour le premier tri ; 1-4 points pour le deuxième).

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

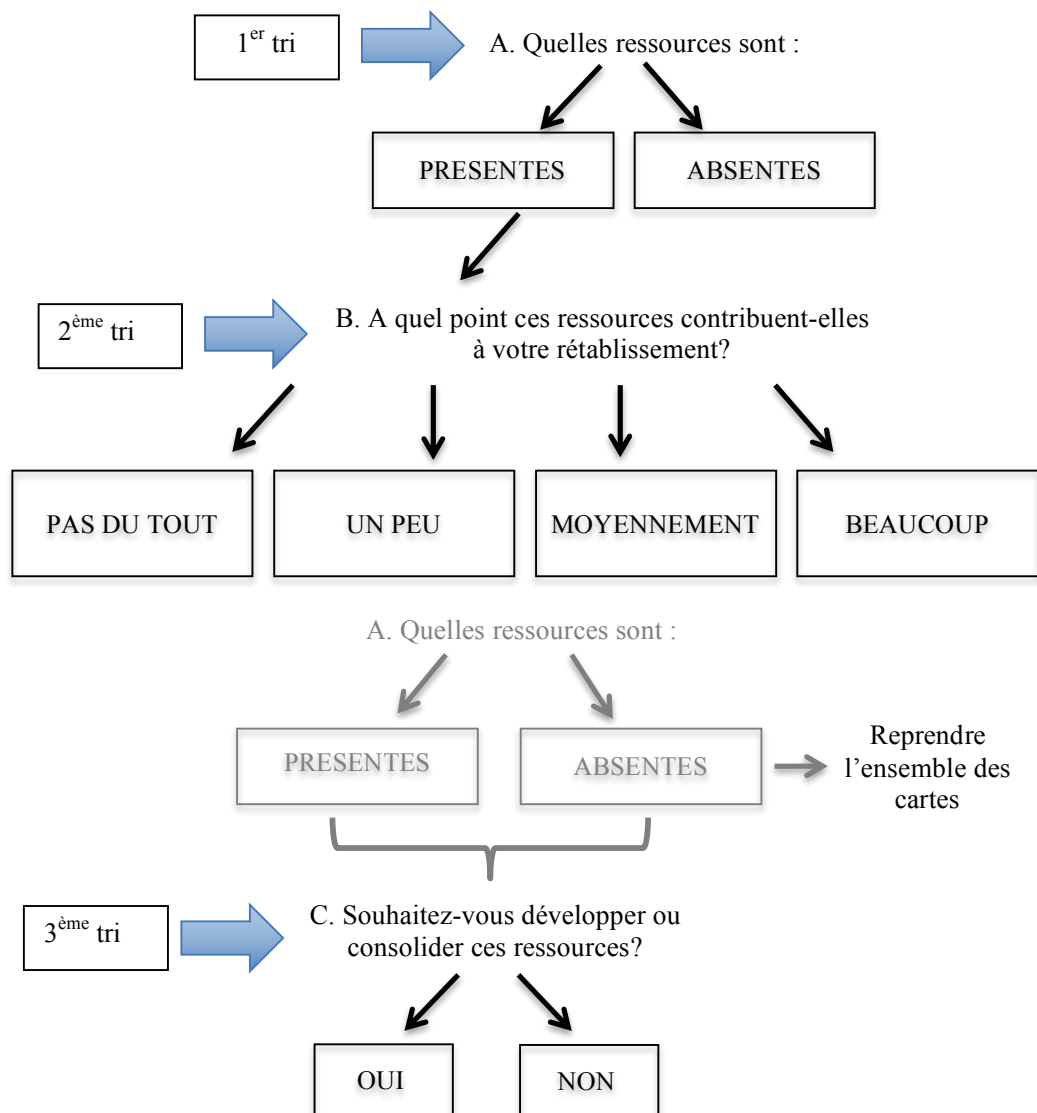


Figure 2 Passation d'AERES : étapes de l'administration

Suite aux deux premiers tris de cartes, un entretien semi-structuré est conduit avec le patient pour clarifier et explorer la nature plus précise des ressources mises à jour lors du tri. Le clinicien pose les questions suivantes au patient : comment utilisez-vous les ressources présentes dans votre quotidien ? Dans quelles situations concrètes et spécifiques les employez-vous ? En quoi ces ressources facilitent-elles votre rétablissement ?

En dernier lieu (phase c, Figure 2), les patients reprennent l'ensemble des cartes qu'ils classent en deux piles distinguant les nouvelles ressources qu'ils souhaitent développer ou celles déjà présentes qu'ils souhaitent renforcer et les

ressources qu'ils ne souhaitent pas développer davantage. Ce tri est suivi d'une dernière question sur l'utilité de ces nouvelles ressources pour le bien-être et le rétablissement du patient.

Le temps nécessaire pour une passation complète d'AERES varie entre 45 et 90 minutes en fonction du degré de l'exploration clinique. A des fins de recherche, l'administration de l'outil peut prendre vingt minutes à une demi-heure, voire moins si on exclut l'entretien semi-structuré ou si on le limite à une ou deux questions spécifiques. Une feuille de cotation permet au clinicien de rapporter les classifications des patients pour les trois catégories. Les scores finaux peuvent être transformés en graphiques donnant au clinicien et au patient une synthèse visuelle du profil de ressources du patient pour chacune des catégories. Le nombre de ressources présentes, leur contribution moyenne au rétablissement des patients, de même que le nombre et type de ressources que les patients désirent développer peuvent être calculées à des fins statistiques.

Objectifs de la présente étude

L'objectif de cette présente étude est d'analyser de manière qualitative l'impact sur les patients d'une perspective centrée sur le rétablissement. La perception d'un instrument par les patients est rarement étudiée, alors même qu'elle a son importance. Si l'on souhaite qu'AERES soit employé en clinique, il est nécessaire que cette échelle présente, au-delà des qualités psychométriques usuelles, une valeur clinique aux yeux des thérapeutes et des patients. Nous avons donc souhaité explorer le point de vue de patients vis-à-vis d'une démarche plutôt novatrice visant à évaluer et identifier leur profil de ressources. Nous avons effectué une analyse qualitative de dix entretiens afin d'étudier les perceptions subjectives des patients face à un entretien permettant l'identification et la mesure de leurs ressources. Les hypothèses heuristiques postulent que : 1) les patients estiment qu'AERES leur permet effectivement d'identifier et de mesurer leurs ressources ; 2) l'entretien AERES est considéré comme utile par les patients ; 3) l'entretien AERES est perçu comme praticable cliniquement. La praticabilité clinique peut être évaluée selon quatre angles différents : l'agréabilité perçue, la compréhension du test, le format de l'outil et enfin l'intérêt qu'il peut susciter.

En plus de ces hypothèses heuristiques, nous souhaitons également évaluer si la démarche d'une évaluation des ressources est considérée comme nouvelle et originale par les patients. Nous désirons savoir si des tests similaires ont déjà été effectués par les patients.

Méthode

Participants

Conformément à la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain cette étude a été soumise puis approuvée par la commission d'éthique de la recherche du canton de Vaud, Suisse. Elle a été menée au sein d'un centre de santé mentale, soit l'Unité de Réhabilitation du Département de Psychiatrie situé à l'Hôpital cantonal universitaire de Lausanne en Suisse. L'Unité de Réhabilitation a pour mission de s'occuper de patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques et vise à atténuer leurs symptômes, ainsi qu'à favoriser leur (ré)intégration au sein de la société. Les patients ont été recrutés entre octobre 2013 et juin 2014 par l'intermédiaire de leurs soignants. Ils ont été rencontrés sur leurs lieux de soins respectifs durant deux heures environ. Les critères d'inclusion sont les suivants : il s'agit de patients âgés entre 18 et 70 ans, ayant un critère de diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV. Les patients incapables de discernement, souffrant d'un état de décompensation aiguë ou de troubles mentaux organiques ont été exclus. L'échantillon contient au total 10 patients. L'âge des participants varie entre 19 à 58 ans et la moyenne est de 43 ans. Les caractéristiques de l'échantillon de cette étude sont les suivants : 5 femmes et 5 hommes ; 5 célibataires, 3 mariés, 1 séparé et 1 divorcé ; 5 patients vivent seuls, 4 en famille, 1 en foyer ; 7 patients n'ont pas d'activité professionnelle, 3 travaillent en ateliers protégés. Les diagnostics sont les suivants : 4 patients souffrent de schizophrénie, 3 de troubles de l'humeur, 2 de troubles de la personnalité et 1 d'un trouble anxieux.

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

Grille d'entretien

Les données d'analyse de cette présente étude ont été recueillies par le biais d'un guide d'entretien semi-directif dont le canevas est résumé au tableau 2. Les entretiens ont été effectués suite à la passation d'AERES par l'investigatrice qui venait de réaliser l'évaluation des ressources. Ces entretiens ont visé à explorer la perception des patients au sujet de la validité apparente et de l'exhaustivité d'AERES, de son utilité clinique, de l'agréabilité de la passation, de la compréhension et du format du tri des cartes, de l'intérêt, ainsi que de la nouveauté de cette démarche dans un contexte de soins psychiatriques. Le guide d'entretien a été construit sur la base de ces hypothèses heuristiques. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité.

Tableau 2 *Canevas d'entretien mesurant les perceptions des patients*

1.	Selon vous, est-ce que cet entretien a bien permis de mesurer ou d'évaluer vos compétences et ressources ?
2.	Est-ce que certains éléments vous ont manqué dans la passation ? Si oui, lesquels ?
3.	Est-ce que l'entretien vous a été utile ou non ? En quoi ?
4.	Est-ce que la passation a été agréable ou désagréable ? En quoi ?
5.	Est-ce que certaines choses vous ont gêné ou déplu dans cette passation ? Si oui, lesquelles ?
6.	Comment avez-vous ressenti le fait de trier des cartes ?
7.	Aviez-vous déjà fait une passation du même genre permettant de mesurer vos ressources et compétences ? Si oui, laquelle / lesquelles ?

Analyse et traitement des données

Nous avons voulu comparer la nature et le nombre d'arguments, ceci afin de rendre compte de la façon dont a été appréciée et perçue cette démarche d'auto-évaluation des ressources par les patients. Les données ont été analysées selon la méthode de recherche qualitative consensuelle (Consensual Qualitative Research, CQR ; Hill et al., 2005). Comme le suggère la méthode CQR, nous avons utilisé un

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

guide d'entretien semi-structuré qui a été testé et perfectionné au cours de deux interviews pilotes précédant le recueil à proprement parler des données (Hays, & Wood, 2011). Dix entretiens ont été ensuite effectués.

Pour l'analyse qualitative, trois entretiens ont été sélectionnés de façon consensuelle en respectant les critères de clarté et d'hétérogénéité des contenus. L'analyse des trois entretiens a été réalisée en équipe dans le but de convenir d'une grille de codage commune identifiant les principaux thèmes ou catégories sémantiques générales. Six catégories ont ainsi été repérées. Elles résultaient pour la plupart des hypothèses heuristiques et des questions figurant dans le guide d'entretien. Elles sont indiquées au tableau 3. Chaque entretien a été découpé en segments qui ont été attribués de façon consensuelle dans une des catégories retenues. Ensuite, selon la méthode CQR, chaque verbatim de ces segments ont été résumés en une liste d'idées-clés dont la formulation a fait l'objet d'un consensus entre les trois investigateurs. Conformément à ce qui est prévu dans cette méthode, nous avons reformulé les propos des participants en des phrases-types concises, restant le plus proche possible du vocabulaire exprimé dans les entretiens. Ces phrases synthétisent les idées-clés véhiculées au sein des six catégories.

Tableau 3 *Grille d'analyse générale selon la CQR (Hill et al., 2005) : catégories et thèmes provenant de l'analyse qualitative*

Catégories/Thèmes	Verbatim	Idées-clés
Validité apparente		
Exhaustivité		
Utilité		
Agréabilité		
Compréhension et format		
Intérêt personnel pour la démarche d'évaluation des ressources		

Nous avons procédé enfin à une évaluation de l'attitude des patients vis-à-vis de la démarche d'AERES en catégorisant les idées-clés en trois groupes : celles correspondant à des appréciations positives face à l'outil ou à la démarche d'identification des ressources ; celles indiquant un avis négatif à ce sujet, et enfin celles pour lesquelles il n'était pas possible de juger si la personne connotait positivement ou négativement ses propos.

Résultats

Au total, 55 idées principales ont été dégagées des entretiens et ont pu être réparties selon les six thématiques extraites de l'analyse qualitative. Par rapport à l'appréciation générale de l'instrument, nous pouvons noter en préambule que 40 des 55 idées clés formulent une attitude positive vis-à-vis de l'outil, 4 correspondent à une formulation neutre et 11 se réfèrent à une appréciation négative.

Validité apparente et exhaustivité

Concernant la validité apparente d'AERES, les dix patients, soit la totalité de l'échantillon, ont affirmé que l'outil mesure bien leurs ressources. Un patient a cependant estimé que la carte « gratitude » ne devrait pas faire partie de cette évaluation car, selon lui, être reconnaissant n'est pas aidant dans la vie mais traduit simplement une forme de politesse à l'égard des autres.

Concernant l'exhaustivité, sept patients estiment qu'AERES couvre la totalité des ressources existantes. Un patient indique que l'outil ne mesure que partiellement ses ressources. Il souhaiterait que le test soit davantage personnalisé, mais ne formule pas d'items précis à ajouter. Un autre patient regrette qu'à côté de l'évaluation des ressources, la situation privée de la personne ne soit pas davantage explorée en début d'évaluation. Il aurait souhaité pouvoir davantage se décrire en tant que personne. Deux cartes supplémentaires ont été suggérées par deux patients : la conduite d'un véhicule et l'activité sexuelle.

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

Tableau 4 *Idées-clés relatives à la validité apparente et à l'exhaustivité d'AERES*

Thèmes	Phrases clés	Nb de sujets ^a	Nb total de sujets ^b
Validité apparente	<i>Appréciations positives</i> 1. L'entretien mesure les ressources	10	10
	<i>Appréciations négatives</i> 1. La « gratitude » n'est pas aidante dans la vie mais démontre qu'on est poli	1	1
Exhaustivité	<i>Appréciations positives</i> 1. Rien ne manquait, l'outil est complet	7	7
	<i>Appréciations négatives</i> 1. L'outil mesure un peu les ressources	1	3
	2. Le domaine de la situation privée manque un peu même si le besoin d'en parler est subjectif	1	
	3. Le test n'est pas suffisamment personnalisé	1	
	4. Une carte « conduire un véhicule » pourrait être ajoutée	1	
	5. Une carte « sexualité » pourrait être ajoutée	1	

a : nombre de sujets ayant exprimé au moins une fois l'idée-clé durant son entretien

b : nombre de sujets ayant exprimé une attitude positive, négative ou neutre par rapport au thème

Utilité clinique

Huit patients ont exprimé des avis positifs quant à l'utilité d'AERES à travers dix-sept idées-clés, quatre personnes se sont montrées plus critiques en avançant quatre idées à la valence neutre ou négative.

L'évaluation des ressources est utile car elle permet un bilan des situations de vie sur trois dimensions temporelles. Tout d'abord, la passation permet aux patients de prendre conscience d'une évolution ou d'une augmentation de leurs ressources par rapport au passé ou au début de leur hospitalisation. La deuxième dimension touche au présent ; elle favorise selon les patients une identification et prise de conscience des ressources qui sont actuellement présentes, appréciées ou importantes pour eux. La troisième dimension est orientée vers le futur, elle donne une perspective de changements souhaités et constitue une aide au développement personnel. Cinq patients ont évoqué ce point que nous avons résumé par l'idée

générale qu'AERES permet de réaliser un bilan de vie (passé, présent et futur) clair. Cinq personnes indiquent également que l'outil leur a permis une prise de conscience de forces qu'ils n'avaient jusqu'alors pas perçues comme telles. Trois personnes ont décrit l'entretien comme une aide leur permettant de relativiser leur situation actuelle difficile. AERES leur a permis de focaliser leur attention sur des dimensions positives. Trois patients ont aussi évoqué le fait qu'AERES donnait davantage de sens à leur situation de vie actuelle et future. Trois personnes expriment le fait que l'outil favorise l'envie de développer ou de retrouver des compétences et ressources perdues. Ces patients décrivent une dimension motivationnelle et une responsabilisation dans le processus de développement de nouvelles ressources dans le futur. D'autres idées individuelles sont synthétisées dans le tableau 5.

Les appréciations plus critiques au sujet de l'utilité d'AERES mêlent souvent un propos favorable envers l'outil tout en nuancant certains points. Ainsi, deux patients ont exprimé qu'ils avaient déjà conscience de leurs ressources personnelles. Ainsi, l'outil n'était pas particulièrement utile pour eux à cette étape de leur suivi. Toutefois, cette passation leur aurait été utile si elle avait été proposée en début de prise en charge. Ces deux patients ont par ailleurs apprécié le bilan synthétique de leurs ressources transmis suite à l'entretien sous forme de graphique visuel. Deux autres idées plus critiques au sujet d'AERES soulignent les points suivants : (1) AERES est utile mais il peut indiquer la présence de déficits ; (2) il peut faire prendre conscience des ressources présentes mais également des ressources perdues.

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

Tableau 5 Idées-clés relatives à l'utilité clinique d'AERES

Phrases clés	Nb de sujets ^a	Nb total de sujets ^b
<i>Appréciations positives</i>		
1. La passation permet un bilan de vie (passé, présent et futur) clair.	5	8
2. L'outil m'aide à prendre conscience des ressources que je possède actuellement	5	
3. L'outil me permet de positiver la situation actuelle	3	
4. L'outil donne du sens à ma situation actuelle et future	3	
5. L'outil contribue à ce que je ressente l'envie de réaliser à nouveau ce dont j'étais capable par le passé, en prenant conscience de mon rôle dans ce processus	3	
6. L'outil m'aide à voir les éléments que j'apprécie dans la vie	1	
7. L'outil m'aide à me positionner sur les thèmes proposés	1	
8. L'outil me permet d'être au clair quant à la situation actuelle	1	
9. Le bilan des résultats qui sera transmis me sera utile	1	
10. L'outil m'a montré une évolution par rapport aux ressources que je ne possédais pas par le passé en comparaison à maintenant	1	
11. L'outil me fait réfléchir à ma vie	1	
12. L'outil m'aide à synthétiser mes forces et mes faiblesses	1	
13. L'outil m'aide à réaliser ce que je souhaite pour la vie future	1	
14. L'outil m'aide à réaliser ce qui compte pour moi dans la vie	1	
15. L'outil constitue une aide à mon développement personnel	1	
16. Comme je travaille dessus en ce moment, ce test est approprié	1	
17. L'outil me permettra de me rappeler ce que je souhaite concrétiser	1	
<i>Appréciations neutres</i>		
1. Le test m'aurait aidé si je n'avais pas déjà évalué mes ressources auparavant	2	2
2. Ce test me fait comparer les ressources que je recherchais par le passé et celles que je recherche actuellement	1	
<i>Appréciations négatives</i>		
1. L'outil m'est utile mais il me rappelle aussi mes déficits actuels	1	2
2. La passation me fait penser aux aspects appréciés perdus ou présents dans ma vie	1	

a : nombre de sujets ayant exprimé au moins une fois l'idée-clé durant son entretien

b : nombre de sujets ayant exprimé une attitude positive, négative ou neutre par rapport au thème

Praticabilité clinique

Huit patients apprécient la passation complète d'AERES, qu'ils ont trouvée agréable dans ses phases de tri des cartes et de discussion. Six patients apprécient plus spécifiquement le caractère plaisant ou amusant du tri des cartes. Selon quatre patients, l'outil ne comporte aucune carte gênante ou aspect déplaisant.

Concernant la compréhension et le format de l'outil, quatre patients décrivent la procédure du tri des cartes comme simple. Trois patients indiquent que l'outil est plus simple et clair qu'un questionnaire. Le caractère accessible de ce test le rend plus appréciable qu'un questionnaire. Trois autres patients précisent que l'utilisation d'une médiation visuelle facilite une bonne compréhension des thèmes abordés. Trois personnes décrivent le tri des cartes comme un moyen structurant favorisant une bonne précision et sélection des thèmes importants. Enfin, trois patients soulignent leur intérêt personnel pour cet outil, ainsi que pour le domaine des ressources. Un patient le qualifie de passionnant.

Les énoncés neutres et négatifs au sujet de la passation sont beaucoup plus rares. Deux patients ont évoqué avoir eu des difficultés lors du tri des cartes. Un patient exprime son hésitation par rapport aux catégorisations dichotomiques proposées dans l'entretien : « ressources présentes » versus « ressources absentes ». Un autre patient estime qu'une carte nuanciant les possibilités de réponses manque.

ARTICLE 4 : Évaluer les ressources des patients

Tableau 6 *Idées-clés relatives à la praticabilité d'AERES*

Thèmes	Phrases clés	Nb de sujets ^a	Nb total de sujets ^b
Agréabilité	<i>Appréciations positives</i> 1. La passation est agréable 2. Trier des cartes est plaisant 3. Trier des cartes est amusant 4. Il n'y a pas de carte gênante, rien n'était déplaisant 5. L'entretien m'a procuré du plaisir 6. L'entretien n'est pas stressant 7. L'interviewer est agréable 8. L'écoute et le temps pris par l'investigateur sont appréciables 9. Un contact humain est plaisant	8 3 3 4 2 2 2 1 1	8
	<i>Appréciations neutres</i> 1. Le test n'est ni désagréable, ni agréable 2. Bien que j'étais stressé à l'idée de passer l'entretien, tout s'est bien déroulé	1 1	
	<i>Appréciations négatives</i> 1. La carte relations sentimentales est gênante	1	1
	<i>Appréciations positives</i> 1. La procédure du tri de cartes est simple 2. L'outil est plus simple et clair qu'un questionnaire 3. Les cartes facilitent ma compréhension des thèmes 4. Le tri de cartes facilite une bonne précision et sélection de thématiques générales 5. Les thèmes intimes (relations sentimentales) sont plus facilement abordés par le biais des cartes que par une question directe 6. Les mots et les images définissent bien les secteurs de vie 7. L'entretien grâce au tri des cartes aborde les thèmes de façon suffisamment approfondie 8. Cette forme de passation structure mes réponses et évite de me fatiguer 9. Grâce au tri des cartes, les réponses ne sont pas influencées par l'investigateur, il s'agit de mon choix personnel 10. Le temps investi pour ce type de passation est plus court que pour un questionnaire	4 3 3 3 2 2 2 1 1 1	8
Compréhension et format	<i>Appréciations négatives</i> 1. Trier des cartes est compliqué car parfois j'hésitais 2. Les possibilités de réponses pourraient être plus nuancées	1 1	
	<i>Appréciations positives</i> 1. L'outil est intéressant 2. Le domaine des ressources est passionnant	3 1	3
Intérêt personnel pour la démarche d'évaluation des ressources			

a : nombre de sujets ayant exprimé au moins une fois l'idée-clé durant son entretien

b : nombre de sujets ayant exprimé une attitude positive, négative ou neutre par rapport au thème

Originalité

Nous avons également interrogé les dix patients quant à la nouveauté et l'originalité de cette démarche visant à évaluer et identifier leurs ressources personnelles. Sept patients ne connaissent aucune autre évaluation des ressources et décrivent cet outil identifiant leurs ressources comme nouveau et original.

Discussion

Les avis exprimés lors des entretiens sont largement positifs. Ils corroborent le fait que les passations avec AERES se sont bien déroulées. Nous n'avons pas rencontré de patients que la démarche aurait peu intéressés, voire irrités. Nous avons constaté une bonne participation des patients comme cela avait déjà été le cas lors de l'étude pilote (Bellier-Teichmann & Pomini, 2015).

La plupart des énoncés sont encourageants en termes d'une utilisation d'AERES au sein d'une pratique psychologique clinique. En effet, les résultats exposés vont dans le sens attendu. AERES apparaît aux patients comme un outil mesurant bien leurs ressources, utile, de même que facile et agréable à passer. De plus, la nouveauté et l'originalité de cet outil sont également confirmées par les patients.

L'appréciation positive quant à la validité apparente et l'exhaustivité nous conforte dans la sélection des items, le choix de mesurer trois types de ressources, ainsi que la manière de les regrouper en caractéristiques personnelles, loisirs / passions, et ressources sociales / environnementales. La possibilité de relever d'autres types de ressources par le biais d'une carte blanche favorise sans doute la personnalisation de cette démarche d'évaluation des ressources et ainsi le sentiment d'exhaustivité de cette mesure exprimé par les patients. De plus, les phases de discussion suite aux tris des cartes donnent librement la parole aux patients afin d'aborder et d'explorer davantage leurs perceptions subjectives et personnelles face à leurs ressources. Elles permettent de saisir leur fonctionnement individuel (Aubin-Auger et al., 2008). Le procédé choisi alterne ainsi entre des phases quantitatives et qualitatives conférant une force dans le recueil des données (Ten Klooster, Visser, & De Jong, 2008). La structure d'AERES facilite une personnalisation de l'entretien adapté à chaque patient et semble favoriser ainsi un sentiment d'exhaustivité et de validité apparente de l'outil.

La majorité des patients investigués a vu dans AERES un outil utile. Cet instrument semble véhiculer ou stimuler un certain espoir. Il favorise une prise de conscience des forces présentes chez soi (valorisation des qualités et compétences individuelles, identification des ressources externes) sur lesquelles s'appuyer pour le rétablissement. Il mobilise ou active aussi l'envie de développer de nouvelles ressources facilitant une projection vers un avenir plus serein. Ces éléments

concordent avec le modèle théorique des forces décrivant le recensement des ressources chez le patient comme une source de motivation et d'espoir liée au processus de rétablissement (Rapp & Gosha, 2012). De plus, la littérature a montré que l'identification des forces personnelles favorise la présence d'émotions positives et soutient ainsi la construction de ressources nouvelles (Fredrickson, 1998).

Concernant la praticabilité, la majorité des patients soulignent une passation vécue comme agréable, claire, simple, structurante et intéressante. La majorité des patients a apprécié la médiation visuelle d'AERES. Les bénéfices de l'utilisation du tri des cartes ont été mises en évidence dans la littérature scientifique (Baker et al., 2013; Cordingley et al., 1997; McKeown, & Thomas, 2013). L'utilisation du tri des cartes distingue AERES des questionnaires traditionnels considérés comme moins agréables à remplir et plus difficiles à comprendre pour certains patients, notamment ceux ayant des difficultés langagières et/ou cognitives.

Certains patients ont également relevé leur intérêt personnel pour le domaine des ressources et ainsi la pertinence du test. AERES de par sa démarche d'identification des ressources vient s'intégrer dans un processus de rétablissement visant à rendre l'individu autonome et indépendant au sein de la société. En effet, la littérature démontre la pertinence d'évaluations et d'interventions susceptibles de promouvoir le bien-être, ceci afin de soutenir le rétablissement de patients souffrant de troubles psychiques (Slade, 2010).

L'examen des avis négatifs ou de certaines interrogations des patients au sujet de cet outil nous ont permis de questionner à nouveau les choix d'items, ainsi que l'indication à l'administration de cet instrument et l'attitude clinique à adopter au moment de la passation.

Concernant la validité apparente, l'item « être reconnaissant » a été critiqué par un patient comme n'étant pas une ressource. La définition de cet item peut être explicitée de la manière suivante : être reconnaissant signifie porter son attention sur les éléments satisfaisants de notre quotidien et les bienfaits reçus. L'item « être reconnaissant » peut être reformulé aux patients comme : « percevoir l'aide et le soutien apportés par une personne et en être heureux, la remercier ; prendre conscience des aspects positifs de notre existence et s'en réjouir ». Cette définition est appuyée par les dires spontanés des patients. Malgré tout, un patient a estimé qu'être conscient de l'aide reçue par son entourage ne constituait pas une ressource dans son existence. Cet item sera maintenu car il ne fait l'objet que d'une seule

remarque négative. Les études en psychologie positive démontrent les bénéfices de la gratitude en termes de bien-être et d'augmentation des émotions positives (Seligman et al., 2005 ; Wood, Joseph, & Maltby, 2009). Wood et ses collègues ont également démontré que la gratitude agit en tant que facteur protecteur face au stress et à la dépression (Wood, Maltby, Gillett, Linley, & Joseph, 2008). Concernant les souhaits d'ajout de cartes : l'item « sexualité » n'a volontairement pas été intégré en raison de son caractère trop intime. Toutefois, il peut émerger de la carte « relations sentimentales » si le patient désire en parler. La carte « conduire un véhicule » n'a pas été ajoutée à l'outil. Cette dimension peut spontanément émerger grâce à la carte blanche dans la catégorie loisirs et passions. Elle peut également émerger de la dimension « métier ». Ainsi, les différentes remarques concernant les items n'ont pas conduit pour l'instant à une modification de la liste des items retenus.

Deux patients ayant déjà effectué un travail d'identification de leurs ressources en psychothérapie ont relativisé l'utilité clinique d'AERES. Cette remarque nous permet de rappeler que l'indication à un outil comme AERES est particulièrement appropriée en début de prise en charge clinique, afin d'acquérir une vision globale de la situation du patient, ainsi que de ses forces utilisables en vue d'un rétablissement. Elle pourrait également être utilisée en cours de prise en charge en vue d'évaluer l'évolution du patient, ainsi que l'efficacité du traitement proposé.

Deux patients ont signalé que l'entretien leur a permis d'identifier leurs ressources mais leur a également rappelé leurs déficits. L'attitude de l'investigateur joue un rôle important durant la passation. En effet, ce dernier peut contribuer à focaliser l'attention de la personne sur l'identification et la valorisation des ressources présentes chez le patient plutôt que d'accentuer le manque. Pour éviter ce type de désagrément, l'entretien peut être clôt par une synthèse des ressources les plus importantes pour le patient, ainsi que celles contribuant particulièrement à son rétablissement.

En termes de praticabilité, l'item « relations sentimentales » a été considéré comme désagréable et gênant par un patient. Toutefois, il nous semble important de maintenir cet item dès lors qu'une relation sentimentale constitue dans certains cas l'un des rares liens sociaux présent chez certains patients souffrant de troubles psychiatriques. À nouveau, cette remarque doit inciter l'investigateur à préciser en début d'entretien que certains items peuvent être vécus comme intrusifs ou gênants et ne doivent pas nécessairement être discutés ou explorés par les patients. La

possibilité offerte de traiter ou non certaines questions plus en détail, ou de simplement écarter certaines ressources « problématiques » constitue peut-être une limitation en termes de validité mais très certainement un atout en termes de collaboration clinique.

De manière générale, nous pouvons être surpris de la rareté de réponses négatives ou neutres qui pourraient refléter l'existence d'un biais de désirabilité sociale. En effet, l'envie de se présenter de manière positive a peut-être eu une influence sur l'expression des opinions (Butori & Parguel, 2010). Ce biais n'est pas exclu en particulier lorsqu'il était demandé si AERES mesure effectivement les ressources des patients. Une question neutre et ouverte pourrait permettre de réduire ce dernier, telle que « Selon vous, à quoi peut servir cet entretien ? ». Toutefois, le but de l'évaluation était clairement présenté dans la feuille d'information et de consentement et lors de la présentation d'AERES. De fait, certains patients ne souhaitent peut-être pas décevoir l'investigatrice qui était la même personne administrant AERES. Cependant, le déroulement positif des passations avec l'outil AERES est en adéquation avec le fait que les patients ont exprimé des avis positifs à son sujet. Nous percevons une cohérence entre le vécu de la passation de l'outil et les feedbacks généralement positifs fournis à son sujet.

Enfin, l'entretien semi-structuré a été effectué dans la continuité de la passation d'AERES. Notre méthodologie comporte ainsi des avantages certains en termes de mémoire et de sensations spontanées et immédiates recueillies auprès des patients. Cependant, cette configuration implique également davantage de fatigue, ainsi qu'une concentration diminuée chez le patient et l'investigateur.

Conclusion

Dans la pratique clinique, nous avons décelé un manque d'outils francophones mesurant un profil des ressources chez les patients souffrant de troubles psychiatriques et adaptés à leurs spécificités. Tout outil d'évaluation psychosociale doit répondre aux exigences psychométriques scientifiques d'une part, aux exigences cliniques, d'autre part. Or, les données de la littérature concernant les perceptions des patients envers ces outils sont rares. L'enjeu principal de cette étude était de pallier à cette situation en évaluant la validité apparente et l'exhaustivité, l'utilité, la praticabilité clinique, ainsi que la nouveauté d'AERES du

point de vue des patients. L'objectif de cette étude était de recueillir et d'analyser qualitativement les impressions directes et spontanées des patients suite à la démarche d'évaluation de leurs ressources au moyen de l'outil AERES. Les patients interrogés ont confirmé la méthode et les contenus de cette évaluation des ressources.

Vu le manque d'approches et d'outils existants mesurant les ressources chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, la démarche d'AERES a été considérée par les patients interrogés comme une approche nouvelle, originale et également utile. Une telle passation permet au patient de se penser comme possédant des ressources et donc de modifier sa perception de soi. Ceci semble d'autant plus important que deux tiers des individus n'ont pas une bonne conscience et connaissance de leurs forces et ressources personnelles (Arnold, 1997).

Au sein d'une pratique psychologique, une utilisation d'une mesure des ressources en début de suivi permettrait de contrebalancer une vision psychiatrique souvent centrée sur l'évaluation des symptômes et des déficits du patient lors des premières investigations cliniques. De plus, le suivi clinique ou la thérapie proposée au patient pourra se baser par la suite sur les ressources existantes chez le patient et les exploiter afin de favoriser un rétablissement. Il s'agira également de réactiver d'anciennes forces, ainsi que de favoriser le développement de nouvelles ressources. AERES peut également être indiqué lors de la réalisation de bilans réguliers, ceci afin d'évaluer les changements et les évolutions des patients.

En considération de ces éléments et en vue de recherches futures, un aspect pourrait faire l'objet d'investigations supplémentaires. Il serait intéressant d'identifier si AERES est un outil d'auto-évaluation capable de promouvoir le bien-être sur le long terme. Il s'agirait d'évaluer si AERES favorise une augmentation de l'estime de soi du patient par une redéfinition de son identité, de même qu'une augmentation de son niveau d'espoir dirigé vers la croissance et le développement de soi. Il serait ainsi bénéfique d'évaluer si la démarche proposée favorise des conséquences positives mobilisatrices, voire thérapeutiques. Est-ce que cet instrument peut devenir dans une pratique clinique un outil d'évaluation mais également un outil d'intervention thérapeutique favorisant un rétablissement ? Une telle étude aiderait à comprendre comment intégrer ce nouvel outil dans une démarche clinique et/ou thérapeutique.

ARTICLE 5: Which are your strengths and how do they contribute to your recovery?

Abstract

Introduction: Doing a strength-based assessment is a therapeutic process that can foster recovery. However, standardized strengths tools adapted to the specificities of patients suffering from psychiatric disorders are rare and not routinely used in mental health services.

Objective: A new Strengths Q-Sort Self-Assessment Scale (SQSS) has been specifically developed for this population. The first objective of this current paper is to examine the initial psychometric properties of this instrument, as well as to identify descriptive profiles of patients' strengths. The second objective is to explore the impact of a strengths assessment on patients' self-esteem and well-being.

Method: This tool was administered to 213 patients suffering from severe psychiatric disorders and coming from four mental health centers in Switzerland and France. Patients' level of self-esteem and well-being was measured before and after the administration of the SQSS with the Rosenberg Self-esteem scale and the Visual Analogue Scale for well-being.

Results: Results showed that the SQSS can easily be administered with these patients and with important benefits. This instrument demonstrated good face validity, as well as satisfactory test-retest reliability, convergent validity and internal validity. The most common strengths found within each category were gratitude, listening to music, and professional healthcare. The strengths contributing the most to patients' recovery were humor, listening to music and professional healthcare. The strengths patients wanted to develop the most were self-esteem, travelling and friends. Results indicated an increase in self-esteem, happiness, serenity, life satisfaction and meaning in life after the patients identified their personal strengths.

Conclusion: This tool can provide clinicians and researchers with new information regarding patients' intact strengths despite their psychopathology. This strengths assessment consists in a first step of a therapeutic process. The identified strengths can then be activated in order to alleviate patients' symptoms and foster their quality of life.

Keywords: Strengths assessment; SQSS; Positive Psychology; Recovery; Well-being

Complete reference

Bellier-Teichmann, T., Golay, P., & Pomini V. (soumis). Which are your strengths and how do they contribute to your recovery? A new strengths assessment for a clinical population. *European Revue of Applied Psychology*

Résumé

Introduction : Identifier les ressources chez les patients est un processus thérapeutique pouvant favoriser leur rétablissement. Toutefois, des outils standardisés adaptés aux spécificités de patients souffrant de troubles psychiques et mesurant leurs ressources sont rares et peu utilisés dans les services de santé mentale.

Objectif : Un nouvel outil d'Auto-Evaluation des Ressources (AERES) a été développé spécifiquement pour cette population. Le premier objectif de cette présente étude est d'examiner les propriétés psychométriques initiales de cet instrument et d'identifier des profils descriptifs des ressources présentes chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. Le deuxième objectif est d'explorer l'impact d'une évaluation des ressources sur le niveau d'estime de soi et de bien-être d'un patient.

Méthode : Cet instrument a été administré au sein d'une population de 213 patients souffrant de troubles psychiques sévères en provenance de quatre centres de santé mentale en Suisse et en France. Le niveau d'estime de soi et de bien-être a été mesuré chez les patients avant et après la passation AERES grâce à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et l'échelle visuelle analogique du bien-être.

Résultats : AERES a pu facilement être administré au sein de cette population et avec des bénéfices importants. Cet instrument a montré une bonne validité apparente, de même qu'une fidélité test-retest, une validité convergente et interne satisfaisantes. Les ressources les plus présentes pour chacune des dimensions sont la gratitude, la musique et le soutien par les professionnels de la santé. Les ressources contribuant le plus fortement au rétablissement sont l'humour, la musique et le soutien par les professionnels de la santé. Les ressources que les patients souhaitent développer le plus sont l'estime de soi, les voyages et les amis. Les résultats ont montré une augmentation de leur estime de soi, sentiment de joie, sérénité, satisfaction et sentiment que la vie a du sens après avoir identifié leurs ressources.

Conclusion : Cet outil novateur permet aux cliniciens et chercheurs de disposer de nouvelles informations liées aux ressources restées intactes chez les patients malgré leur psychopathologie. Cette évaluation des ressources constitue une première étape d'un processus thérapeutique. Les ressources identifiées peuvent ensuite être activées en vue de diminuer les symptômes des patients et favoriser leur qualité de vie.

ARTICLE 5: Strengths contribution to recovery

Mots clés : Evaluation des Ressources ; AERES ; Psychologie Positive ; Rétablissement ; Bien-être

Introduction

Traditionally, clinical psychology concentrated on understanding and treating psychopathologies with a focus on the patients' symptoms, in order to reduce or eliminate them (Cowen & Kilmer, 2002). Therefore, assessments in mental health services commonly measure problem behaviors, emotional deficits and functional difficulties. This is a primary goal for most of the psychiatric assessments and an essential step to plan treatments and set clinical interventions. However, this deficit-focused approach offers an incomplete picture of the patients, as it emphasizes only negative aspects of the individuals and their situations (Harnis, Epstein, Ryser, & Pearson, 1999; Tedeschi & Kilmer, 2005). Additionally, such a focus has led to an unbalanced research field that mostly assesses distress and dysfunction without considering the impact of positive dimensions on recovery. For example, a large body of research in psychiatry is dedicated to the investigation of the role of negative emotions such as fear, anger and sadness in the development of psychopathology, but only few studies measured the impact of positive emotions in the process of recovery (Fredrickson, 2004). Similarly, the clinical significance of patients' loneliness has been frequently studied (Heinrich & Gullone, 2006), whereas much less research has focused on the impact of positive relationships (Levin, 2000).

Since the development of the domain of positive psychology, an increasing number of studies focused on the assessment of positive functioning. Empirical studies showed the positive impact of focusing on patients' strengths. Indeed, assessing positive functioning serves a preventative function against future psychopathology and relapse (Fredrickson, 2001; Watson & Naragon-Gainey, 2010; Wood & Joseph, 2010). Moreover, focusing not only on the resolution of symptoms or negative schemas but working on values and meaning of life may lead to a first relief of psychological distress (Mehran & Guelfi, 2002). Assessing positive functioning also enables higher well-being and increases creativity to solve problems (Fredrickson, 1998). Additionally, when strengths and symptoms are assessed jointly, patients are more likely to experience this intervention as affirming, empowering and motivating (Cowger, 1994; Saleebey, 2006). Therefore, identifying patients' strengths seems to be an essential feature of the initial evaluation procedure at the psychiatric hospital or at any clinical consultation.

Furthermore, the vulnerability-stress-coping model (Mueser et al., 2013; Ritsner et al., 2014) showed the importance of three dimensions in the development of psychiatric symptoms and the prevention of relapses: (1) individual vulnerability, (2) stressful life events, and (3) protective factors. According to this model, in case of vulnerability to psychiatric illness, stressful life events heighten the probability of the emergence or reoccurrence of symptoms. Conversely, protective factors—the patient's strengths—help reduce the development of symptoms or prevent chronicity.

The acknowledgement of the importance of both symptoms and strengths led Wright and Lopez to develop a theoretical model of assessments in clinical psychology and psychiatry (Wright & Lopez, 2002). According to these authors, comprehensive and high-standard assessments should focus on the following four dimensions: (1) deficiencies and undermining characteristics of the person, (2) strengths and assets of the person, (3) lacks and destructive factors in the environment, and (4) resources and opportunities in the environment.

However, despite empirical evidence revealing the therapeutic effects of assessing patients' strengths, strengths assessments are not routinely used in psychiatric mental health services (Graybeal, 2001). Indeed, the vast majority of clinical instruments and routines used in mental health settings mostly measure symptoms and deficits. Even psychiatric handbooks put the emphasis mainly on symptoms and problematic points in the clinical examination and history taking (Puri & Treasaden, 2011). Consequently, the vast majority of clinical instruments used in mental health settings rarely measure the nature or degree of patients' strengths. Therefore, even if practitioners recognize the importance of positive functioning for recovery, they usually do not evaluate it explicitly (Shankland & Martin-Krumm, 2012).

Recently, the development of positive functioning assessments is receiving increasing attention (e.g., Joseph & Wood, 2010; Lopez & Snyder, 2003). However, the majority of these instruments measure only one specific aspect of the positive human functioning (e.g. the level of self-esteem, hope, optimism, gratitude). They do not provide a general profile of the person's strengths. Furthermore, these instruments have not specifically been designed for use within a mental health population. Therefore, the existing strengths assessments are not adapted for patients suffering from severe or chronic psychiatric disorders such as patients suffering from

cognitive or language impairments or having difficulties remaining concentrated on a long questionnaire. In their systematic review of strengths assessments profiles for mental health populations, Bird and colleagues (2012) concluded that strengths-based instruments have rarely been validated within a population of patients suffering from psychiatric disorders. According to their results, only two of the existing instruments could be recommended for routine clinical use: (1) The Strengths Assessment Worksheet (Rapp & Goscha, 2006), and (2) The Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG; Wallace et al., 2001). However, neither of these two scales allow for the identification and assessment of a global profile of patients' internal and external strengths. Accordingly, several authors (Bird et al., 2012; Slade, 2010; Wood & Tarrier, 2010) conclude that further research is required that focuses on the development of new strengths assessments, as well as on the assessment of their feasibility, psychometric properties and outcomes.

The Strengths Q-Sort Self-Assessment Scale (SQSS)

In line with these recommendations, we developed the Strengths Q-Sort Self-Assessment Scale (SQSS, or AERES in French) that is specifically adapted for patients suffering from severe psychiatric disorders or with cognitive or language impairments. This instrument allows for the identification and assessment of a global profile of patients' internal and external strengths across multiple domains of daily functioning.

In this context, a strength has been defined as an internal or external element that may improve the person's well-being (Rapp & Goscha, 2012). A strength corresponds to the protective factors defined within the vulnerability-stress-coping model (Mueser et al., 2013; Ritsner, Lisker, & Grinshpoon, 2014). These protective factors may help reduce the development of symptoms or prevent chronicity. Epstein and Sharma (1998) define strengths-based assessment as the measurement of emotional and behavioral skills, competencies and characteristics that create a sense of personal accomplishment; contribute to satisfying relationships with family members, peers, and adults; enhance one's ability to deal with adversity and stress; and promote one's personal, social, and academic development.

The SQSS is based on a Q-Sort method with figurative items. Indeed, empirical studies showed that almost a third of chronic patients with psychiatric disorders experience difficulties in understanding how to fill out questionnaires (e.g. Trauer et al., 2008). Even if they appear easy to use, classical questionnaires seem therefore unsuitable for assessing chronic patients who present cognitive, verbal or language deficits. In order to bypass difficulties in self-assessing items on Likert scales we decided to use a Q-sort methodology to measure patients' strengths. Patients usually appreciate this original, concrete and somewhat playful way of investigation. Clinical staff trained with these instruments is generally also convinced of the benefits of the method. For a detailed discussion of the benefits of the Q-Sort approach see Baker et al., 2013; Bellier-Teichmann & Pomini, 2015; Cordingley et al., 1997; McKeown, & Thomas, 2013.

The items of the SQSS are presented on cardboard cards. Each of them displays the name of one strength associated with a picture symbolizing it (see Fig. 1). The pictures form a concrete support on which clinicians and patients rely in order to orient a strength-based assessment, discussion and clinical exploration. This format makes it therefore possible to carry out the assessment even with patients suffering from cognitive or language impairments.



Figure 1 Example of the Q-sort cards used in the SQSS

The SQSS measures patients' strengths classified in three categories: (1) personal qualities and characteristics, (2) leisure activities or passions, and (3) environmental or social strengths (see Table 1). The first category includes 12 character strengths. Nine of them are based on the list of character strengths defined by Peterson & Seligman (2004). We decided to exclude any item not directly related to recovery or not easily understood by the patients. We added three items (self-esteem, body consciousness and optimism) suggested by Rapp & Goscha (2012) in their strengths-based assessment. The second category lists ten different types of hobbies or passions that refer to the hedonic aspect of well-being and happiness (Seligman, 2002). We based our selection of hobbies on a leisure list (Linehan, 1993) and grouped together activities of the same nature (e.g. sports = skiing, swimming, running, playing tennis, etc.). Dozens of candidate hobbies and passions were identified and discussed with five clinicians and five patients. The leisure model developed by Dumazedier in 1962 was used as a reference (Dumazedier, 1962). According to this author, five categories of hobbies exist: artistic; intellectual; manual and practical; physical; social. Ten hobbies and passions were finally selected. The third category gathers nine external resources within the immediate environment and wider community. This third category is inspired by research evidence indicating that social support affects mental and physical health (Ganster & Victor, 2011) and contributes to a meaningful life (Seligman, 2002). Important relationships, as well as external contexts within a person can build his or her well-being have been included. Five items have been inspired by the Resource Checklist developed by Dick (2003): sentimental relationships, family, friends, work and living place. After patients' and clinicians' feedback, the four following items were added: neighbors / colleagues / acquaintances professional healthcare, pet and nature.

For each of these three categories, a blank card was added and allowed patients to mention other personal characteristics, leisure activities, passions, or environmental and social strengths that did not appear in the set of cards.

Table 1 Items covered by the AERES

Qualities and personal characteristics	Hobbies and passions	Environmental and social strengths
1. Humor	1. Doing sports	1. Family
2. Self-esteem	2. Cooking	2. Romantic relationships
3. Courage	3. Singing/Playing an instrument	3. Friends
4. Curiosity/Love of exploration	4. Painting / Drawing / Taking photographs / Creating	4. Neighbors / Colleagues / Acquaintances
5. Perseverance	5. Going to a show (cinema, concert, theatre, dance)	5. Work
6. Enthusiasm / Wonder / Savoring	6. Reading / Writing	6. Living place
7. Body consciousness	7. Gardening / Home repairing	7. Professional healthcare
8. Reflectiveness	8. Listening to music / TV/Radio/Surfing the internet	8. Pet
9. Optimism	9. Travelling/Visiting/Going on excursion	9. Nature
10. Gratitude	10. Playing games / Surfing the Internet	10. Other environmental or social strengths
11. Hope	11. Other hobbies/Passions	
12. Spirituality		
13. Other personal characteristics		

The administration of the SQSS involves following a Q-sort procedure, which requires patients to sort out and rank the cards according to specific instructions. This Q-sort assessment is divided into three different steps which are scored the following way: (1) assessing the current presence or absence of each strength in their life; (2) classifying the present strengths according to perceived degree of contribution to their recovery; (3) choosing new strengths they wish to develop or to consolidate or those they do not want to develop (see Fig. 2).

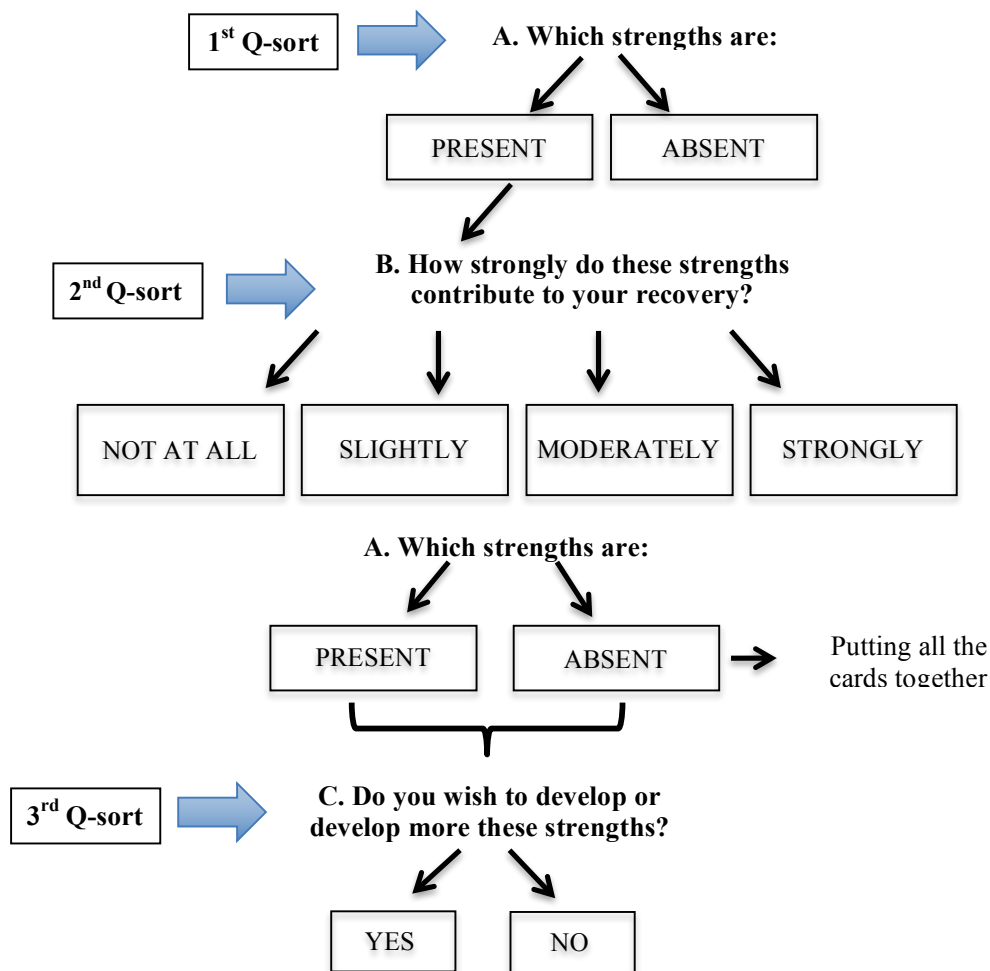


Figure 2 Administration of the SQSS: Q-sort steps

Patients go throughout the same three-step procedure for each of the three strengths categories separately: first, the personal qualities, then the leisure activities and finally, the external strengths. After each Q-sort assessment, a semi-structured interview is conducted with the patient allowing for a deeper clinical exploration of his or her strengths. The clinician asks the patient the following questions: “How do you use these strengths in your everyday life?”, “In which concrete and specific situations do you use them?”, “How do these strengths facilitate your recovery?”, and “In which ways would these new strengths be useful in your life?”, “How could you develop these new strengths?”. A scoring sheet allows the clinician to report the patients’ classifications for the three dimensions (see Fig. 3).

Qualities and personal characteristics	Presence	Contribution to recovery	Development
1. Humor	1	4	1
2. Self-esteem	0		1
3. Courage	1	3	1
4. Curiosity/ Love of exploration	1	1	0
5. Perseverance	0		0
6. Enthusiasm/Wonder/Savoring	1	4	0
7. Body consciousness	1	2	1
8. Reflectiveness	0		0
9. Optimism	1	3	0
10. Gratitude	1	3	0
11. Hope	0		1
12. Spirituality	1	4	1
13. Other personal characteristics	0		0
Total	8	24	6

Figure 3 Example of a patient's scoring sheet for the first dimension

Presence: Absent = 0 / Present = 1

Contribution to recovery: Not at all = 1 / Slightly = 2 / Moderately = 3 / Strongly = 4

Development: Absent = 0 / Present = 1

A pilot study (Bellier & Pomini, 2015) showed that this instrument was generally well adapted to patients suffering even from chronic psychiatric disorders. A qualitative study showed that patients perceived the SQSS as complete, useful, comprehensible, pleasant and innovative (Bellier & Pomini, 2017). However, to date, no study investigated the psychometric properties and validity of this tool. The first objective of this current paper is to examine the initial psychometric properties of this instrument, as well as to identify descriptive profiles of patients' strengths. The second objective is to explore the impact of a strengths assessment on patients' self-esteem and well-being.

Method

This multicentric study was reviewed and approved by the Swiss National Health Service Research Ethics Committee.

Participants

213 patients suffering from severe psychiatric disorders participated in the study. The mean age was 42.0 (SD = 11.9). The characteristics of the study sample were the following: we included 101 women and 112 men. 134 were single, 49 divorced or separated, 22 married and 8 widowed. 85 patients were living alone, 70 with partner or family and 47 in a supervised housing, 10 at the hospital and 1 homeless. 98 patients had no professional activity, 92 were working in sheltered workshops, 15 had a work activity and 8 were studying. The diagnoses were the following: 82 patients were suffering from schizophrenia, 43 from mood disorders, 25 from neurotic and anxiety disorders, 18 from personality disorders, 12 from mental disorders due to psychoactive substance use and 33 from other unspecified mental disorders.

Procedure

The SQSS was administered to patients from four mental health centers: two centers in Switzerland (Lausanne and Fribourg) and two in France (Lyon and Clermont-Ferrand). Participants were recruited between June 2011 and November 2016 through referrals from health professionals. Some patients also came spontaneously after having heard about this new strengths assessment. Inclusion criteria were (a) being between 18 and 70 years of age, (b) meeting ICD-10 criteria for a psychiatric diagnosis, and (c) having sufficient French language skills to understand the items. Exclusion criteria were (a) incapacity of discernment, (b) diagnosis of organic mental disorders and (c) presence of acute symptoms impeding assessment with the SQSS. Written informed consent was obtained from all patients after the nature of the procedures had been fully explained. Psychologists and

caregivers who conducted the assessments received a 6 hours standardized training consisting in the theoretical presentation and demonstration of the administration of this new tool, several role-plays with other clinicians and supervision of 2 administrations of the SQSS with a patient suffering from severe psychiatric disorder.

Prior the administration, the participants completed a paper-pencil questionnaire assessing their level of self-esteem, well-being, anxiety and depression. After the SQSS, the participants were asked to fill out a questionnaire assessing their level of self-esteem and well-being, as well as the face validity of the SQSS. The total administration lasted an average of 2 hours. 7-days after the initial administration, participants were asked to complete the SQSS again, in order to measure the test-retest reliability. Data from patients who encountered significant life events between the initial administration and the retest were not included in the analysis. Statistical power was calculated in order to define the minimal sample size necessary to calculate the reliability of the SQSS. If we wish to obtain a correlation of 0.7 with an α of 0.05 and a β of 0.20, we need at least 9 patients (Browner, Black, Newman, & Hulley, 1988). Should the variance of this subsample be less than the variance of the total sample, the correlation coefficient might have been underestimated because of range restriction (Magnusson, 1967) and our reliability estimates are likely to be conservative. Therefore, the test-retest reliability was estimated on only a part of the sample. Spearman correlations for the test-retest analysis were computed on 56 patients.

Measures

Rosenberg self-esteem scale (Rosenberg, 1965; Vallières & Vallerand, 1990). The level of self-esteem was measured with a 10-item self-report questionnaire, rated on a four-point Likert-type scale ranging from 1 (totally disagree) to 4 (totally agree).

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). This instrument is a 7-item self-report questionnaire of the level of anxiety in the past two weeks, rated on a four-point Likert-type scale ranging from 0 (never) to 3 (almost every day).

Patient Health questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). This instrument is a 9-item self-report questionnaire of the level of depression in the past two weeks, rated on a four-point Likert-type scale ranging from 0 (never) to 3 (almost every day).

Visual Analogue Scale for well-being (VAS, Wewers & Lowe, 1990). The well-being VAS assesses four features of well-being (mood, tension, satisfaction in life, and meaning in life) on a 0 to 10 Likert-type scale ranging between two dichotomous adjectives (e.g. sadness vs joy for the mood scale). This type of scale has been found reliable and useful within a clinical population (Chatelle et al., 2008; Lesage, Berjot, & Deschamps, 2012; Ninot & Fortes, 2007). The designation of items relates to the present moment and is therefore finely sensitive to change.

Face validity scale. The measure of face validity requires the patients to answer the following two questions on a ten-point Likert-scale ranging from 0 (not at all) to 10 (totally) : (1) Did this Q-sort allow for the identification of your strengths and resources? and (2) Did the discussion following the Q-sort allow for the identification of your strengths and resources?

Statistical Analysis

Statistical analyses were performed with IBM SPSS version 22 and with the Mplus 7.4 software (Muthén and Muthén, 2012). Because the distribution of the scores used for the comparisons did not meet the assumption of normality, statistical analyses were performed using non-parametric tests. Cronbach's α was computed on the 31 items in order to estimate the reliability of the SQSS. Test-retest reliability was assessed using Spearman correlations on the SQSS's scores obtained at time 1 and those collected at time 2 (7-days after the initial administration). To estimate face validity, mean scores of the two scales of face validity were computed. To assess convergent validity, we computed the correlations between the number of strengths and the level of depression, anxiety, and self-esteem. Given that patients suffering from depression and/or anxiety disorders were found to focus more on the negative aspects of their life and remember those better (Hallion & Ruscio, 2011), we expected that patients suffering from high levels of depression or anxiety would report lower levels of strengths. Moreover, empirical studies revealed that the

number of strengths is positively correlated with the level of self-esteem (Leontopoulou & Triliva, 2012). Consequently, we expected that patients with higher levels of self-esteem would have higher levels of strengths.

A series of exploratory factor analysis (EFA) were performed on the SQSS items to estimate the internal validity of the instrument. Items data were treated as categorical ordinal and the models were estimated using a robust weighted least squares estimator with adjustments for the mean and variance (WLSMV). An oblique Geomin rotation criteria was selected in order to identify a relatively simple structure while allowing factors to correlate. Because the three-factor solution closely matched the three categories structure, a three-factor model based on the three categories was tested by means of confirmatory factor analysis (CFA). Different indicators of model fit were considered: the root mean square error of approximation (RMSEA), the comparison fit index (CFI), the Tucker–Lewis fit index (TLI), and the standardized root mean residual (SRMR)—when available. RMSEA indicators lower than .06, SRMR below 0.08, and CFI/TLI higher than .95 were interpreted as good fit, while values of RMSEA lower or equal to .08, SRMR below .10 and CFI/TLI higher or equal to .90 were considered as acceptable fit (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005). Finally, Wilcoxon tests were performed on the pre- and post-test scores in order to examine the impact of identifying personal strengths on patients' self-esteem and well-being.

Results

Psychometric properties of the SQSS

Reliability. The SQSS showed a satisfactory short-term reliability (Cronbach's $\alpha = .73$). The test-retest reliabilities of the SQSS total scores were the following: presence of strengths: $r = 0.71$, $p < 0.001$. Contribution to recovery: $r = 0.66$, $p < 0.001$. Development of new strengths: $r = 0.65$, $p < 0.001$. The SQSS total scores demonstrated therefore satisfactory test-retest reliability.

Face validity. Face validity scores for the SQSS were good with a mean of 8.0 ($SD = 2.2$) for card sorting, and of 8.06 ($SD = 2.38$) for the discussion. These

results indicated that, according to the patients, the Q-sort as well as the discussion of the SQSS allowed for the identification and assessment of their personal strengths.

Convergent validity. We observed a significant and negative relationship between the level of depression and the level of strengths ($r = -.39, p < .001$). The level of anxiety was also significantly and negatively correlated with the number of strengths ($r = -.31, p < .001$). Finally, we found a significant and positive relationship between the level of self-esteem and the level of strengths ($r = .32, p < .001$). These results thus demonstrate satisfactory convergent validity for the SQSS.

Internal validity. A series of exploratory factor analysis were performed to assess the internal validity of the SQSS. The one-factor solution revealed some degree of unicity in strength assessment because all items excepted two (plastic arts and pet) positively and significantly loaded on this general factor. Model fit, however, was not adequate (RMSEA = 0.05, CFI = 0.75, TLI = 0.73, SRMR = 0.10). The two-factor solution did improve model fit (RMSEA = 0.05, CFI = 0.83, TLI = 0.80, SRMR = 0.09), but was less interpretable.

The three-factor solution (Table 2) showed an adequate degree of model fit (RMSEA = 0.04, CFI = 0.88, TLI = 0.86, SRMR = 0.08) and globally recovered the three-categories structure. When tested with confirmatory factor analysis (CFA), the three-factor structure based on the a priori categories still had an acceptable degree of fit (RMSEA = 0.05, CFI = 0.81, TLI = 0.80, SRMR = N/A). Most importantly, all items loaded significantly to their corresponding factors. Because the model fit was satisfactory, solutions with greater number of factors are generally not chosen for the sake of parsimony. Nevertheless, we still explored whether a 4-factor solution could be meaningful, but it was not the case. Therefore, the three-factor solution was considered as the best model with the first factor consisting of qualities and personal characteristics, the second of hobbies and passion, and the third of environmental and social strengths (see Table 2). These three factors were only modestly correlated indicating that the three categories were distinct in regard to strengths assessment.

Table 2 *Factor loadings for the exploratory three-factor model of strengths (Geomin rotation)*

<i>Items</i>	<i>Factor loadings</i>		
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>
Humour	0.462*	0.276*	-0.123
Self esteem	0.775*	-0.175*	0.009
Courage	0.441*	-0.025	0.250*
Curiosity/Love of exploration	0.305*	0.549*	-0.095
Perseverance	0.379*	0.057	0.171
Enthusiasm/Wonder/Savoring	0.711*	0.270*	0.034
Body consciousness	0.365*	0.054	0.134
Reflectiveness	0.345*	0.055	0.159
Optimism	0.844*	-0.006	-0.223*
Gratitude	0.369*	0.085	0.175
Hope	0.578*	-0.169*	-0.033
Spirituality	0.225*	-0.086	0.177
Sports	0.117	0.188	0.271*
Cooking	-0.042	0.088	0.424*
Singing/Playing an instrument	0.082	0.341*	-0.004
Plastic arts	-0.105	0.222	0.195
Going to a show	-0.007	0.595*	0.201
Reading/Writing	0.133	0.449*	0.109
Gardening/Home repairing	-0.084	0.089	0.445*
Music/TV/Radio/Internet	0.316*	0.343*	-0.002
Travelling/Visiting/Excursion	0.041	0.535*	0.040
Playing games	0.190*	0.009	0.083
Family	0.147	-0.139	0.313*
Romantic relationships	0.079	0.045	0.284*
Friends	0.218*	0.171	0.316*
Acquaintances	0.001	-0.209	0.612*
Work	0.189	-0.231	0.550*
Living place	0.184	-0.016	0.442*
Professional healthcare	-0.042	-0.006	0.412*
Pet	-0.194	0.352*	0.261*
Nature	0.162	0.070	0.371*
	<i>Factor correlations</i>		
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>
I	1.000		
II	0.119	1.000	
III	0.301*	0.216	1.000

Note. Loadings in bold are $< .30$. $p < .05$;

Factor I = 'Qualities and personal characteristics';

Factor II = 'Hobbies and passions';

Factor III = 'Environmental and social strengths'.

Descriptive profiles of patients' strengths.

Table 3 displays the cumulative frequencies of (1) the present strengths, (2) the degree of contribution to recovery for each strength, and (3) the strengths patients want to develop.

All of the items were selected as present strengths by at least 90 patients, except pet (n = 83), romantic relationships (n = 82), gardening/home repairing (n = 79), singing/playing an instrument (n = 78). Some items were even chosen by almost all the patients: music/TV/radio/internet (n = 198), gratitude (n = 196), professional healthcare (n = 183), humor (n=175).

Gratitude (n = 196), humor (n = 175) and curiosity (n = 172) were the most prevalent selected personal characteristics, while self-esteem (n = 110), spirituality (n = 120), and body consciousness (n = 132) were the most absent strengths in the patients' profiles. Music/TV/radio/internet (n = 198) and reading / writing (n = 149) were the most commonly selected hobbies and passions. Finally, healthcare services (n = 183) as well as the living place (n = 174) were the most present environmental or social strengths, before nature (n = 169), family (n = 166) and friends (n = 163). Work (n = 96), pet (n = 83) and romantic relationships (n = 82) were the most absent environmental strengths.

Regarding the perceived contribution of each strength to the patients' recovery, our results showed that if a strength was present, it contributed on average moderately to strongly to the patients' recovery. Environmental strengths were considered as the most helpful strengths for facilitating the recovery process. Romantic relationships (3.60), friends (3.58), professional healthcare (3.58), pet (3.58) and family (3.53) were the strengths identified as contributing the most to the patients' recovery. On the other categories, listening to music/ TV/ radio/ surfing the internet (3.44) and sports (3.41) were selected as the most helpful strengths within the hobbies and passions category. Finally, humor (3.45) was the personal characteristic perceived as contributing the most to the patients' recovery.

Regarding the strengths patients wanted to develop or to reinforce the most, we obtained: self-esteem (155 times), travelling (134 times), friends (129 times), hope (126 times), perseverance (119 times), optimism (118 times), and romantic relationships (117 times).

Table 3 *Cumulative frequencies of strengths considered by the patients as 1) present strengths, 2) degree of contribution to recovery for each strength 3) desirable (strengths patients want to develop or to consolidate)*

	Present strength	Mean contribution to recovery	Desirable strength
Humor	175 (82.2%)	3.45 (<i>SD</i> = 0.94)	103 (48.4%)
Self-esteem	110 (51.6%)	3.32 (<i>SD</i> = 0.47)	155 (72.8%)
Courage	163 (76.5%)	3.18 (<i>SD</i> = 0.82)	111 (52.1%)
Curiosity/Love of exploration	171 (80.3%)	3.21 (<i>SD</i> = 0.94)	103 (48.4%)
Perseverance	156 (73.2%)	3.26 (<i>SD</i> = 0.72)	119 (55.9%)
Enthusiasm/Wonder/Savoring	142 (66.7%)	3.26 (<i>SD</i> = 1.00)	105 (49.3%)
Body consciousness	132 (62%)	3.1 (<i>SD</i> = 0.95)	119 (55.9%)
Reflectiveness	160 (75.1%)	3.03 (<i>SD</i> = 0.90)	110 (51.6%)
Optimism	133 (62.4%)	3.22 (<i>SD</i> = 0.61)	118 (55.4%)
Gratitude	196 (92 %)	3.27 (<i>SD</i> = 1.07)	97 (45.5%)
Hope	167 (78.4%)	3.17 (<i>SD</i> = 0.70)	126 (59.2%)
Spirituality	120 (56.3%)	3.21 (<i>SD</i> = 0.64)	65 (30.5%)
Sports	112 (52.6%)	3.41 (<i>SD</i> = 0.94)	116 (54.5%)
Cooking	136 (63.8%)	3.1 (<i>SD</i> = 1.15)	97 (45.5%)
Singing/Playing an instrument	78 (36.6%)	3.24 (<i>SD</i> = 1.00)	64 (30%)
Plastic arts	97 (45.5%)	3.27 (<i>SD</i> = 1.07)	91 (42.7%)
Going to a show	122 (57.3%)	3.07 (<i>SD</i> = 0.62)	102 (47.9%)
Reading/Writing	149 (70%)	3.16 (<i>SD</i> = 1.12)	97 (45.5%)
Gardening/Home repairing	79 (37.1%)	3.2 (<i>SD</i> = 0.74)	66 (31%)
Music/TV/Radio/Internet	198 (93%)	3.44 (<i>SD</i> = 0.78)	67 (31.5%)
Travelling/Visiting/Excursion	125 (58.7%)	3.27 (<i>SD</i> = 0.00)	134 (62.9%)
Playing games	121 (56.8%)	3.13 (<i>SD</i> = 0.92)	72 (33.8%)
Family	166 (77.9%)	3.53 (<i>SD</i> = 0.74)	100 (46.9%)
Romantic relationships	82 (38.5%)	3.6 (<i>SD</i> = 0.48)	117 (54.9%)
Friends	163 (76.5%)	3.58 (<i>SD</i> = 0.66)	129 (60.6%)
Acquaintances	149 (70%)	3.06 (<i>SD</i> = 0.76)	75 (35.2%)
Work	96 (45.1%)	3.46 (<i>SD</i> = 0.40)	105 (49.3%)
Living place	174 (81.7%)	3.48 (<i>SD</i> = 1.24)	106 (49.8%)
Professional healthcare	183 (85.9%)	3.58 (<i>SD</i> = 0.90)	76 (35.7%)
Pet	83 (39%)	3.58 (<i>SD</i> = 0.86)	80 (37.6%)
Nature	169 (79.3%)	3.43 (<i>SD</i> = 0.56)	101 (47.4%)

Note.

Present strengths and desirable strengths: Total number of patients, n = 213

Degree of contribution to recovery: Not at all =1 / Slightly =2 / Moderately =3 /

Strongly =4

Impact of identifying patients' strengths.

We compared levels of psychosocial outcomes before and after the administration of the SQSS to observe whether the identification of personal strengths had an impact on patients' level of self-esteem and well-being. Patients' level of self-esteem increased after the identification of their personal strengths. The level of self-esteem was significantly higher after the assessment and identification

of personal strengths ($z = 5.3$, $p < .001$, $r = 0.36$), with a medium effect size. The measure of the four dimensions of well-being indicated a significant increase on happiness ($z = 6.2$, $p < .001$, $r = 0.42$, medium effect size), serenity ($z = 6.5$, $p < .001$, $r = 0.45$, medium effect size), life satisfaction ($z = 5.4$, $p < .001$, $r = 0.37$, medium effect size), and meaning in life ($z = 6.3$, $p < .001$, $r = 0.43$, medium effect size).

Discussion

The present article aimed at examining the initial psychometric properties of this instrument, as well as to identify descriptive profiles of patients' strengths. The second aim was to explore the impact of a strengths assessment on psychiatric patients' self-esteem and well-being.

Results of the present study indicated that the SQSS demonstrated adequate psychometric properties, with good face validity as well as satisfactory reliability, internal and convergent validity. Indeed, patients suffering from depression or anxiety disorders focus more on the negative aspects of their life and remember those better (Hallion & Ruscio, 2011). Therefore, we expected and found that patients suffering from high levels of depression or anxiety report lower levels of strengths. Empirical studies also revealed that the number of strengths is positively correlated with the level of self-esteem (Leontopoulou & Triliva, 2012). Consequently, we expected and found that patients with higher levels of self-esteem present higher levels of strengths. This validates the convergent validity of this new strengths assessment.

Descriptive strengths profiles showed that humor was the personal quality mentioned by patients as contributing the most to patients' recovery. They mentioned during the clinical interview that if someone made them laugh, this helped them to lift their mood and take distance from their symptoms. Several empirical studies showed the benefits of humor for people with severe mental illnesses. Indeed, laughter and humor can potentially reduce excessive anxiety, facilitate the expression of emotions and alleviate some of the daily distress experienced by the patients (Gelkopf, 2011). Humor and laughter is an easy-to-use, inexpensive, mind-relaxing tool that can be used within different therapeutic settings. This strength used

in therapeutic interventions may be beneficial in terms of activating changes in emotions, cognitions and behaviors of the patients (Sultanoff, 2013).

The second personal quality contributing the most strongly to patients' recovery was self-esteem. This strength is indeed known as an important active factor in the recovery process (Andresen et al., 2003). However, self-esteem was the most absent personal quality in the profiles found in this study. Self-esteem might be more present within patients suffering from less chronic or severe mental disorders. These results emphasize the need to offer these patients targeted interventions specifically aimed at fostering self-esteem. Two possible interventions can be suggested. First, the participation in assertiveness training groups or self-esteem groups whose efficacy in heightening self-esteem has been shown (Enns, 1992; Lin et al., 2004; Shimizu, Kubota, Mishima, & Nagata, 2004). Second, the use of interventions emerging from the field of positive psychology such as the "three good things" whose benefits have been confirmed (Gander, Proyer, Ruch, & Wyss, 2013; Seligman et al., 2005; Sin and Lyubomirsky, 2009). In this intervention, patients have to write three good things that have gone well for them and an explanation why those things happened. This exercise should be practiced every day for one week. In order to foster self-esteem more specifically, we would suggest a slight modification. Patients should write every day three things they have been proud of themselves and why they have been proud. Regarding patients suffering from more severe psychiatric or cognitive disorders, this exercise should be done with the help of a health professional in order to motivate the patient or to help him or her to remember the events of the day.

Within the hobby category, listening to music/ TV/ radio/ surfing the internet was identified by the patients as contributing the most strongly to their recovery. This may be because these types of hobbies are easily accessible. They do not involve excessive costs and patients do not need to get outside of their home or to socialize with people. Csikszentmihalyi showed indeed that listening to music may induce well-being and experiences of flow (1997). Furthermore, the potential therapeutic impact of listening to music has been shown in a large number of studies (e.g. Biley, 2000; MacDonald, 2013). However, watching television or surfing the internet may have positive and negative effects. According to Csikszentmihalyi, watching television is the hobby the least likely to lead to a flow experience (1997). Furthermore, the risk of internet addiction or pathological gaming has to be

considered (Douglas et al., 2008; Ferguson, Coulson, & Barnett, 2011). Therefore, these types of hobbies should be discussed and explored with the patient in order to distinguish in which situations this hobby is rewarding and fostering well-being and positive affect. Conversely, the clinician should verify with the patient in which circumstances this hobby is inducing negative emotions, increasing anxiety and diminishing well-being.

Doing sports was the second strength chosen within this category by the majority of patients in regard to fostering their recovery. During the qualitative interview, patients mentioned the difficulty in motivating themselves to practice sports. However, after practising sports, they felt rewarded with high personal satisfaction and well-being. This is consistent with the studies indicating that physical activity has a positive effect on mental health (Babyak et al., 2000; Lambert, D'Cruz, Schlatter, & Barron, 2016; Sciamanna et al., 2017). For patients having difficulties in motivating themselves for practicing physical activities but mentioning the rewarding effects, it could be useful to use motivational techniques such as motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2012).

Social and environmental strengths where the resources considered by the patients as contributing the most strongly to their recovery comparing with personal qualities and hobbies. This confirms the importance of social networks and positive impact of environmental strengths for mental health. In fact, research evidence indicates that social support positively impacts mental and physical health (Ganster & Victor, 2011). Connecting to family, friends, or any wider community is one essential way to achieve meaning and purpose in life (Seligman, 2002). Moreover, there is substantial evidence that the perceived availability of social support buffers the effect of stress on psychological distress, depression and anxiety (Kawachi & Berkman, 2001). Therefore, it could be beneficial to develop new interventions that strengthen existing network structures and support. Some successes have been described in the intervention literature regarding the development of social network for patients suffering from severe psychiatric disorders. For example, psychoeducational groups teaching social and cognitive processes in order to ensure accurate encoding and interpretation of social situations. An active participation in these groups could increase the patients' social network. Other educational groups could also teach the development and more frequent use of prosocial strategies in the patient's repertoire. Counseling sessions including the patient's family could also

be suggested in order to improve communication and support between family members (Brand, Lakey, & Berman, 1995; Harris, Brown, & Robinson, 1999; Mittleman, Ferris, Shulman, Ambinder, Mackell, & Cohen, 1995)

These results are important from a clinical perspective as they focus on identifying, applying and developing patients' personal strengths. They may therefore help health professionals in defining clinical interventions to promote recovery and well-being in a population of patients suffering from severe and chronic psychiatric disorders.

Additionally, the current study also explored the impact on patients after they identified their personal strengths. We found that patients' level of self-esteem increased after the assessment of their strengths. Their level of happiness, serenity, satisfaction in life as well as meaning in life also increased after they identified their strengths. This suggests that identifying personal strengths may be the starting point of a therapeutic process in itself.

Limitations and Contributions

Although these results are encouraging, three main limitations of this study should be mentioned. First, we did not compare the results of the SQSS with another instrument assessing patients' strengths. Indeed, no global strengths instrument adapted to psychiatric patients exist in French. Therefore, we were not able to compare this new tool with a validated existing strengths assessment. If this is an important limitation, the absence of a validated strengths instrument for psychiatric patients was the reason for this empirical study and development of new tool.

Second, this study allowed an exploration of the short-term effect of the SQSS on patients' self-esteem and well-being. In order to measure more deeply the impact of this instrument, we should include a control group. Furthermore, it would be useful to supplement current findings by including a measure of the long-term impact on recovery after patients identified, applied and developed their personal strengths.

Third, the study design did not allow to determine the extent to which the results obtained are due solely to the identification of personal strengths. Indeed, the exploration and discussion with the clinician regarding patients' strengths may also

play an important role regarding the increase of positive functioning. Therefore, it is likely that both the Q-sort assessment and the semi-structured interview may be necessary in order to increase self-esteem, happiness, serenity, life satisfaction and meaning in life. Further research would be necessary to compare the specific impact of each aspect. Future studies should compare the level of self-esteem and well-being of two groups before and after the SQSS. The first group would do the SQSS with only the Q-sort. The second group would do the SQSS including the Q-sort and the strengths discussion and exploration. With this new study design, we would have a more detailed understanding of the impact of each aspect: the identification of strengths through the q-sort and the exploration of strengths through a clinical discussion.

Despite these limitations, results of the present study tend to indicate that the SQSS is adapted to the assessment of a varied range of strengths among patients suffering from severe psychiatric disorders. This new tool presents adequate reliability and validity among this population. Moreover, the current findings provide information regarding the types of strengths that are present and absent or desirable within this at-risk sample. The SQSS also helps patients and clinicians to become more aware of the specific strengths that are considered the most useful in order to facilitate recovery. These specific strengths can then be stimulated through upcoming psychotherapy intervention in order to be activated in particular adverse life situations and to prevent relapse.

Finally, this study revealed an increase in positive functioning after patients identified their personal strengths. This result sheds light on promising ways to bring renewal in current therapeutic practice. Further exploration is needed in order to promote routine use of strengths assessments within mental health services, especially with patients suffering from severe psychiatric disorders. In this sense, future research is required to assess the impact of strengths' assessments in combination with interventions fostering positive functioning within routine care. Clinical psychology practice would benefit from this stronger scientific basis and more effective patient-centered interventions promoting positive functioning.

Conclusion

This is the first tool adapted to severe psychiatric patients measuring a global profile and a wide range of their strengths. Using a strengths assessment in clinical practice may counterbalance a psychiatric perspective mainly centered on patients' symptoms. Results from this study suggest that the SQSS may be a beneficial contribution to current measures used with patients suffering from severe psychiatric disorders. Consequently, using this instrument in routine care may provide essential information for clinicians who seek to comprehensively evaluate and understand the role of strengths and their impact on patients' recovery. Results from this study provided evidence for validity of this new instrument and showed that this tool can easily be administered and is highly beneficial and appreciated by patients and health professionals. This strengths assessment consists in a first step of a therapeutic process. The identified strengths can then be activated in order to alleviate patients' symptoms and foster their quality of life. As such, twenty mental healthcare centers in Switzerland and France decided to use this new instrument as a routine clinical assessment. It is hoped that the SQSS will be integrated into assessments that will lead to improved outcomes for patients and foster their recovery and well-being.

Acknowledgements

The authors thank caregivers and patients at Lausanne University Hospital; Foundation HorizonSud in Fribourg, Hospital le Vinatier in Lyon and Hospital Sainte-Marie in Clermont-Ferrand involved in this study. We are particularly grateful for the enthusiasm of the patients and motivation, helpful comments and data collection of the raters in the various centers. The authors also thank Shékina Rochat for her insightful comments and suggestions regarding this manuscript.

DISCUSSION

Dans une psychiatrie moderne centrée sur le patient, l'auto-évaluation occupe une place centrale. Cette thèse a porté sur deux outils d'auto-évaluation, d'une part, ELADEB évaluant les difficultés et les besoins des patients et d'autre part, AERES identifiant leurs ressources. Ces deux instruments portent sur trois dimensions différentes lesquelles découlent du modèle vulnérabilité-stress-ressources. Ils permettent une mesure auto-reportée utilisant la méthode du Q-sort et ainsi adaptée aux patients souffrant de troubles psychiques sévères avec des difficultés cognitives et langagières.

Ces deux outils se situent à des étapes de développement et de validation différents. En effet, ELADEB a été développé et validé déjà en 2008. Il est depuis lors sorti sur le marché clinique et connaît une diffusion importante dans des contextes de soins divers. Dans le cadre de cette thèse, deux études ont porté sur cet outil répondant à des interrogations cliniques et permettant de renforcer sa validation. La première étude a permis de répondre à un questionnaire portant sur la structure des besoins et la deuxième étude sur le type de besoins et difficultés exprimés selon la psychopathologie présente chez le patient.

L'outil AERES, quant à lui, correspondait à une lacune sur le terrain clinique et pratique. La dimension des ressources a toujours constitué le parent pauvre en psychiatrie. Ainsi, ce nouvel instrument a été développé et validé par le biais de trois études empiriques. Une étude pilote a été effectuée afin de vérifier que ce nouvel outil était adapté aux spécificités de patients souffrant de troubles psychiques sévères. Une étude qualitative a ensuite été menée afin d'évaluer la perception des patients face à une évaluation de leurs ressources. Enfin, une étude quantitative a permis de valider les propriétés psychométriques de cet instrument, d'identifier les profils de ressources chez les patients et enfin d'explorer l'impact d'une telle évaluation.

L'objectif de cette thèse était ainsi double :

- 1) Répondre à des questionnements cliniques sur le type de besoins, difficultés et ressources présents au sein d'une population de patients souffrant de troubles psychiques sévères

- 2) Faire progresser ces deux outils sur le plan du développement et de la validation psychométrique.

La présente discussion permettra dans un premier temps de mettre en évidence les principaux apports et implications cliniques liés aux résultats obtenus dans ces cinq études. Les limites de cette recherche et les perspectives futures seront ensuite discutées.

1. ELADEB, un outil d'auto-évaluation des difficultés et des besoins

1.1 Quelle structure des besoins ?

L'étude publiée dans le journal *Frontiers* visait à vérifier s'il existe des profils de besoins. En effet, existe-t-il des besoins communs à tous les patients et des besoins spécifiques à certaines personnes dans des domaines précis ?

Cette recherche a permis une synthèse de la structure des besoins chez les patients en utilisant l'outil ELADEB. Elle offre une perspective nouvelle en suggérant un modèle à quatre facteurs. Sur un plan psychométrique, cette étude a également permis de renforcer la validité de cet outil. En effet, une première étude de validation avait été effectuée (Pomini et al., 2008). Toutefois, celle-ci s'était concentrée sur la validité apparente, la fidélité test-retest, ainsi que la validité convergente. Ainsi, cette présente étude vient compléter la validité interne d'ELADEB par une analyse factorielle portant sur la structure de l'outil.

La première nouveauté amenée par cette recherche réside dans l'identification d'un facteur général. En effet, les précédentes études ont systématiquement mis en évidence des facteurs de besoins spécifiques uniquement. Ce facteur général montre que certaines personnes expriment des besoins urgents d'intervention dans tous les domaines de leur vie. A l'inverse, d'autres patients expriment une absence de besoins dans l'ensemble des dimensions de leur existence. Les besoins sont ainsi distingués en termes d'urgence plutôt que selon des domaines de vie spécifiques.

Cette information est utile dans une perspective de soins cliniques. En effet, lorsqu'une personne exprime des besoins urgents dans tous les domaines de sa vie,

DISCUSSION

elle met en évidence un état général d'urgence dans lequel le clinicien est amené à réagir rapidement. Cette nouvelle information d'un indicateur de crise découle d'une mesure des besoins portant sur deux indicateurs distincts avec l'outil ELADEB. En effet, les outils traditionnellement utilisés en psychiatrie mesurent essentiellement l'étendue des besoins d'aide, c'est-à-dire le nombre de besoins insatisfaits. Or, la passation ELADEB permet, d'une part, une mesure de l'étendue des besoins, d'autre part, elle mesure le niveau d'urgence de ceux-ci. C'est grâce à cette mesure conjointe que nous découvrons la tendance de certains patients à exprimer non seulement une urgence dans leurs besoins mais également une étendue de cette urgence à tous les domaines de leur existence.

Le deuxième apport clinique réside dans la mise en évidence des trois domaines spécifiques correspondant aux principaux besoins non satisfaits chez les patients. Ces trois dimensions identifiées correspondent essentiellement à des interventions sociales (besoins administratifs, fonctionnels et relationnels). Celles-ci sont sans doute moins couvertes par des interventions classiques en psychothérapie et en psychiatrie. Certains patients, en effet, expriment recevoir un soutien concernant la gestion de leurs symptômes positifs, leurs angoisses ou encore leur dépression. Toutefois, ils rapportent manquer d'aide concrète face à leurs difficultés administratives, leurs tâches quotidiennes (par ex. le paiement de factures, le ménage, les courses) de même que les relations sociales. Ce type d'interventions psychosociales existe dans le domaine de la réhabilitation avec par exemple l'entraînement des compétences, l'aide financière ou encore l'aide pour une intégration sociale. Les résultats de notre présente étude tendent à montrer qu'il serait toutefois utile de renforcer davantage encore ces aides sociales et concrètes pour des patients souffrant de troubles psychiques sévères.

Les besoins insatisfaits relevés dans cette recherche sont probablement culturellement déterminés. En effet, un système de soins davantage axé sur ce type d'aides concrètes et sociales amènera les patients à exprimer d'autres formes de besoins. De plus, des patients vivant dans des cultures davantage communautaires et centrées sur le soutien social auront potentiellement moins de besoins insatisfaits dans ces domaines spécifiques.

1.2 Les patients souffrant de troubles psychiques différents ont-ils les mêmes difficultés et besoins ?

L'étude soumise dans le *Community Mental Health Journal* a investigué les différences en termes de difficultés et besoins exprimés par quatre groupes de patients souffrant de : 1) schizophrénie ; 2) troubles de l'humeur ; 3) troubles névrotique ou anxieux et 4) abus de substance et dépendance. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude empirique analysant les différences en termes de difficultés et besoins exprimés par les patients selon leur groupe diagnostic. Les résultats montrent que les patients souffrant de schizophrénie expriment des difficultés moins sévères et des besoins moins urgents que les patients souffrant de troubles de l'humeur et ceux souffrant de troubles névrotiques ou anxieux.

Ces résultats peuvent surprendre puisque les patients souffrant de schizophrénie présentent objectivement un trouble impliquant potentiellement des handicaps ou conséquences psychosociales plus importants que ceux souffrant d'autres pathologies (McEvoy et al., 2006 ; Weiler et al., 2000).

Différentes hypothèses ont été soulevées et peuvent expliquer ces résultats. Premièrement, les patients souffrant de troubles anxieux ou troubles de l'humeur présentent des biais cognitifs centrés sur une vulnérabilité personnelle, une estime de soi faible et un monde perçu comme dangereux et menaçant (Beck & Alford, 2009 ; Clark et Beck, 2010). Ces patients peuvent ainsi percevoir des difficultés plus sévères, ainsi que des besoins plus urgents dans les différentes dimensions de leur existence. Deuxièmement, le manque d'insight chez les patients souffrant de schizophrénie peut expliquer une absence de perception de difficultés et besoins d'aide, ceci malgré des conditions de vie parfois objectivement difficiles (Johnson et Orrell, 1996; McEvoy et al., 2006; Michalakeas et al., 1994; Weiler et al., 2000). Enfin, la présence d'une forte stigmatisation et auto-stigmatisation chez les patients souffrant de schizophrénie constitue une dernière hypothèse expliquant ces résultats (Park et al., 2013; Ritsher & Phelan, 2004). En effet, l'auto-stigmatisation est associée avec une faible estime de soi, une perte d'espoir, des attentes négatives face au futur, ainsi qu'une motivation réduite à atteindre des objectifs de rétablissement et à utiliser des services de santé mentale (Caltaux, 2003; Link & Phelan, 2001; Livingston et Boyd, 2010; Lysaker, Roe, & Yanos, 2007; Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008; Yanos, Lysaker, & Roe, 2010).

DISCUSSION

Les résultats de cette étude mettent ainsi en lumière la distinction entre les faibles et les forts consommateurs de soins. D'un point de vue psychométrique, ces résultats signifient que l'outil ELADEB permet de différencier différents types de populations cliniques mettant en évidence une validité de critère de cet instrument. Dans une perspective clinique, ces résultats présentent un intérêt car les forts consommateurs de soins peuvent potentiellement mobiliser la plupart des ressources dans les services de santé mentale. Les cliniciens tendent à accorder énormément d'énergie, d'efforts et d'attention à ce type de patients. Ils peuvent potentiellement négliger ceux exprimant des besoins et des difficultés moindres alors que leurs symptômes sont parfois sévères et leur qualité de vie faible. Il est ainsi utile pour les cliniciens d'avoir conscience de l'impact spécifique des différentes psychopathologies sur l'expression des besoins et difficultés de leurs patients. En effet, les patients souffrant de schizophrénie expriment potentiellement des difficultés peu sévères et des besoins d'aide peu urgents en raison du faible espoir et des attentes négatives face à leur futur.

Ces résultats incitent à favoriser l'estime de soi chez ces patients. Afin de réduire l'auto-stigmatisation et l'auto-dépréciation, il serait être utile de renforcer leurs ressources. Des évaluations et interventions centrées sur les compétences pourraient en effet favoriser leur confiance en eux et augmenter leur niveau d'espoir afin de développer davantage d'attentes positives face à leur avenir. Ces attentes pourraient favoriser la motivation nécessaire, l'énergie et l'envie d'établir des objectifs thérapeutiques visant à augmenter leur qualité de vie.

Une première étape consisterait à proposer dans les services de soins des nouveaux outils mesurant le fonctionnement positif chez les patients. Or, nous avons décelé dans la pratique clinique un manque d'outils francophones identifiant un profil des ressources chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. Ce questionnement clinique, de même que la mise en évidence de ces lacunes nous conduisent vers le deuxième volet de cette thèse, soit l'auto-évaluation des ressources chez les patients.

2. AERES, un outil d'auto-évaluation des ressources adapté aux patients psychiatriques

2.1 Mise au point et étude pilote

L'étude publiée dans le *Journal of Contemporary Psychotherapy* a permis d'une part de présenter le développement d'un nouvel outil des ressources, d'autre part, de tester sa faisabilité avec des patients souffrant de troubles psychiques sévères.

Les résultats de cette étude pilote ont montré que la méthode d'administration d'AERES est adaptée aux spécificités des patients souffrant de troubles psychiques sévères. Les 21 patients ont pu trier et classer les cartes de manière autonome permettant ainsi une identification de leurs ressources. Les consignes semblent donc suffisamment claires et la méthodologie du tri des cartes adaptée à ce type de population. L'utilisation du Q-sort a permis de réduire les potentiels biais des soignants afin d'obtenir la perception subjective du patient.

Les premiers retours des patients dans cette étude pilote ont généralement été positifs. Cette passation a été appréciée par la totalité des personnes interrogées. Certains patients ayant entendu parler de l'outil AERES sont spontanément venus avec la demande de pouvoir effectuer une démarche centrée sur leurs ressources. Cette première expérience a mis en évidence l'enthousiasme et l'intérêt que cet outil a suscité chez les patients. Ceux-ci ont rapporté que la passation évaluant leurs ressources était intéressante, agréable, utile et novatrice. Cet instrument leur a généralement été bénéfique afin de prendre conscience de leurs ressources personnelles et de les mobiliser davantage dans leur vie quotidienne. Ils ont également souligné l'utilité d'identifier des nouvelles ressources à développer en vue d'augmenter leur qualité de vie.

Les retours des cliniciens ont, d'une part, mis en évidence l'utilité clinique de ce nouvel outil, sa facilité d'administration, d'autre part, ils ont suggéré un changement en vue d'améliorer la démarche d'évaluation. En effet, dans le troisième tri de cartes, seules les ressources absentes chez la personne étaient prises en considération pour l'identification des ressources à développer. Les cliniciens ont proposé d'inclure également les ressources présentes chez les patients sachant qu'une ressource présente peut être consolidée davantage. Cette proposition a été

retenue. Ainsi, à l'heure actuelle, la globalité des ressources (présentes et absentes) est proposée dans le troisième tri des cartes. L'expérience sur le terrain a par la suite montré que de nombreux patients souhaitent en effet renforcer des ressources qu'ils possèdent déjà mais ne mobilisent pas assez fréquemment dans leur quotidien. Cette modification suggérée par les cliniciens lors de l'étude pilote s'est donc révélée extrêmement utile et pertinente. A l'issue de cette étude pilote, l'item « nature » a également été proposé par les cliniciens et ajouté à l'outil comme une nouvelle ressource externe. De plus, en vue de simplifier la passation, nous avons procédé à trois regroupements d'items suite à plusieurs retours des patients. Ces modifications ont permis de passer d'une version pilote de l'outil AERES à une version finale dont les propriétés psychométriques seront validées.

Ces premiers résultats pilotes ont donc permis d'inspirer les deux études suivantes. L'une a été qualitative, elle a permis d'explorer de manière détaillée les perceptions des patients face à une évaluation de leurs ressources. Les thématiques de l'intérêt, l'agréabilité, l'utilité, de même que la nouveauté de cet instrument apparues dans l'étude pilote ont été investiguées dans un entretien qualitatif semi-structuré proposé aux patients. Enfin, la dernière étude a été quantitative. Elle a permis, d'une part, de valider les qualités psychométriques de cet outil sur un échantillon plus important de patients souffrant de troubles psychiques sévères. Elle a permis, d'autre part, d'identifier des profils de ressources et d'explorer l'impact de cette démarche.

2.2 Quelle perception chez les patients d'une auto-évaluation de leurs ressources ?

L'étude qualitative a été publiée dans le journal *Pratiques Psychologiques*. D'une part, les outils mesurant les ressources et adaptés aux patients psychiatriques sont en nombre limité. D'autre part, les études évaluant les perceptions des patients face à des outils d'évaluation psychosociale sont extrêmement rares. Or, si l'on souhaite qu'un outil soit utilisé dans la pratique, il est nécessaire qu'il présente, au-delà des qualités psychométriques usuelles, une valeur clinique aux yeux des patients.

Cette étude a permis d'analyser de manière qualitative le point de vue de dix patients psychiatriques suite à la démarche d'évaluation de leurs ressources au

DISCUSSION

moyen de l'outil AERES. La méthode de recherche qualitative consensuelle de Hill a été utilisée.

Les perceptions des patients face à ce nouvel outil ont majoritairement été positives. Certaines critiques ont également été émises face à l'outil. Deux patients ont rapporté que l'entretien leur a permis d'identifier leurs ressources mais leur a également rappelé leurs déficits. D'une part, cela peut constituer le point de départ pour un travail sur ces déficits si le patient le souhaite. D'autre part, l'attitude de l'investigateur joue sans doute un rôle significatif durant la passation. En effet, ce dernier peut contribuer à focaliser l'attention de la personne sur l'identification et la valorisation des ressources présentes chez le patient plutôt que d'accentuer le manque. En vue de diminuer une attention centrée sur les déficits, l'entretien peut être conclu avec une synthèse mettant en évidence les ressources les plus présentes et mobilisées par le patient.

Deux autres patients ont remis en question l'utilité de cet entretien. En effet, ayant déjà effectué un travail thérapeutique, ils avaient ainsi une bonne connaissance de leurs ressources personnelles. Cette passation ne leur a pas permis d'identifier des nouvelles ressources dont ils n'avaient pas conscience. Ces deux personnes ont précisé qu'elles auraient davantage bénéficié de ce type d'évaluation en début de suivi. En effet, à leur arrivée à l'hôpital psychiatrique, les évaluations proposées étaient essentiellement centrées sur leurs symptômes et leurs déficits. Ils auraient apprécié que les cliniciens mettent en évidence les forces sur lesquelles ils pouvaient s'appuyer afin de favoriser leur rétablissement.

De manière générale, les résultats de cette étude ont montré que ce nouvel outil est perçu par la majorité des patients comme exhaustif, utile, compréhensible, agréable et nouveau. Une telle passation permet en effet au patient de se penser comme possédant des ressources et donc de modifier sa perception de soi. De plus, AERES semble véhiculer un certain espoir chez les patients. Il favorise une prise de conscience des forces internes et externes présentes sur lesquelles s'appuyer en vue de favoriser un rétablissement. Il mobilise ou active aussi l'envie de développer de nouvelles ressources permettant une projection vers un avenir plus serein.

Malgré certaines critiques, l'ensemble des résultats tendent à mettre en évidence l'utilité d'un tel outil. Ces résultats confirment la nécessité d'une validation psychométrique de cet instrument.

2.3 Validité psychométrique de l'outil AERES et profils des ressources

L'objectif principal de l'étude soumise dans la *European Review of Applied Psychology* a été d'examiner les propriétés psychométriques initiales de cet instrument et d'identifier des profils descriptifs des ressources chez des patients souffrant de troubles psychiques sévères. Un deuxième objectif a été d'explorer l'impact d'une identification des ressources personnelles sur l'estime de soi des patients et leur bien-être.

Cette étude portant sur un échantillon de 213 patients a montré que les propriétés psychométriques d'AERES sont satisfaisantes avec une bonne validité apparente, de même qu'une fidélité test-retest, validité interne et convergente satisfaisante.

L'outil AERES a facilement pu être administré dans cet échantillon de patients souffrant de troubles psychiques sévères. Différents profils de ressources chez les patients ont été mis en évidence. La spécificité amenée par AERES est de s'inscrire dans une perspective de rétablissement. D'une part, cet outil permet la mesure des ressources présentes chez le patient. D'autre part, il amène le patient à se questionner sur le type de ressources contribuant le plus fortement à son rétablissement et la manière dont celles-ci contribuent à son rétablissement. En effet, l'objectif du deuxième tri de cartes est d'identifier quelles ressources aident le patient à se sentir mieux dans les situations difficiles de son existence. La discussion clinique et qualitative permet d'explorer les situations spécifiques dans lesquelles le patient utilise ses compétences et la manière dont celles-ci l'aident. S'il existe quelques rares outils mesurant les ressources des patients psychiatriques, la plupart d'entre eux mesure essentiellement la présence et l'absence de ressources. L'outil de Dick (2003) mesure également l'importance de chaque ressource pour la personne. La nouveauté d'AERES consiste dans une mesure du niveau de contribution au rétablissement de chaque ressource. Cette mesure permet aux patients et aux cliniciens d'être davantage conscients des ressources spécifiques considérées par les patients comme les plus fonctionnelles en vue de favoriser leur rétablissement. Les profils des ressources identifiés peuvent ainsi être utiles dans une perspective clinique car ils focalisent sur trois éléments centraux : 1) l'identification de ressources restées intactes ; 2) le degré de contribution de chacune des ressources au

DISCUSSION

rétablissement du patient ; 3) le développement de nouvelles ressources en vue de favoriser une meilleure qualité de vie.

Cette démarche selon trois tris de cartes va dans le sens du modèle théorique « aware-explore-apply » lequel propose un processus en trois étapes visant à augmenter l'utilisation des ressources personnelles chez un patient (Niemiec, 2013). Ce modèle donne également des pistes afin de favoriser un questionnement clinique en vue de renforcer les ressources chez un patient :

1. *Prise de conscience et identification.* Cette première étape implique l'identification des ressources personnelles, c'est à dire : a) repérer et rechercher ses ressources ; b) combattre le fait d'être aveugle face à ses qualités c) cultiver la conscience de ses ressources personnelles.
2. *Exploration.* a) explorer le manque de mobilisation ou l'excès de mobilisation de ses ressources personnelles ; b) transposer ses ressources dans des contextes divers et multiples ; c) explorer l'utilisation passée, soit les succès et les échecs liés aux ressources.
3. *Mise en application.* La troisième étape inclut l'utilisation des ressources dans le quotidien. a) planifier des objectifs et actions concrètes dans lesquels la personne utilise ses ressources ; b) amplifier ses ressources par le développement de nouvelles compétences.

L'outil généralement proposé pour la première étape de prise de conscience et identification des ressources est le VIA-IS (Values in Action - Inventory of Strengths) développé par Peterson et Seligman (2004). Dans le cas d'une application avec des patients psychiatriques, l'outil AERES peut favoriser les trois étapes proposées dans le modèle de Niemiec. En effet, le premier tri permet potentiellement la prise de conscience et l'identification des ressources chez les patients. Le deuxième tri et sa discussion favorisent l'exploration des ressources. En effet, le patient explore les situations précises au sein desquelles ses ressources l'aident à se

DISCUSSION

rétablir et la manière dont elles l'aident. Enfin, le troisième tri portant sur l'envie de développement de nouvelles ressources et la discussion peuvent favoriser la troisième étape proposée dans le modèle. En effet, ils visent à l'amplification des ressources par le développement de nouvelles compétences.

Des questions cliniques portant sur des objectifs concrets pourraient être ajoutées dans la passation AERES. Le clinicien pourrait par exemple poser les questions suivantes : « Dans quelle situation concrète aurez-vous la possibilité d'utiliser votre qualité de persévérance cette semaine ? » ; « En quoi la persévérance vous aidera-t-elle à bien vivre cette situation difficile ou à atteindre votre objectif ? » Ce récent modèle théorique visant à augmenter l'utilisation des ressources personnelles chez un patient confirme la démarche de l'outil AERES. Ce modèle amène également des nouvelles pistes d'exploration clinique en lien avec la mise en application concrète des ressources des patients dans leur quotidien.

En plus de la mise en évidence de profils de ressources, cette dernière étude a également mis en lumière un impact sur les patients suite à l'identification de leurs ressources personnelles. A court terme, cinq dimensions du fonctionnement positif augmentent : (1) la confiance en soi, (2) la joie, (3) la détente et la sérénité, (4) la satisfaction de vie, (5) le sentiment que la vie a du sens. Ces résultats suggèrent qu'identifier les ressources des patients pourrait constituer l'amorce d'un processus thérapeutique. Afin que cet effet perdure, des interventions pourraient être proposées aux patients en vue de maintenir cette augmentation de leur fonctionnement positif. Si la confiance en soi est renforcée par une identification des ressources, alors cette démarche semble particulièrement indiquée et utile pour les patients souffrant d'auto-stigmatisation avec une faible estime d'eux-mêmes. Une bonne estime de soi est par ailleurs corrélée avec une meilleure adhésion au traitement (Fung, Tsang, & Corrigan, 2008). Ainsi, un renforcement de leur confiance en eux pourrait avoir pour effet indirect une motivation augmentée à investir un traitement et atteindre des objectifs de rétablissement.

Le développement et la validation scientifique d'un nouvel outil des ressources adapté aux patients a ainsi permis de pallier à une lacune sur le terrain. Les résultats des trois études scientifiques sur l'outil AERES ont permis d'aboutir à une version validée de l'outil. L'étude pilote a mis en évidence que cet outil était bien accueilli et adapté à des patients souffrant de troubles psychiques sévères. L'étude qualitative a montré que la majorité des patients perçoivent cette passation

DISCUSSION

comme utile, agréable, compréhensible, intéressante et nouvelle. Enfin, les données psychométriques de cet instrument ont été validées sur un échantillon de 213 patients. De plus, les échos largement positifs de la part des cliniciens, de même que les demandes croissantes de formation semblent confirmer que cet outil répond à un besoin dans certains services de santé mentale. Il constitue potentiellement un bon complément aux outils classiques utilisés en psychiatrie.

Un des objectifs d'une perspective centrée sur les ressources est de permettre à la personne qui souffre de voir au-delà de sa souffrance et d'avoir le courage de rêver à un futur inspirant et induisant de l'espoir (Rapp et Goscha, 2012). Identifier des périodes de vie où la personne se sentait mieux lui permet de se rendre compte que le changement est possible. La prise de conscience de la nature temporaire et transitoire de tout élément dans l'existence peut permettre aux patients de réaliser que la souffrance évolue et se transforme malgré la persistance de symptômes. En effet, les forces et les ressources sont présentes chez tout individu, ceci malgré la présence de vulnérabilités.

3. Limites

Il est évident que malgré l'intérêt incontestable d'outils tels ELADEB et AERES, la perspective utilisée est exclusivement centrée sur le patient et ne tient pas compte d'une évaluation externe. L'évidence scientifique a montré qu'une approche centrée sur le patient favorise l'alliance thérapeutique et augmente la motivation des patients, de même que leur adhérence au traitement (Corrigan et al., 2008; Nelson et al., 2001; Trauer, 2010). Toutefois, le choix d'un traitement clinique se base sur une décision partagée et non pas sur la voix unique du patient. Ainsi, il est utile d'obtenir un regard croisé combinant la perception du soignant et celle du patient. Il sera bénéfique dans des études ultérieures d'ajouter la perspective hétéro-évaluée des difficultés, besoins et ressources des patients. L'utilisation conjointe d'une auto et d'une hétéro-évaluation favoriserait une vision globale de la situation rendant compte du point de vue du patient et du clinicien.

Sur un plan méthodologique, nous pouvons également nous interroger quant à la méthode du tri de cartes employée pour mesurer les ressources. Si les bénéfices de la méthodologie du Q-sort ont été démontrés pour une utilisation clinique, cette

DISCUSSION

méthode peut être critiquée d'un point de vue scientifique. On ne questionne en général pas l'utilisation de questionnaires standardisés car ces derniers sont reconnus comme fiables une fois leurs qualités psychométriques établies. Il serait donc intéressant de mesurer les ressources proposées par l'outil AERES en utilisant un questionnaire classique afin de vérifier si les mêmes résultats sont obtenus.

Cette comparaison reviendrait à effectuer une mesure de validité interne de l'outil. La comparaison de l'outil AERES avec un autre instrument des ressources validé n'a pas été effectuée. La raison en est simple : il n'existe pas d'instrument francophone adapté aux patients souffrant de troubles psychiatriques et dressant un profil général de leurs ressources.

Certaines réponses des patients pourraient refléter l'existence d'un biais de désirabilité sociale. En effet, l'envie de se présenter de manière positive a peut-être eu une influence sur le choix de leurs ressources. Ce biais n'est pas exclu en particulier lorsqu'il était demandé aux patients de choisir les ressources présentes dans leur existence. Toutefois, la discussion clinique invitait les personnes à donner des exemples de situations réelles de leur vie quotidienne. Lorsque ces exemples étaient évoqués, il n'y a pas de raison d'imaginer un biais de désirabilité sociale. Dans certaines situations, les patients ne parvenaient pas à se référer à une situation concrète. Dans ce cas de figure, le patient avait alors la possibilité de modifier son choix de cartes indiquant les ressources présentes dans sa vie. La discussion clinique permet ainsi de limiter ce biais de désirabilité sociale.

Pour conclure, nos résultats ont montré qu'une évaluation des ressources semble favoriser une amorce thérapeutique. Toutefois, prouver l'effet thérapeutique d'une telle évaluation nécessiterait un protocole comprenant un groupe contrôle. Ce n'était pas l'objectif premier de cette étude. Il s'agissait dans cette recherche d'explorer de façon préliminaire l'effet d'une évaluation des ressources sur les patients. De plus, si notre étude a permis une exploration de l'effet immédiat d'une identification des ressources, une mesure à moyen ou à long terme n'a pas été effectuée. On peut considérer que l'effet positif mis en évidence représente essentiellement une amorce. Etudier l'effet thérapeutique à plus long terme nécessiterait de proposer des interventions visant à amplifier les ressources identifiées chez les patients.

4. Perspectives futures

Après avoir donné naissance à AERES et étudié de manière plus approfondie ELADEB, le temps est venu d'utiliser ces deux outils ensemble au sein d'une batterie d'auto-évaluation psychosociale des difficultés, des besoins et des ressources. Il n'est pas besoin ici de répéter que l'investigation de ces trois dimensions est importante pour le pilotage des suivis cliniques. Les nouvelles demandes de formation des professionnels de la santé en Suisse et en France vont dans ce sens puisqu'elles concernent une formation conjointe aux deux outils.

Par ailleurs, une telle batterie mériterait d'être complétée, en miroir, par une batterie similaire d'évaluation externe. L'ajout d'une perspective hétéro-évaluée favoriserait une vision davantage complète de la situation du patient. Ce double regard permettrait la planification de stratégies cliniques lesquelles s'appuient sur un processus de décision partagée. Une utilisation de la batterie complète ouvre des nouveaux champs de recherche.

Il serait intéressant, par exemple, de mesurer comment s'articulent ces trois dimensions et quelles sont les corrélations entre le niveau de difficultés, de besoins et la présence de ressources chez les patients en psychiatrie. Ce type de recherche nous permettrait de vérifier si l'évaluation de chacune de ces trois dimensions permet d'obtenir des informations nouvelles ou si une économie d'échelle peut être envisagée.

Deuxièmement, les outils ELADEB et AERES ne constituent pas des outils d'évaluation psychosociale anodins. Cette démarche d'évaluation semble aller au-delà d'une simple investigation. En effet, l'identification d'un besoin d'aide urgent constitue une première étape laquelle suppose que le clinicien propose une piste de traitement appropriée en vue de répondre à ce besoin. De même, la mise en évidence de ressources que les patients souhaitent développer suggère une proposition de soin visant à renforcer ces ressources. Ainsi, ce type d'évaluation favorise, d'une part, une première amorce thérapeutique, d'autre part, elle crée des attentes d'intervention.

En effet, suite aux formations données à l'outil AERES, certains cliniciens ont exprimé leur frustration liée au manque de moyens et d'interventions leur permettant, une fois les profils identifiés, d'aider les patients à développer de nouvelles ressources. Ainsi, les équipes soignantes se remettent en question et se

DISCUSSION

questionnent sur leur pratique et leurs stratégies cliniques. Qu'ont-elles à offrir en vue d'augmenter les ressources de leurs patients ? Si une première amorce thérapeutique est créée par cet outil, comment entretenir cet effet et répondre aux attentes d'intervention ? Répondre à cette question c'est assumer le changement de paradigme proposé par le modèle du rétablissement.

Deux solutions peuvent être envisagées en vue de répondre à ces questionnements :

1) offrir des formations à des techniques d'intervention visant à renforcer les ressources des patients

2) accompagner les soignants dans un questionnement clinique lié à ce changement de perspective.

La première option consiste, en effet, à offrir aux cliniciens des solutions visant à favoriser l'augmentation des ressources chez un patient. Il existe un certain nombre d'interventions récentes et empiriquement validées provenant du domaine de la psychologie positive permettant par exemple de renforcer le niveau de gratitude, d'estime de soi ou encore d'optimisme chez un patient (Duckworth et al., 2005). Une formation à ces nouvelles techniques d'intervention pourrait être proposée aux cliniciens en complément de la formation AERES.

Un protocole de recherche peut être envisagé en vue de mesurer l'impact de cette intervention. Est-ce que cette démarche d'identification et de renforcement des ressources favorise un processus thérapeutique ? En vue de répondre à cette question, nous pourrions évaluer si cette intervention favorise une augmentation de l'estime de soi et du bien-être du patient, de même qu'une diminution de ses symptômes. Différentes variables telles que le niveau de dépression et d'anxiété, de même que des mesures du fonctionnement positif du patient pourraient être mesurées avant et après la passation AERES et les interventions renforçant les ressources. Ces variables seraient évaluées de manière longitudinale et en comparaison avec un groupe contrôle.

Adopter la deuxième option consiste dans un suivi des équipes soignantes dans ce changement de perspective. Il s'agirait de les accompagner dans leur cheminement et questionnement clinique. Comment peuvent-elles trouver des solutions et évoluer avec cette nouvelle perspective découlant du modèle du rétablissement et centré sur les besoins et les ressources des patients ? Comment favoriser une évolution de leur pratique ? Quelles stratégies permettraient que

DISCUSSION

l'amorce thérapeutique induite par ces outils d'auto-évaluation perdure ? Il s'agirait ainsi d'aider les équipes soignantes à répondre aux questionnements découlant de ces deux outils d'auto-évaluation et de mettre en place un modèle de soins centré sur le rétablissement.

D'autres perspectives futures peuvent également être envisagées pour l'outil AERES. En effet AERES est à présent utilisé de manière régulière dans une vingtaine d'institutions de soins en Suisse et en France pour des patients souffrant de troubles psychiques. Cet outil, davantage qu'ELADEB, pourrait également être utile et adapté à d'autres populations que des patients adultes souffrant de troubles psychiatriques. Une demande de formation à l'outil est notamment venue en provenance d'un hôpital psychogériatrique travaillant avec une population de personnes âgées, ainsi que des personnes en soins palliatifs. L'équipe de cet hôpital a été formée récemment et j'attends avec impatience les résultats et retours de ces premières expériences avec cette population. D'autres demandes de formation à l'outil AERES sont parvenues d'un centre travaillant avec des enfants et des adolescents dans un milieu clinique.

AERES pourrait également être utilisé au sein d'une population de sujets sains. Deux demandes de présentation de l'outil sont venues du monde de l'orientation scolaire et professionnelle. En effet, AERES a été testé dans un échantillon de 85 sujets sains. Ceux-ci ont généralement mentionné l'utilité, l'intérêt et la nouveauté de ce type d'évaluation. La majorité a rapporté que cette passation leur a permis de prendre conscience de ressources dont ils n'avaient pas connaissance jusqu'ici.

La question de la traduction de l'outil se pose également. Suite à diverses présentations lors de congrès internationaux et publications dans des journaux anglophones, une demande de collaboration est venue d'une équipe en Italie, de même qu'une équipe en Grèce. Les chercheurs de l'équipe grecque effectuent actuellement une première phase de test pilote avant de pouvoir potentiellement mettre sur pied une étude à plus grande échelle avec les cartes ressources traduites dans la langue grecque. Un des bénéfices de la méthodologie du Q-sort est la simplicité de traduction dans différentes langues. En effet, il s'agit de traduire le ou les mots associés à chaque image. Le plus important de l'outil passe par la médiation visuelle.

DISCUSSION

Il sera ainsi intéressant de réfléchir à comment l'instrument pourrait être adapté en vue d'être bénéfique au sein de ces différents types de population. Après une phase pilote et des adaptations de l'outil à ces différents contextes, de nouvelles études pourront être effectuées en vue de consolider nos connaissances dans le domaine des ressources et de les comparer ensuite au sein de ces diverses populations.

5. Conclusion

L'investigation psychosociale en psychiatrie doit répondre à une double exigence (Lecomte et al., 2004). La première est scientifique. Il s'agit de documenter de façon exhaustive et fiable le fonctionnement psychosocial des patients afin d'en extraire une compréhension rigoureuse laquelle puisse former le socle des hypothèses de travail et des indications thérapeutiques orientant la stratégie de traitement, de suivi et d'accompagnement des patients. Ce niveau d'exigence implique le recours à des instruments aux qualités psychométriques satisfaisantes lesquelles servent à la fois d'outils d'observation clinique fine des dimensions examinées, et de mesure d'évaluation du changement sur lesdites dimensions. Ces outils doivent ainsi se révéler suffisamment sensibles au changement afin de remplir ces deux fonctions.

La deuxième exigence est pratique. Un instrument psychométrique ne sera employé en clinique que s'il est adapté aux spécificités des patients, et répond aux attentes des cliniciens, notamment en termes d'économicité d'usage, d'aisance dans l'administration et de richesse, d'utilité et de pertinence des informations cliniques qu'il délivre. De ce point de vue, l'évaluation psychosociale doit sans doute répondre aussi à des préoccupations concrètes. Celles-ci vont au-delà de la compréhension clinique des troubles et de l'évolution des patients impliquant l'intégration d'éléments tels que la gestion des ressources de soins, les possibilités effectives d'implémentation de programmes ou de suivis, les accordages pluridisciplinaires autour du suivi, etc.

Les outils ELADEB et AERES ont été conçus avec ce double cahier des charges en tête. Ces deux instruments - AERES plus qu'ELADEB encore - sont jeunes et prometteurs, tant sur le plan de la clinique que sur celui de la recherche. Le

DISCUSSION

succès qu'ils ont rencontré sur les terrains est l'écho d'une certaine réussite par rapport à l'exigence pratique. Ils favorisent également l'ouverture à divers champs de recherche, dont celui d'asseoir davantage encore leurs qualités psychométriques. Quand bien même l'évaluation psychométrique d'un outil est une tâche infinie, on peut dire que les premières pierres ont été jetées et que, de ce point de vue la mission initiale est remplie.

Ainsi, ce travail de thèse a, d'une part, permis de compléter la validation psychométrique de cet outil et, d'autre part, la naissance de l'outil AERES. Frères ou cousins, et bien qu'ils n'aient pas été conçus ensemble ni étudiés sous cette forme, ces deux instruments peuvent constituer une batterie d'auto-évaluation psychosociale des difficultés, des besoins et des ressources. Leur usage conjoint est sans doute déjà répandu dans un certain nombre de milieux psychiatriques ou psychosociaux, mais il n'a pas encore été vraiment documenté ni étudié. L'utilité et l'intérêt des outils ELADEB et AERES ont été discutés en général séparément, y compris dans cette thèse. On est toutefois en droit de se demander dans quelle mesure leur réunion dans une batterie commune est une chose vers laquelle tendre ou au contraire s'il reste opportun de garder à chacun de ces outils leur identité propre et un périmètre d'utilisation indépendant.

Il est donc nécessaire de se poser la question d'une utilisation commune ou séparée. En effet, une évaluation doit être adaptée à chaque situation spécifique en fonction des besoins du patient et de l'étape de son suivi. On pourrait considérer, d'un point de vue théorique, qu'il serait potentiellement néfaste de vouloir utiliser systématiquement ELADEB avec AERES pour chaque patient et à tous les moments d'un suivi. Lors de certaines étapes, les patients expriment le besoin d'identifier leurs symptômes, ils se montrent alors prêts à explorer en profondeur des événements de vie douloureux ou traumatisants. A d'autres moments, il est essentiel que leurs forces soient mises en évidence et mobilisées afin de trouver l'énergie, l'espoir et la confiance nécessaire en vue d'un rétablissement. Dans le premier cas, une auto-évaluation par ELADEB des difficultés, voire des besoins, s'avère très certainement appropriée car elle compléterait un examen psychopathologique plus détaillé ou une analyse multimodale des problèmes. Dans le second, AERES est mieux indiqué comme première étape d'une mobilisation des ressources de la personne.

Cette option d'une souplesse chronologique va à l'encontre de la perspective de proposer ELADEB et AERES sous la forme d'une batterie d'auto-

DISCUSSION

évaluation psychosociale, à déployer en tant que telle. L'existence d'une batterie complète répond certes à la critique d'une investigation centrée uniquement sur le fonctionnement négatif du patient et renforçant potentiellement ses symptômes, et à celle qui pourrait apparaître si, à l'inverse, l'évaluation portait exclusivement sur les ressources d'un patient sans considération de ses symptômes et besoins. Une vision holistique embrassant les forces et les faiblesses de la personne telles qu'elle les exprime par un outil d'auto-évaluation favorise assurément l'alliance thérapeutique, ainsi qu'une démarche de décision partagée (Joseph & Wood, 2010). Mais une telle démarche de décision partagée peut aussi tenir dans le fait que patient et soignant décident ensemble de ne pas faire telle ou telle évaluation.

S'il est sans doute inutile de rappeler l'importance de considérer la personne dans sa globalité, tant dans ses forces que dans ses faiblesses, une approche centrée sur le patient doit aussi prendre en considération le fait de faciliter le choix de l'outil d'investigation le plus adapté au patient en fonction d'autres paramètres que la seule volonté de tendre vers une image holistique de la personne - projet en tous les cas illusoire et utopique car on n'obtiendra jamais une vision holistique de quelqu'un. Dès lors, au-delà des recherches qui peuvent employer ces outils pour explorer des questions cliniques où les profils auto-évalués des difficultés, ressources et besoins sont utiles, ELADEB et AERES peuvent stimuler des voies de recherche davantage centrées sur les stratégies d'évaluation ou de suivi des patients en réhabilitation psychosociale. C'est bien ce que j'ai aussi constaté lors des formations à ces instruments : ils questionnent les pratiques actuelles et incitent à modifier, élargir et proposer de nouvelles interventions, appelées par les réponses des patients aux deux outils.

Dans ce sens, je ne crois pas me tromper en affirmant qu'ELADEB et AERES constituent des outils novateurs qui s'inscrivent dans un changement de perspective que l'on peut observer actuellement en psychiatrie (Davidson & Roe, 2007 ; Huguelet, 2007). En effet, dans la vision classique de la psychiatrie, l'objectif central de l'équipe soignante est de réduire les symptômes des patients. Une fois identifiés, les symptômes deviennent la cible des traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques et l'efficacité de la thérapeutique se mesure à l'aune des effets obtenus sur la psychopathologie. Or, cette vision médicale tend à objectaliser les patients, elle leur ôte leur liberté et leur responsabilité (Deegan, 2006). C'est bien ce que nous ont appris les mouvements de révolte des patients face à un système de

santé traditionnel prenant peu en considération leur perception. De nombreux écrits, notamment ceux de Patricia Deegan, ont favorisé une évolution des pratiques de soins et ont permis une certaine distanciation vis-à-vis des diagnostics psychiatriques qui proposent des étiquettes déformantes, porteuses de préjugés et lourdes de connotations négatives. Un des objectifs de l'œuvre de Patricia Deegan a été précisément d'aider les patients souffrant de troubles psychiatriques à réacquérir le pouvoir de s'orienter dans leur vie, dans leur traitement et de favoriser leur rétablissement en prenant appui sur leurs talents et leurs forces (Deegan, 1993).

Toutefois, si une telle transformation de la psychiatrie est en cours, il semble évident que des restes d'un système paternaliste et déshumanisant perdurent. Ceux-ci transparaissent dans la tendance à accorder encore la priorité au diagnostic, que ce soit pour des raisons asséculologiques ou de traitement (Joseph & Wood, 2010). Ceux-ci se manifestent également dans l'habitude prise de décider à la place des patients des soins dont ils doivent bénéficier pour aller mieux, sans les considérer systématiquement comme des partenaires libres et responsables de leur vie. Ainsi, les pratiques actuelles, de même que la formation des professionnels de la santé restent encore centrées sur la connaissance de la psychopathologie, des diagnostics et l'usage adéquat des traitements pharmacologiques et psychosociaux (Joseph & Wood, 2010). La place dévolue à la notion du rétablissement, aux forces des patients ou encore les outils et méthodes visant à augmenter leurs ressources constitue une part extrêmement faible, voire inexistante dans la formation des soignants.

Ma présence récente lors de la journée de formation romande R3 sur le rétablissement au sein des hôpitaux universitaires genevois a confirmé ces propos. En effet, si les concepts théoriques centrés sur le rétablissement, l'empowerment et les ressources des patients étaient clairement prônés et affichés comme des objectifs de soin, ceux-ci n'étaient que partiellement appliqués dans la pratique clinique des hôpitaux psychiatriques. De nombreux professionnels de la santé continuaient à parler des patients comme d'objets de soins se positionnant tels des experts pouvant amener les solutions au patient. Les communications orales de pairs praticiens lors de cette journée relatant des exemples pourtant récents ont mis en avant les éléments suivants : (1) des hospitalisations de longue durée de deux à trois ans, (2) des enjeux de pouvoir avec le corps médical, (3) un sentiment d'impuissance et de désespoir face au sentiment d'enfermement et l'absence de droit de reprendre une vie autonome hors des murs de l'hôpital, (4) un sentiment de perte de contrôle, de

DISCUSSION

pouvoir et de responsabilité sur leur propre vie et ainsi une passivité augmentant en intensité, (5) une absence de projets et d'objectifs durant l'hospitalisation menant à une augmentation des idées suicidaires.

Une paire praticienne a également témoigné d'une demande d'assurance invalidité effectuée sans son accord alors qu'elle désirait plus que tout reprendre un travail. Elle précisa en outre que la perte de tout sentiment de responsabilité et de pouvoir sur sa vie que cette demande avait suscité en elle, renforça ses symptômes et favorisa une diminution de son élan vital.

Ainsi, dans le système de soins actuel, la prise en considération réelle des besoins et des ressources chez les patients n'est pas automatique et elle suscite également des questions en termes d'outils et de pistes d'interventions. L'enjeu actuel est de pouvoir dépasser ce cap et d'implémenter des nouveaux outils permettant d'être à l'écoute des besoins des patients et centrés sur leur rétablissement. Des instruments d'évaluation et des stratégies cliniques d'intervention visant à répondre aux besoins des patients ou à augmenter leurs ressources doivent être davantage connus et utilisés au sein des services de santé mentale. Or, les outils ELADEB et AERES viennent justement questionner les pratiques de soins existantes de par leur méthodologie, leur centration sur le patient et leur évaluation non pas des symptômes uniquement mais également des besoins et des ressources. Ce type d'outils concrets restent indispensables pour relever le défi du rétablissement et rendre concrètement possible un changement de paradigme en psychiatrie. Une auto et une hétéro-évaluation des difficultés, des besoins et des ressources constitue dans cette perspective une démarche motivationnelle laquelle peut conduire vers un suivi et être réitérée régulièrement afin de vérifier l'adéquation des objectifs à la situation psychosociale actuelle. Cette démarche centrée sur les patients vise à leur permettre d'accéder à une vie de qualité, une vie épanouissante et une vie pleine de sens.

En guise de mot final, j'aimerais une dernière fois souligner que les outils ELADEB et aujourd'hui AERES me semblent constituer deux instruments s'inscrivant dans le mouvement moderne de la psychiatrie, témoignant d'un changement des pratiques et pouvant aussi jusqu'à un certain point accompagner ce mouvement. Outils d'abord cliniques dont la destinée est d'aider patients et équipes soignantes à s'engager dans une démarche de soins partagée, ELADEB et AERES constituent aussi des outils pouvant contribuer à la recherche en psychiatrie

DISCUSSION

communautaire, voire au-delà, notamment pour AERES. En effet, les dimensions des ressources, des besoins ou des difficultés psychosociales ne constituent pas uniquement une thématique propre à la psychiatrie ou à la psychologie clinique mais une question pouvant tous nous toucher. Et c'est peut-être bien là que se situe l'étape suivante ou l'enjeu du mouvement du rétablissement, à savoir sortir les personnes souffrant de difficultés psychologiques des ornières formalisées par la psychiatrie. Pourrions-nous ainsi considérer que de tels outils aient participé ou participeront encore dans la pratique clinique quotidienne à la destigmatisation des patients ? Je ne pourrais que le souhaiter et m'en réjouir...

REFERENCES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Antony, M. M., & Rowa, K. (2005). Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment*, 17, 256-266. doi: 10.1037/1040-3590.17.3.256
- Arnold, J. (1997). *Managing careers into the 21st century*. London, UK: Paul Chapman.
- Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *The American Journal of Psychiatry*, 154(1), 99-105.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-145.
- Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., Khatry, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Craighead, W.E., & Krishnan, K.R. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62, 633-638.
- Baker, R., Wildman, J., Mason, H., & Donaldson, C. (2013) Q-ing for health –a new approach to eliciting the public’s views on healthcare resource allocation. *Health economics* 23(3), 283-297. doi : 10.1002/hec.2914
- Beck, A.T., & Alford, B.A. (2009). *Depression: causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bellier-Teichmann, T., & Pomini, V. (2015) Evolving from clinical to positive psychology: understanding and measuring patients’ strengths. A pilot study. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 45, 99-108. doi: 10.1007/s10879-014-9287-7

REFERENCES

- Bellier-Teichmann, T., Golay, P., Bonsack, C., & Pomini V. (2016). Patients' needs for care in public mental health: unity and diversity of self-assessed needs for care. *Frontiers in Public Health*, 4(22). doi: 10.3389/fpubh.2016.00022
- Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., & Pomini, V. (2017). Assessing patients' strengths : a recovery-centered perspective. *Pratiques psychologiques*, 23, 41-59. doi : 10.1016/j.prps.2016.03.004
- Bernard, M., Favez, N., & Zimmermann, G. (2011). Quelle place pour la psychologie positive dans le champ de la psychothérapie ? Perspectives théoriques et empiriques. *Pratiques psychologiques*, 17(4), 301-313. doi: 10.1016/j.prps.2009.07.002.
- Beutler, L.E., Moos, R.H., Lane, G. (2003). Coping, treatment planning, and treatment outcome: Discussion. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1151-1167. doi: 10.1002/jclp.10216
- Biley, F. C. (2000), The effects on patient well-being of music listening as a nursing intervention: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 668–677. doi : 10.1046/j.1365-2702.2000.00392.x
- Bird, V. J., Le Boutillier, C., Leamy, M., Larsen, J., Oades, L. G., Williams, J., & Slade, M. (2012). Assessing strengths of mental health consumers: a systematic review. *Psychological Assessment*, 24(4), 1024-1033. doi : 10.1037/a0028983
- Block, J. (1978). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (Originally published in 1961).
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89, 227-232. doi : 10.1684/ipe.2013.1042
- Bonsack, C., Golay, P., Gibellini Manetti, S., Gebel, S., Ferrari, P., Besse, C., Favrod, J., & Morandi, S. (2016). Linking primary and secondary care after psychiatric hospitalization: comparison between traditional case management setting and routine care for common mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 7(96). doi: 10.3389/fpsyt.2016.00096
- Brand, E.F., Lakey, B., & Berman, S. A. (1995). Preventive, psychoeducational approach to increase perceived social support. *American Journal of Community Psychology*, 23, 117–135. doi : 10.1007/BF02506925

REFERENCES

- Brewin, C.R., Wing, J.K., Mangen, S.P., Brugha, T.S., & MacCarthy, B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment. *Psychological Medicine*, 17, 971-981. doi : 10.1017/S0033291700000787
- Brewin, C.R. (1992). Measuring individual needs for care and services. In G. Thornicroft, C.R. Brewin, & J. Wings (Eds.), *Measuring mental health needs* (pp. 220-236). London: Royal College of Psychiatrists.
- Butori, R., & Parguel, B. (2010). *Les biais de réponse. Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur*. Actes de l'AFM, France.
- Caldwell, L. L., & Smith, E. A. (1988). Leisure: An overlooked component of health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 79, 44-48.
- Caltaux, D. (2003). Internalized stigma: a barrier to employment for people with mental illness. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10(12), 539-544. doi: 10.12968/bjtr.2003.10.12.13437
- Carr, A. (2011). *Positive psychology : the science of happiness and human strengths* (2nd ed.). London, New York : Routledge.
- Chatelle, C., Vanhaudenhuyse, A., Mergam, A.N., De Val, M., Majerus, S., Boly, M., Bruno, M.A., Boveroux, P., Demertzi, A., Gosseries, O., Ledoux, D., Peigneux, P., Salmon, E., Moonen, G., Faymonville, M.E., Laureys, S., & Schnakers, C. (2008). Mesurer la douleur chez le patient non communicant. Pain assessment in non-communicative patients. *Revue Médicale de Liège*, 63, 429-437.
- Clark, D. A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive Therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: The Guilford Press.
- Cnaan, R.A., Blankertz, L., Messinger, K.W., & Gardner, J.R. (1988). Psychosocial Rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 61-77. doi : 10.1023/A:1010105104768
- Cordingley, L., Webb, C., & Hillier, V. (1997). Q methodology. *Nurse researcher*, 4, 31-45. doi : 10.1177/0193945907312979
- Corrigan, P., 2004. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi : 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875

REFERENCES

- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation. Erasing stigma and promoting empowerment*. New York: The Guilford Press,
- Corrigan, P.W. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation. An empirical approach*. (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
- Cowen, E. L., & Kilmer, R. P. (2002). Positive psychology: Some plusses and some open issues. *Journal of Community Psychology*, 30, 449-460. doi : 10.1002/jcop.10014
- Cowger, C.D. (1994). Assessing client strengths: clinical assessment for client empowerment. *Social Work*, 39, 262-268. doi : 10.1093/sw/39.3.262
- Cowger, C. D., Anderson, K., & Snively, C. A. (2006). Assessing strengths: The political context of individual family and community empowerment. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4th ed., pp. 93-115). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York, NY: Basic Books.
- Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P., & Larcan, R. (2015). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care In practice*, 22, 3-19. doi:10.1080/13575279.2015.1064357
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16, 459-470. doi:10.1080/09638230701482394
- Deegan, P.E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25, 11-24. doi : 10.1300/J010v25n03_02
- Deegan, P.E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health: A Journal of Psychosocial Practice & Research*, 17, 5-21. doi : 10.1300/J004v17n03_02
- Deegan, P.E., & Drake, R.E. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57, 1636-1639. doi: 10.1176/appi.ps.57.11.1636

REFERENCES

- Deegan, P.E., Rapp, C., Holter, M., & Riefer, M. (2008). A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatric Services*, 59, 603-605. doi : 10.1176/ps.2008.59.6.603
- Dick, A. (2003). *Psychotherapie und Glück: Quellen und Prozesse seelischer Gesundheit* [Psychotherapy and happiness: sources and processes of mental health]. Bern, Switzerland: Huber.
- Dolder, C.R., Lacro, J.P., Leckband, S., & Jeste, D.V. (2003). Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23(4): 389-399. doi : 10.1097/01.jcp.0000085413.08426.41
- Douglas, A.C., Mills, J.E., Niang, M., Stepchenkova, S., Byun, S., Ruffini, C., Lee, S.K., Loutfi, J., Lee, J.K., Atallah, M., & Blanton, M. (2008). Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996–2006. *Computers in Human Behavior*, 24, 3027-3044. doi : 10.1016/j.chb.2008.05.009
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.P.E. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651. doi : 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154
- Dumazedier, J. (1962). *Vers une civilisation du loisir?* Paris : Édition du Seuil.
- Enns, C.Z. (1992). Self-esteem groups: A synthesis of consciousness-raising and assertiveness training. *Journal of Counseling and Development*, 71, 7-13. doi : 10.1002/j.1556-6676.1992.tb02162.x
- Epstein, M. H., & Sharma, J. M. (1998). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength-based approach to assessment*. Austin, Texas: PRO-ED Inc.
- Evans, S., Greenhalgh, J., & Connelly, J. (2000). Selecting a mental health needs assessment scale: guidance on the critical appraisal of standardized measures. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 6, 379–393. doi : 10.1046/j.1365-2753.2000.00269.x
- Fennig, S., Everett, E., Bromet, E.J., Jandorf, L., Fennig, S.R., Tanenberg-Karant, M., & Craig, T.J. (1996). Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 22(3), 257-263. doi: 10.1016/S0920-9964(96)00077-1

REFERENCES

- Fenton, W.S., Blyler, C.R., & Heinssen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651. doi: 10.1093/schbul/23.4.637
- Ferguson, C.J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1573-1578. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.09.005
- Fines, L., & Nichols, D. (1994). An evaluation of a twelve-week recreational kayak program: Effects on self- concept, leisure satisfaction and leisure attitude of adults with traumatic brain injuries. *The Journal of Cognitive Rehabilitation*, 12, 10-15.
- Fitzpatrick, M.R., & Stalikas, A. (2008). Positive emotions as generators of therapeutic change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 137-154. doi: 10.1037/1053-0479.18.2.137
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19, 213-223. doi : 10.1080/10503300902755300
- Franck, N. (2016). *Outils de la réhabilitation psychosociale. Pratiques en faveur du rétablissement*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of general psychology*, 2, 300-319. doi 10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology : the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B.L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359, 1367-1377. doi: 10.1098/rstb.2004.1512
- Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives : positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and social Psychology*, 95, 1045-1062. doi : 0.1037/a0013262
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment.

REFERENCES

- Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32, 95-104. doi : 10.2975/32.2.2008.95.104
- Gable, S.L., & Haidt, J. (2005). What and (why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103-110. doi : 0.1037/1089-2680.9.2.103
- Gander, F., Proyer, R.T., Ruch, W., & Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1241-1259. doi :10.1007/s10902-012-9380-0
- Ganster, D. C., & Victor, B. (2011). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 17-36. doi: 10.1111/j.2044-8341.1988.tb02763.x
- Gelkopf, M. (2011). The use of humor in serious mental illness: a review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. doi:10.1093/ecam/nep106.
- Ghaemi, S.L., Boiman, E., & Goodwin, F.K. (2000). Insight and outcome in bipolar, unipolar and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 167-171. doi : 10.1016/S0010-440X(00)90043-9
- Giraud-Baro, E., Vidon, G., & Leguay, D. (2006). Soigner, réhabiliter : pour une reformulation de l'offre de soins et de services. *L'information Psychiatrique*, 82, 281-286. doi : 10.3917/inpsy.8204.0281
- Golay, P., & Lecerf, T. (2011) Orthogonal higher order structure and confirmatory factor analysis of the French Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III). *Psychological Assessment* 23: 1, 143-152
- Goldman, H.H., Skodol, A.E., & Lave, T.R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning (Special Article). *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156. doi : 10.1023/A:1022413110345
- Grant, P.M., & Beck, A.T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 798-806. doi : 10.1093/schbul/sbn008
- Grasset, F., Pomini, V., Favrod, J., Orita, A., Veillon, H., & Cucchia, A.T. (2004). La réhabilitation psychosociale à l'aube du XXIème siècle : Méthode d'évaluation interdisciplinaire et bilan bio-psycho-social. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 124, 199-203.

REFERENCES

- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19. doi: 10.1080/10503309712331331843
- Grawe, K. (2006). *Neuropsychotherapy*. Trans B Meyer New York : Erlbaum.
- Graybeal, C. (2001). Strengths-based social work assessment: Transforming the dominant paradigm. *Families in Society*, 82, 233-242. doi : 10.1606/1044-3894.236
- Greenberg, R.P., Constantino, M.J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678.
- Grosse Holtforth, M., Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Wilson, L.A., Kakouros, A.A., & Borkovec, T.D. (2007). Insight in cognitive-behavioral therapy. In C. Hill & L.G. Castonguay (Eds), *Insight in psychotherapy* (pp. 375-399), Washington, DC: American Psychological Association.
- Haggard, L. M., & Williams, D. R. (1992). Identity affirmation through leisure activities: Leisure symbols of the self. *Journal of Leisure Research*, 24, 1-18.
- Hallion, L.S., & Ruscio, A.M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137 (6), 940-958. doi : 0.1037/a0024355.
- Hansson, L., Vinding, H. R., Mackeprang, T., Sourander, A., Werdelin, G., Bengtsson-Tops, A., Bjamason, O., Dybbro, J., Nilsson, L., Sandlund, M., Sorgaard, K., & Middelboe, T. (2001). Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: A Nordic multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103(1), 45-51. doi: 10.1111/j.1600-0447.2001.00083.x
- Harniss, M.K., Epstein, M.H., Ryser, G., & Pearson, N. (1999). The behavioral and emotional rating scale: convergent validity. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 17, 4-14. doi: 10.1023/A:1026059906344
- Harris, T., Brown, G.W., & Robinson, R. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. I. Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 219-224. doi : 10.1192/bjp.174.3.219

REFERENCES

- Hays, D. G., & Wood, C. (2011). Infusing qualitative traditions in counseling research designs. *Journal of Counseling & Development*, 89(3), 288-295. doi : 10.1002/j.1556-6678.2011.tb00091.x
- Heinrich, L. A., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695–718. doi : 10.1016/j.cpr.2006.04.002
- Hill, C., Thompson, B., Hess, S., Knox, S., Williams, E., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research : an update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. doi : 10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. doi : 10.1080/10705519909540118
- Huguelet, P. (2007). Recovery as an organising principle for the care of patients with severe mental disorders. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 158, 271-278.
- Huta, V., & Hawley, L. (2010). Psychological strengths and cognitive vulnerabilities: Are they two ends of the same continuum or do they have independent relationships with well-being and ill-being? *Journal of Happiness Studies*, 11, 71-93. doi : 10.1007/s10902-008-9123-4
- Jennrich, R. I., & Bentler, P. M. (2011). Exploratory bi-factor analysis. *Psychometrika*, 76, 537-549. doi : 10.1007/s11336-011-9218-4
- Jennrich, R. I., & Bentler, P. M. (2012). Exploratory bi-factor analysis: The oblique case. *Psychometrika*, 77, 442-454. doi : 10.1007/s11336-012-9269-1
- Johnson, S., & Orrell, M. (1996). Insight, psychosis and ethnicity : a case-note study. *Psychological Medicine*, 26(5), 1081-1084. doi : 10.1017/S0033291700035406
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30, 830-838. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.002
- Kawachi, I., & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467. doi : 10.1093/jurban/78.3.458
- Keshavan, M.S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P.D., & Schooler, N. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 70(2-3), 187-194. doi : 10.1016/j.schres.2003.11.007

REFERENCES

- Keyes, C. L. M. (2009). Toward a science of mental health. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 89-95). Oxford, UK: University Press.
- Kline, T.J.B. (2005). Psychological testing. A practical approach to design and evaluation. London and New Delhi: Sage Publications.
- Korkeila, J., Heikkilä, J., Hansson, L., Sorgaard, K.W., Vahlberg, T., & Karlsson, H. (2005). Structure of needs among persons with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 233-239. doi: 10.1007/s00127-005-0888-z
- Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2011). *Collaborative Case Conceptualization*. New York: The Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9 : Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. doi: 10.1046/j1525-14972001016009606x
- Lambert, L., D'Cruz, A., Schlatter, M., & Barron, F. (2016). Using physical activity to tackle depression: the neglected positive psychology intervention. *Middle East Journal of Positive Psychology*, 2, 42-60
- Lasalvia, A., Ruggeri, M., Mazzi, M., & Dall' Agnola, R. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 366-375. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102005366.x
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Malchiodi, F., Salvi, G., Parabiaghi, A., Tansella, M., & Ruggeri, M. (2005). Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychological Medicine* 35, 1655-1665. doi : 10.1017/S0033291705005611
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Leclerc, C., Lesage, A., & Ricard, N. (1997). La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 22 (2), 233-256. doi : 10.7202/032424ar

REFERENCES

- Lecomte, T., Wallace, C. J., Caron, J., Perreault, M., & Lecomte, J. (2004). Further validation of the client assessment of strengths interests and goals. *Schizophrenia Research*, 66, 59-70. doi : 10.1016/S0920-9964(02)00496-6
- Leontopoulou, S., & Triliva, S. (2012). Explorations of subjective wellbeing and character strengths among a Greek university student sample. *International Journal of Wellbeing*, 2, 251-270. doi : 10.5502/ijw.v2.i3.6
- Lesage, F-X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occupational Medicine*, 62, 600-605. doi : 10.1093/occmed/kqs140
- Levin, J. (2000). A prolegomenon to an epidemiology of love: Theory, measurement, and health outcomes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 117–136. doi : 10.1521/jscp.2000.19.1.117
- Liberman, R.P. (1991). *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux*. Paris, Milan : Masson.
- Lin, Y.R., Shiah, I.S., Chang, Y.C., Lai, T.J., Wang, K.Y., & Chou, K.R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656-665. doi : 10.1016/j.nedt.2004.09.004
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. doi : 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Livingston, J.D., & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma fro people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161. doi : 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (Eds.). (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lopez, S.J., & Edwards, L. M. (2008). The interface of counseling psychology and positive psychology: Assessing and promoting strengths. *Handbook of conseling psychology*, (4th ed., pp. 86-99). Hoboken, NJ: Wiley.

REFERENCES

- Lyons, R. F. (1993). Meaningful activity and disability: Capitalizing upon the potential of outreach recreation networks in Canada. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6, 256-265.
- Lysaker, P.H., Roe, D., & Yanos, P.T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199. doi : 10.1093/schbul/sbl016
- MacDonald, R. A.R. (2013). Music, health and well-being: a review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8. doi:10.3402/qhw.v8i0.20635.
- Magnusson, D. (1967). *Test Theory*. Boston : Addison Wesley Publishing Company.
- Marken, P. A., Stanislav, S. W., Lacombe, S., & Pierce, C., Hornstra, R., & Sommi, R. W. (1992). Profile of a sample of subjects admitted to an acute care psychiatric facility with manic symptoms. *Psychopharmacology Bulletin*, 28 (2), 201-205.
- Maslow, A.H. (1998). *Toward a Psychology of Being*. (3rd ed.) (pp. 433-446). Hoboken, NJ: Wiley.
- McEvoy, J. P., Johnson, J., Perkins, D., Lieberman, J.A., Hamer, R.M., Keefe, R.S., Tohen, M., Glick, I.D., & Sharma, T. (2006). Insight in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 36(10), 1385-1393. doi : 10.1017/S0033291706007793
- McKeown, B., & Thomas, D.B. (2013). *Q methodology* (2nd ed.). Los Angeles : Sage Publications.
- Meaden, A., & Farmer, A. (2006). A comprehensive approach to assessment in rehabilitation settings. In G. Roberts, S. Davenport, F. Holloway, & T. Tattan (Eds.), *Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry* (pp. 64-78). London: Gaskell.
- Meadows, G., Harvey, C., Fossey, E., & Burgess, P. (2000). Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 427-435. doi: 10.1007/s001270050260
- Mehran, F., & Guelfi, J.D. (2002). Les développements créatifs dans la thérapie cognitive: une innovation clinique? Creative developments in cognitive

REFERENCES

- therapy: a clinical innovation? *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 13-18. doi : 10.1016/B978-2-294-70491-8.00026-5
- Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., Kermari, E., & Theologou, A. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(1), 46-49. doi : 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01554.x
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping people change*. (3rd ed.) New York: The Guilford Press.
- Minhas, G. (2010). Developing realized and unrealized strengths: Implications for engagement, self-esteem, life satisfaction and well-being. *Assessment & Development Matters*, 2, 11-16.
- Mittleman, J. (1995). A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *Gerontologist*, 35, 792–802. doi : 10.1093/geront/35.6.792
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. (2005). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 382-389. doi: 10.1002/jclp.21839
- Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L., & Cassisi, J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620
- Muthén, L., & Muthén, B. (2012). *Mplus user's guide*. Seventh Edition. Los Angeles: Muthén & Muthén
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 125-142. doi : 10.1002/casp.619
- Niemiec, R. M. (2013). *Mindfulness and character strengths: A practical guide to flourishing*. Boston, MA: Hogrefe.
- Ninot, G., & Fortes, M. (2007). Etudier la dynamique de construits en psychologie sociale. *Movement & Sport Sciences*, 1, 11-42. doi : 10.3917/sm.060.0011
- Noble, L. M. , Douglas, B. C., & Newman, S.P. (1999). What do patients want and do we want to know? A review of patients' requests of psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 321-7. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10874.x

REFERENCES

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research : Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp.307-389). New York : Wiley.
- Park, S.G., Bennett, M.E., Couture S, M., & Blanchard, J.J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 43–47.
- Patterson, I. (1996). Participation in leisure activities by older adults after a stressful life event: The loss of spouse. *International Journal of Aging and Human Development*, 42, 123-142. doi : 10.2190/TG1M-75CB-PL27-R6G3
- Peterson, C., & Park, N. (2004). Classification and measurement of character strengths: Implications for practice. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 433-446). Hoboken, NJ: Wiley.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press and Washington DC: American Psychological Association.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., Mc Crone P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595. doi: 10.1192/bjp.167.5.589
- Pomini, V., Golay, P., & Reymond, C. (2008). L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques. Les échelles lausannoises ELADEB [Assessment of psychiatric patients' difficulties and needs. The Lausanne ELADEB scales]. *L'Information psychiatrique*, 84, 895-902. doi : 10.3917/inpsy.8410.0895
- Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 203-212. doi: 10.1037/a0018679
- Puri, B. K., & Treasaden, I. H. (2011). *Textbook of psychiatry* (3rd ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Ralph, R. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4, 480-517. doi: 10.1080/10973430008408634

REFERENCES

- Rao, J.K., Anderson, L. A., Inui, T. S., & Frankel, R. M. (2007). Communication interventions make a difference in conversation between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Medical Care*, 45, 340-349. doi: 10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5
- Rapp, C., & Goscha R. J. (2006). *The strengths model. Case management with people with psychiatric disabilities* (2nd ed.) Oxford, UK: University Press.
- Rapp, C., & Goscha R.J. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Rashid, T., & Ostermann, R. F. (2009). Strengths-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 488-498. doi: 10.1002/jclp.20595
- Reise, S.P (2012). The rediscovery of bifactor measurement models. *Multivariate Behavioral Research*, 47, 667-696. doi : 10.1080/00273171.2012.715555.
- Repper, J. & Perkins R. (2003). *Social Inclusion and Recovery*. London: Balliere Tindall
- Ritsher, J.B., & Phelan, J.C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003
- Ritsner, M.S., Lisker, A., Arbitman, M., & Grinshpoon, A. (2012). Factor structure in the Camberwell Assessment of Need-Patient Version: the correlations with dimensions of illness, personality and quality of life of schizophrenia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 499-507. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02383.x
- Ritsner, M.S., Lisker, A., & Grinshpoon, A. (2014). Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 308-317. doi: 10.1111/pcn.12135
- Roder, V., & Schmidt, S. J. (2015). Diagnostic instruments, treatment planning and controlling the treatment process. In Volker, R., & Müller, D. R. (Eds.), *Integrated neurocognitive therapy for schizophrenia patients* (121-127). Switzerland: Springer International Publishing,
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

REFERENCES

- Saleebey, D. (2006). The strengths approach to practice. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4th ed., pp. 77-92). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Salvi, G., Leese, M., & Slade, M. (2005). Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure. *British Journal of Psychiatry*, 186, 146-152. doi: 10.1192/bjp.186.2.146
- Sanderson, W. C. (2003). Why empirically supported psychological treatment are important. *Behavior Modification*, 27, 290.
- Sarason, I.G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510
- Sattler, J. (2001). *Assessment of children: Cognitive applications* (4th ed.). La Mesa, CA US: Jerome M Sattler Publisher.
- Schmitt, T. A. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29, 304-321. doi : 10.1177/0734282911406653
- Sciamanna, C.N., Smyth, J.M., Doerksen, S.E., Richard, B.R., Kraschnewski, J.L., Mowen, A.J., Hickerson, B.D., Rovniak, L.S., Lehman, E.B., & Yang, C. (2017). Physical activity mode and mental distress in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 52, 85-93. doi : 10.1016/j.amepre.2016.09.014
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 61, 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Nansook, P., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress, empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. New York, NY: Simon & Schuster.

REFERENCES

- Shankland, R., & Martin-Krumm, C. (2012). Evaluer le fonctionnement optimal: échelles de psychologie positive validées en langue française [Assessing optimal functioning: Positive psychology scales validated in French]. *Pratiques Psychologiques*, 18, 171-187. doi: 10.1016/j.prps.2012.02.004
- Shimizu, T., Kubota, S., Mishima, N., & Nagata, S. (2004). Relationship between Self-Esteem and Assertiveness Training among Japanese Hospital Nurses. *Journal of Occupational Health*, 46, 296-298. doi :10.1539/joh.46.296
- Simpson, E., & House, A. (2003). User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. *British Journal of Psychiatry* 183, 89-91. doi: 10.1192/bjp.183.2.89
- Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487. doi : 10.1002/jclp.20593
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113. doi: 10.1007/BF0078575
- Slade, M., Phelan, M., & Thornicroft, G.A. (1998) Comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine*, 28, 543-550. doi. 10.1016/S0924-9338(02)80027-X
- Slade, M., Beck, A., Thornicroft, G., & Wright, S. (1999). Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HONOS. *British Journal of Psychiatry*, 174, 404-408. doi: 10.1192/bjp.174.5.404
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 183–189. doi : 10.1159/000076456
- Slade, M., McCrone, P., Kuipers, E., Leese, M., Cahill, S., Parabiaghi, A., Priebe, S., & Thornicroft, G. (2006). Use of standardised outcome measures in adult mental health services: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 330–336. doi : 10.1192/bjp.bp.105.015412

REFERENCES

- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128-137. doi: 10.1017/S1121189X00002827
- Slade, M. (2009). The personal recovery framework. In M. Slade (Ed.), *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals* (pp. 77-93). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10(26), 1-14. doi: 10.1186/1472-6963-10-26
- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., & Anthony, W. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336. doi: 10.1080/0954026021000016978
- Snyder, C.R., Simpson, S.C., Ybasco, F.C., Borders, T.F., Babyak, M.A., & Higgins, R.L. (1996). Development and validation of the state hope scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321-335. doi : 10.1037/0022-3514.70.2.321
- Snyder, C.R. (2002). Hope theory : Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275. doi: 10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, C.R., Ritschel, L.A., Rand, K. L., & Berg, C. J. (2006). Balancing psychological assessments including strengths and hope in client reports. *Journal of Clinical psychology*, 62, 33-46. doi: 10.1002/jclp.20198
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097. doi : 10.1001/archinte.166.10.1092
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49, 796-804.
- Sultanoff, S.M. (2013). Integrating humor into psychotherapy: research, theory and the necessary conditions of therapeutic humor in helping relationships. *The Humanistic Psychologist*, 41, 388-399. doi : 10.1080/08873267.2013.796953
- Tedeschi, R.G., & Kilmer, R.P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growths to guide clinical interventions. *Professional Psychology: research and Practice*, 36, 230-237. doi: 10.1037/0735-7028.36.3.230

REFERENCES

- Ten Klooster, P. M., Visser, M., & De Jong, M. D. T. (2008). Comparing two image research instruments : The Q-sort method versus the Likert attitude questionnaire. *Food quality and preference*, 19(5), 511-518. doi : 10.1016/j.foodqual.2008.02.007
- Thornicroft, G., & Slade, M. (2002). Comparing needs assessed by staff and by service users: Paternalism or partnership in mental health? *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 11, 186-191. doi: 10.1017/S1121189X00005704
- Tramier, V., Petitjean, F., Nouat, E., Tschan, C., & Carpentier, H. (2013). Evaluation of patients' unmet needs and therapeutic education. *Annales medico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(8), 567-573. doi : 10.1016/j.amp.2013.06.010
- Trauer, T., & Callaly, T. (2002). Concordance between mentally ill clients and their case managers using the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Australasian Psychiatry*, 10, 24 - 8. doi: 10.1046/j.1440-1665.2002.00387.x
- Trauer, T., & Tobias, G. (2004). The Camberwell Assessment of Need and Behaviour and Symptom Identification Scale as routine outcome measures in a psychiatric disability rehabilitation and support service. *Community Mental Health Journal* 40, 211-221. doi: 10.1023/B:COMH.0000026995.17908.06
- Trauer, T., Tobias, G., & Slade, M. (2008). Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P). *Community Mental Health Journal*, 44, 113-124. doi: 10.1007/s10597-007-9101-z
- Trauer, T. (2010). Outcome measurement in chronic mental illness. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 99–113. doi: 10.3109/09540261003667525
- Trauer, T. (2010). *Outcome measurement in mental health*. New York: Cambridge University Press
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333. doi: 0.1007/s10902-006-9015-4
- Upton, D. & Upton, P. (2015). Psychology of wounds and wound care in clinical practice, *Family, friends and social support* (pp. 191-216). Switzerland: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-09653-7_8.

REFERENCES

- Van Busschbach, J., & Wiersma, D. (2002). Does rehabilitation meet the need of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders? *Community Mental Health Journal*, 38(1), 61-70. doi: 10.1023/A:1013960031687
- Wallace, C. J., Lecomte, T., Wilde, J., & Liberman, R. P. (2001). CASIG: A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. *Schizophrenia Research*, 50, 105-119. doi: 10.1016/S0920-9964(00)00068-2
- Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2010). On the specificity of positive emotional dysfunction in psychopathology: Evidence from the mood and anxiety disorders and schizophrenia/schizotypy. *Clinical Psychology Review*, 30, 839-848. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.002
- Weiler, M., Fleisher, M., & McArthur-Campbell, D. (2000). Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 29-36. doi : 10.1016/S0920-9964(99)00215-7
- Wennström, E., Sorbom, D., & Wiesel, F-A. (2004). Factor structure in the Camberwell Assessment of Need. *British Journal of Psychiatry*, 185, 505-510. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02383.x
- Wewers, M.E., & Lowe, N.K. (1990). A critical review of visual analog scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health*, 13, 227-236. doi: 10.1002/nur.4770130405
- Wing, J.K., Curtis R.H., & Beevor A.S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development*. London : Royal College of Psychiatrists.
- Wood, A. M., Maltby J., Gillett, R., Linley, P.A., & Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 854-871. doi: 10.1016/j.jrp.2007.11.003
- Wood, A. M., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*, 46 (4), 443-447. doi : 10.1016/j.paid.2008.11.012
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort

REFERENCES

- study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 213-217. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.032
- Wood, A.M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.003
- World Health Organization. (2014). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, B.A., & Lopez, S.J. (2002). Widening the diagnostic focus: a case for including human strengths and environmental resources. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 26-44). New York : Oxford University Press.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P.H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59 (12), 1437-1442. doi : 10.1176/appi.ps.59.12.1437
- Yanos, P.T., Lysaker, P.H., & Roe, D. (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 178(1), 211-213. doi : 10.1016/j.psychres.2010.01.003
- Yu, C.Y. (2002). *Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes*. University of California, Los Angeles, Department of philosophy