

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (M.Sc.)

PAR
ALEXANDRE BENOIT

EFFETS DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT SUR LE RÉTABLISSEMENT
DE JEUNES ADULTES PRÉSENTANT UN TROUBLE MENTAL GRAVE

MAI 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Bon nombre d'études soutiennent le fait que l'intervention précoce auprès de jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves favorise le rétablissement. Dans les dernières années, beaucoup d'études ont été conduites sur le rétablissement en utilisant différentes modalités thérapeutiques. La thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) est une des modalités qui a fait son émergence depuis le début des années 2000, mais sur laquelle très peu d'études ont été conduites pour mesurer ses effets sur le rétablissement de troubles mentaux graves. Le projet de recherche présenté dans ce mémoire vise à mesurer les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement en format de groupe sur le rétablissement de jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves. Le modèle de rétablissement de Liberman et al. (2002) a été utilisé pour définir les variables dépendantes qui permettraient de mesurer le rétablissement soit : réduction des symptômes de la maladie, réduction de la détresse et des convictions rattachées à ces symptômes, diminution de l'anxiété et des incapacités, augmentation de l'estime de soi, de l'autonomie et du soutien social. Le modèle de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes & Strosahl, 2004) est utilisé comme variable indépendante dans ce projet de recherche.

Les résultats obtenus n'ont révélé aucun changement significatif entre le T0 et le T1. Cependant, des tendances au niveau de l'amélioration de l'estime de soi, de même que de la réduction des incapacités en lien avec la vie sociale et la vie familiale ont été remarquées, sans être significatives. Malgré ces résultats non concluants, cette étude a permis d'émettre des recommandations afin d'obtenir de meilleurs résultats dans le cas d'une réplique de ces rencontres de groupe. De plus, l'efficacité à long terme de cette intervention n'a pas pu être

mesurée comme dans les autres études effectuées sur les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement en raison des contraintes temporelles inhérentes à un projet de maîtrise. Ainsi, il serait souhaitable que l'intervention proposée dans ce projet fasse l'objet d'autres études utilisant un protocole de recherche différent, tel que suggéré dans la discussion.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	x
Introduction	1
<i>Problématique</i>	4
<i>Préoccupations de l'auteur</i>	5
<i>Éléments de la situation</i>	6
<i>Univers plus large</i>	8
<i>Situation idéale</i>	12
<i>Solution proposée à la problématique exposée et résultats possibles</i>	13
<i>Cadre de référence</i>	14
Contexte théorique	16
Le rétablissement chez les personnes souffrant de schizophrénie	17
<i>Bref historique du concept de rétablissement</i>	20
<i>Concept de rétablissement et recherche</i>	22
<i>Définitions du rétablissement et termes connexes</i>	26
<i>Traitement</i>	27
<i>Réadaptation psychosociale et psychiatrique</i>	27
<i>Réhabilitation</i>	28
<i>Rétablissement</i>	29
<i>La thérapie d'acceptation et d'engagement : une troisième vague de thérapie comportementale inspirée de la pleine conscience</i>	36
<i>L'historique de la thérapie comportementale</i>	36
<i>La pleine conscience (mindfulness) : l'émergence d'un nouveau paradigme</i>	43
<i>Les définitions de la pleine conscience</i>	46
<i>Du concept de la pleine conscience à la thérapie d'acceptation et d'engagement</i>	51
L'ACT et le rétablissement	52
<i>Revue de la littérature : ACT et troubles psychotiques</i>	53
Cadre de référence	55
Le modèle de rétablissement	56
<i>Facteurs familiaux</i>	58
<i>Abus de substances</i>	59
<i>Durée des symptômes psychotiques non traités</i>	60
<i>Réponse initiale aux neuroleptiques</i>	61
<i>Adhésion au traitement</i>	64

<i>Thérapie de soutien avec alliance thérapeutique collaborative</i>	66
<i>Facteurs neurocognitifs dans la prédiction du rétablissement</i>	67
<i>Présence de symptômes négatifs dans la prédiction du rétablissement</i>	68
<i>Historique prémorbide dans la prédiction du rétablissement</i>	69
<i>Accès à un traitement global, coordonné et continu</i>	71
Le modèle de la thérapie d'acceptation et d'engagement	72
<i>L'acceptation</i>	75
<i>La défusion</i>	75
<i>Le Soi comme contexte</i>	76
<i>Les valeurs</i>	77
<i>Le contact avec le moment présent</i>	77
<i>L'action engagée</i>	78
Liens entre le modèle de rétablissement et le modèle de l'ACT	78
Méthode	82
<i>Pertinence de la recherche</i>	83
<i>But de la recherche</i>	84
<i>Hypothèses de recherche</i>	84
<i>Type d'étude</i>	85
<i>Milieu</i>	85
<i>Population</i>	88
<i>Technique d'échantillonnage</i>	89
<i>Étapes de réalisation du projet avec échéanciers</i>	89
<i>Contrôle des biais</i>	91
<i>Limites</i>	92
<i>Collecte de données</i>	92
Questionnaire I : Données sociodémographiques	93
Questionnaire II : Échelle brève de cotation psychiatrique (<i>Brief psychiatric rating scale – BPRS</i>) ..	93
Questionnaire III : Auto-évaluation des symptômes	94
Questionnaire IV : Inventaire d'anxiété de Beck (<i>Beck's Anxiety Inventory – BAI</i>)	95
Questionnaire V : Échelle d'incapacité de Sheehan (<i>Sheehan Disability Scale – SDS</i>)	96
Questionnaire VI : Échelle des habiletés de vie autonome (ÉHVA)	96
Questionnaire VII : Échelle de l'estime de soi version courte (<i>Self Esteem Rating Scale Short Form – SERS-SF</i>).....	97
Questionnaire VIII : Échelle de provisions sociales (ÉPS)	98
<i>Retombées attendues</i>	99
<i>Considérations éthiques et consentement éclairé</i>	99

Présentation des résultats	102
<i>Données sociodémographiques.....</i>	<i>103</i>
<i>Déroulement des rencontres de groupe.....</i>	<i>105</i>
Rencontre 1	107
Rencontre 2	108
Rencontre 3	109
Rencontre 4	110
<i>Résultats obtenus aux variables étudiées.....</i>	<i>112</i>
Échelle brève de cotation psychiatrique (Brief psychiatric rating scale – BPRS)	112
Auto-évaluation des symptômes	113
Inventaire d'anxiété de Beck (Beck's Anxiety Inventory – BAI).....	114
Échelle d'incapacité de Sheehan (Sheehan Disability Scale – SDS)	115
Échelle des habiletés de vie autonome (ÉHVA)	116
Échelle de l'estime de soi version courte (Self Esteem Rating Scale Short Form – SERS-SF).....	120
Échelle de provisions sociales (ÉPS).....	121
Discussion et recommandations	123
<i>Vérification des hypothèses de recherche.....</i>	<i>124</i>
Hypothèse 1	124
Hypothèse 2	124
Hypothèse 3	125
Hypothèse 4	125
Hypothèse 5	126
Hypothèse 6	127
Hypothèse 7	127
<i>Limites de l'étude</i>	<i>128</i>
<i>Nombre de sujets et recrutement.....</i>	<i>128</i>
<i>Déroulement et durée de la recherche.....</i>	<i>130</i>
<i>Instruments de mesure.....</i>	<i>131</i>
<i>Recommandations pour la réplication d'une étude similaire</i>	<i>132</i>
Recommandations méthodologiques.....	132
Recommandations à l'intervention de groupe	133
<i>Contribution à la discipline infirmière</i>	<i>134</i>
Conclusion.....	136
Références.....	139
Appendices.....	154
Appendice A – Formulaire de consentement (CHRTR).....	155
Appendice B - Approbation du projet de recherche.....	161
Appendice C – Questionnaire I – Données sociodémographiques.....	170
Appendice D – Questionnaire II – Échelle brève de cotation psychiatrique	172

<i>Appendice E – Questionnaire III – Auto-évaluation des symptômes</i>	<i>175</i>
<i>Appendice F – Questionnaire IV – Inventaire d'anxiété de Beck</i>	<i>177</i>
<i>Appendice G – Questionnaire V – Échelle d'incapacité de Sheehan</i>	<i>180</i>
<i>Appendice H – Questionnaire VI – Échelle des habiletés de vie autonome</i>	<i>182</i>
<i>Appendice I – Questionnaire VII – Échelle d'estime de soi version courte</i>	<i>189</i>
<i>Appendice J – Questionnaire VIII – Échelle de provisions sociales</i>	<i>191</i>
<i>Appendice K – Cahier du facilitateur.....</i>	<i>193</i>
<i>Appendice L – Cahier du participant.....</i>	<i>217</i>
<i>Appendice M – Échelle de codification de la perception</i>	<i>258</i>
<i>Appendice N – Grille d'évaluation de la participation.....</i>	<i>260</i>

Liste des tableaux

Tableau

1	Définition opérationnelle du rétablissement de la schizophrénie.....	30
2	Concepts composant la pleine conscience selon Baer (2003).....	48
3	Liens entre le modèle de rétablissement de Liberman et al. et le modèle ACT de Hayes et Stroshal.....	79
4	Critères d'inclusion et d'exclusion des participants à la recherche.....	88
5	Étapes de réalisation du projet avec échéanciers.....	90
6	Biais, description des biais et stratégies pour réduire leur influence.....	91
7	Données sociodémographiques.....	104
8	Statistiques descriptives – Échelle brève de cotation psychiatrique.....	113
9	Test de Wilcoxon - Échelle brève de cotation psychiatrique.....	113
10	Statistiques descriptives – Auto-évaluation des symptômes.....	113
11	Test de Wilcoxon - Auto-évaluation des symptômes.....	114
12	Statistiques descriptives – Inventaire d'anxiété de Beck.....	114
13	Test de Wilcoxon – Inventaire d'anxiété de Beck.....	114
14	Statistiques descriptives – Échelle d'incapacité de Sheehan.....	115
15	Test de Wilcoxon – Échelle d'incapacité de Sheehan.....	115
16	Statistiques descriptives – Échelle des habiletés de vie autonome (ÉHVA).....	117
17	Test de Wilcoxon – Échelle des habiletés de vie autonome (ÉHVA).....	118
18	Statistiques descriptives – Sous-échelle VIII « Loisirs » (ÉHVA).....	119
19	Test de Wilcoxon – Sous-échelle VIII « Loisirs » (ÉHVA).....	119
20	Statistiques descriptives – Échelle de l'estime de soi version courte.....	120
21	Test de Wilcoxon – Échelle de l'estime de soi version courte.....	120
22	Statistiques descriptives – Échelle de provisions sociales.....	121
23	Test de Wilcoxon – Échelle de provisions sociales.....	122

Liste des figures

Figure		
1	Modèle de rétablissement de Liberman et al. (2002).....	58
2	Modèle hexagonal de l'acceptation et de l'engagement de Hayes et Stroschal (2004).....	74
3	Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 1.....	107
4	Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 2.....	108
5	Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 3.....	109
6	Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 4.....	110

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans la présence de précieux collaborateurs. L'auteur tient donc à remercier en premier lieu les participants qui ont pris part à ce projet de recherche. Sans leur collaboration, rien de tout cela n'aurait été possible. Les remerciements s'adressent également Martin Barolet, infirmier clinicien à la clinique Le Vaisseau d'Or, pour avoir permis le processus laborieux qu'est le recrutement des participants. Merci aussi à Frédérick Dionne, psychologue, qui a minutieusement lu, corrigé et commenté le cahier du participant et le cahier du facilitateur. Les plus grands remerciements vont sans aucun doute à Claude Leclerc, le directeur de ce mémoire, qui a cru en ce projet du début à la fin. Merci d'avoir permis tout cela. Finalement, l'auteur tient à remercier ses proches qui ont su le soutenir et l'encourager pendant les trois années nécessaires à la concrétisation de ce laborieux projet.

Introduction

Depuis les années 2000, des changements importants sont survenus dans la profession d'infirmière. Citons seulement l'entrée en vigueur de la loi 90¹ en juin 2003 qui a fait place à 14 activités réservées à l'infirmière et a mis de l'avant le plan thérapeutique infirmier², qui est devenu un incontournable de la pratique infirmière depuis avril 2009. Le développement du rôle d'infirmière praticienne³ est un autre exemple des importantes transformations qui surviennent dans la profession infirmière. Ces changements ont touché l'ensemble de la pratique infirmière, bien qu'actuellement le rôle d'infirmière praticienne en santé mentale ait été mis en veilleuse pour diverses raisons de nature politique ou interprofessionnelle. Cependant, les infirmières en santé mentale, comme toutes les infirmières, se doivent d'être à l'affût des nouveautés susceptibles d'enrichir leur pratique professionnelle. Cette curiosité scientifique, tout en permettant de mieux traiter la population, accorde aussi de la crédibilité à la profession infirmière et permet éventuellement de démontrer que les infirmières ne sont pas seulement les subalternes des médecins, mais plutôt des professionnelles compétentes capables d'intervenir avec autonomie et doigté.

¹ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2003)

² Le plan thérapeutique infirmier (PTI) « *permet d'établir le profil clinique évolutif de la situation de santé du client à partir des évaluations effectuées par l'infirmière* » (OIIQ, 2006, p.8)

³ L'infirmière praticienne a un champ de pratique élargie. Cinq activités supplémentaires lui sont autorisées en plus des 14 activités réservées, soit : prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudices, prescrire des médicaments ou d'autres substances, prescrire des traitements médicaux, utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudices. (OIIQ, 2003)

Le projet de recherche présenté dans ce mémoire s'inscrit dans la vague de changement de la profession infirmière. Il propose d'utiliser la thérapie d'acceptation et d'engagement comme nouvelle activité thérapeutique à effectuer en groupe auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux graves afin d'en favoriser le rétablissement. Afin de bien couvrir le sujet, différentes sections seront présentées. D'abord, la problématique, présentée à la section suivante, résume l'importance du problème et motive la présente recherche. La troisième section précise le contexte théorique, ce qui permettra d'expliquer en grande partie la théorie qui soutient la recherche, que ce soit l'approche utilisée pour le projet (la thérapie d'acceptation et d'engagement) ou bien le concept de rétablissement qui agira comme variable dépendante de cette étude. Dans la quatrième section, les cadres de références utilisés dans ce projet seront exposés. Suivra la cinquième section qui présentera la méthodologie utilisée pour conduire cette recherche. La sixième section est employée à la présentation des résultats. Finalement, la discussion qui s'impose à la lumière des données recueillies sera présentée à la septième section

Problématique

Dans cette section, la problématique inhérente à cette recherche sera présentée. Elle débute avec les préoccupations de l'auteur. Par la suite, les éléments qui supportent cette situation problématique seront exposés. Suivra la présentation des éléments macroscopiques, soit d'un univers plus large, qui sont aussi impliqués dans les préoccupations de l'auteur. La situation idéale que propose l'auteur sera décrite. Des solutions seront proposées par l'auteur, de même que des résultats possibles, avant de conclure avec la présentation du cadre théorique qui supporte le raisonnement de l'auteur.

Préoccupations de l'auteur

Dans sa pratique clinique de la profession infirmière dans le domaine de la santé mentale, l'auteur de ce mémoire a observé différentes lacunes qui gagneraient à être comblées pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins pour les jeunes adultes présentant un trouble mental grave. D'abord, il remarque que les infirmières manquent de formation pour effectuer certaines interventions thérapeutiques (notamment la relation d'aide de même que diverses activités thérapeutiques reconnues comme étant des pratiques basées sur des résultats probants par exemple la thérapie cognitive comportementale) afin de venir en aide aux personnes souffrant de troubles mentaux, particulièrement pour interagir avec les personnes psychotiques. L'auteur observe aussi que les psychiatres ne réfèrent pas toujours leur clientèle atteinte de troubles mentaux graves à d'autres professionnels de différents services qui pourraient les aider à surmonter la souffrance liée aux symptômes et favoriser le rétablissement. C'est particulièrement

le cas des jeunes adultes présentant un trouble mental grave, chez qui une intervention précoce favoriserait grandement le rétablissement à plus long terme (Carbone, Harrigan, Curry, & Elkins, 1999; Gleeson, Larsen, & McGorry, 2003; McGlashan, 1996; Sheitman, Lee, & Strauss, 1997).

Quant aux personnes qui sont référées, souvent celles qui présentant des problématiques plus complexes, elles n'ont pas accès à tous les services qui pourraient s'avérer efficaces pour leur mieux-être. Généralement, seules les activités psychoéducatives sont accessibles. Les différentes thérapies qui auraient le potentiel d'aider les gens à mieux maîtriser leurs symptômes ne sont pas souvent offertes, pour différentes raisons dont le manque de temps, d'argent et de personnel formé pour les dispenser.

Éléments de la situation

La schizophrénie est une maladie mentale grave et grandement invalidante qui est reconnue pour faire son apparition à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (APA, 2000). Près de 1 % de la population canadienne en est atteinte (Addington et al., 2005). Dans les dernières années, un grand nombre de chercheurs ont rapporté qu'une intervention précoce des personnes souffrant de troubles psychotiques permettait de prévenir la chronicité de la maladie et aidait la personne à maintenir une vie sociale et communautaire productive et satisfaisante (Carbone et al., 1999; Gleeson, et al., 2003; McGlashan, 1996; Sheitman et al., 1997). Les infirmières, avec les éducateurs et les travailleurs sociaux sont les principaux acteurs dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie (au sens de plus nombreuses – n = 3939 (OIIQ,

2009)). Ce sont ces intervenants qui vont travailler auprès des jeunes adultes nouvellement diagnostiqués d'un trouble mental grave. On constate par contre que la formation des infirmières en santé mentale et en psychiatrie est limitée (comme pour les autres professionnels d'ailleurs) et qu'elles n'ont pas beaucoup de connaissances en matière de réadaptation psychiatrique, constat que l'on réalise en examinant leurs curriculums de formation, autant au niveau collégial qu'universitaire, où les heures de formation spécifique en santé mentale n'ont cessé de décroître depuis les années 1980 (OIIQ, 2009).

Ainsi, les nouvelles infirmières ne sont pas entraînées à intervenir auprès de jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques ou de troubles de l'humeur et ne connaissent pas d'interventions thérapeutiques spécifiques à effectuer avec ceux-ci (Lecomte & Leclerc, 2007). D'ailleurs, les nouvelles interventions thérapeutiques développées passent sous silence, car très peu de gens y sont formés. Les rares personnes qui ont la chance d'y être initiées ont souvent de la difficulté à obtenir une supervision clinique adéquate pour parfaire leurs compétences. Pourtant, la pratique d'activités thérapeutiques et d'interventions visant le rétablissement de personnes souffrant de troubles psychotiques fait bel et bien partie du rôle et de l'expertise de l'infirmière qui travaille en santé mentale ou en psychiatrie (OIIQ, 2003).

De plus, la charge de travail des infirmières est souvent très lourde lorsqu'elles travaillent en première ligne, que ce soit dans le cadre de clinique externe, d'hôpital de jour, de soutien

d'intensité variable (SIV) ou de suivi intensif dans le milieu (SIM). En centre hospitalier, c'est souvent le temps qui manque aux infirmières pour intervenir auprès des jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves, dans le but de favoriser leur rétablissement. Cette lacune temporelle est reliée d'une part à la pénurie de personnel infirmier et d'autre part à la durée d'hospitalisation brève de cette clientèle.

Univers plus large

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2005, p.9-10) rapporte que « [l]es services pour les jeunes avec des troubles mentaux sont très peu développés dans la plupart des régions du Québec » (p.9), que « l'effectif médical est insuffisant » (p.9) et que « les pratiques actuelles ne favorisent pas nécessairement le soutien des services de première ligne ni l'orientation des personnes dont les problèmes sont stabilisés vers ces ressources » (p.10). Drake et ses collègues (2001) ont rapporté qu'aux États-Unis, moins de 10 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ont accès à l'ensemble des interventions psychosociales reconnues efficaces. Il est probable que la situation soit similaire au Québec, compte tenu des constats du Ministère de la Santé et des Services sociaux ci-haut mentionnés. De plus, Lesage & Morissette (2002, p. 619) rapportent que « les services psychiatriques ont souvent peu d'intérêt pour la réadaptation, même si des politiques régionales et nationales identifient la réadaptation comme un élément critique pour un bon système de soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves ». Ces allégations

concordent avec les observations de l'auteur en ce qui a trait au traitement non optimisé des troubles mentaux. Il semble évident qu'une telle lacune dans l'offre des services ne favorise pas l'intervention précoce et le rétablissement des jeunes adultes souffrant d'un trouble mental grave.

Le rétablissement est généralement décrit comme « la croyance dans les capacités des personnes à prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie » (MSSS, 2005, p.15). L'aptitude des personnes atteintes de troubles mentaux à reconnaître leur potentiel est au cœur du rétablissement. Aider ces personnes à y arriver est une priorité pour les infirmières œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

Certaines approches thérapeutiques sont déjà connues pour être utilisées par des infirmières comme la thérapie de soutien, le *counselling*, de même que d'autres interventions thérapeutiques, telle la thérapie cognitive comportementale (TCC), qui s'inspirent des grands systèmes psychothérapeutiques (OIIQ, 2003). Cependant, la grande majorité des infirmières n'utilisent ni ne connaissent ces approches. La thérapie cognitive comportementale est peut-être une des thérapies mentionnées précédemment qui risque d'être la mieux connue. En effet, cette thérapie s'est beaucoup développée dans les trente dernières années. Les premières études randomisées de la TCC pour les troubles mentaux graves datent de 1992. Au Québec, depuis 2000, quelques formations accessibles aux infirmières en santé mentale et en psychiatrie ont été offertes (Lecomte & Leclerc, 2007).

La TCC fait maintenant partie des pratiques basées sur des résultats probants (Hayes & Strosahl, 2004), entre autres pour la réduction des symptômes psychotiques, notamment les hallucinations auditives et les idées délirantes (APA, 2004; Pfammatter, Junghan, & Brenner, 2006). Des études récentes ont pu démontrer que les infirmières, avec une formation appropriée, pouvaient efficacement dispenser cette thérapie (Durham et al., 2003; Turkington et al., 2006). Certains chercheurs ont aussi pu montrer que la TCC peut être efficacement prodiguée en format de groupe, suite à une formation de trois jours pour des intervenants (infirmières incluses) en utilisant une intervention structurée accompagnée d'un manuel et que ce format permet de réduire les coûts associés à ce type d'intervention (Lecomte & Leclerc, 2007).

Néanmoins, certains problèmes et incommodités persistent pour la TCC, tant au point de vue pratique que théoriques. Des études ont pu montrer que les jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique sont peu enclins à adhérer au traitement pharmacologique et à s'engager dans des services de soutien psychosociaux (Lecomte et al., 2008). Ainsi, l'abandon des groupes de thérapie est relativement élevé et la rétention des participants, difficile. Les formats de groupes de TCC, lorsqu'ils sont disponibles, se présentent en une vingtaine de séances qui s'étalent sur une période de 5 à 12 semaines (Lecomte & Leclerc, 2007). La durée de la thérapie pourrait avoir comme effet de décourager certains participants à s'y engager. Néanmoins, la durée de ces groupes n'a rien à voir avec la TCC en format individuel offerte dans certains pays, qui s'étale sur une période de 9 à 12 mois (Morrison, 2002).

D'un point de vue théorique, on commence à remarquer certaines lacunes dans les interventions. Bien qu'un grand nombre d'études expérimentales soient conduites pour évaluer l'efficacité de la TCC, on ne tente pas réellement d'en comprendre les mécanismes d'action (Hayes & Strosahl, 2004) et on ne peut pas prévoir les résultats que cette thérapie est en mesure de produire (Bieling & Kuyken, 2003). D'autres chercheurs ont aussi soulevé une lacune importante au niveau des interventions associées à la TCC : des effets de la thérapie se feraient ressentir chez les participants avant même qu'on débute les interventions dites cognitives, ce qui voudrait dire que la thérapie cognitive et comportementale ne gagne pas nécessairement à être cognitive (Jacobson et al., 1996).

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy – ACT*, prononcé en un seul mot) propose une évolution parallèle à la TCC. Alors que cette dernière faisait partie de la seconde génération de thérapies comportementales, l'ACT émergerait de la troisième génération (Hayes & Strosahl, 2004). Elle corrige entre autres les lacunes théoriques de la TCC et permet un changement important pour la personne souffrant d'un trouble psychotique : au lieu de tenter de modifier les croyances et les perceptions de la personne en regard de ses symptômes, l'ACT amène la personne à accepter les symptômes pour vivre une vie enrichissante malgré leur présence. Un autre avantage intéressant est que le nombre de rencontres nécessaires pour produire un effet significatif chez la personne souffrant de troubles psychotiques est grandement inférieur à la TCC : 3 à 5 rencontres individuelles permettent un changement

dans l'acceptation des symptômes et dans la réduction du nombre d'hospitalisations (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006) en comparaison à une vingtaine pour la TCC. Toutefois, l'efficacité de l'ACT en format de groupe pour les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves n'a pas été mesurée. De plus, les recherches sur l'ACT auprès de personnes souffrant de troubles psychotiques sont grandement limitées.

Situation idéale

Idéalement, les jeunes adultes présentant un trouble mental grave devraient bénéficier d'une référence rapide, par leur psychiatre, vers des ressources qui pourraient les accompagner vers le rétablissement.

Puisque dans ces ressources (par exemple cliniques spécialisées dans le traitement de premiers épisodes psychotiques) on retrouve souvent des infirmières, celles-ci devraient être mieux formées à différentes approches thérapeutiques pour élargir le spectre de traitements disponibles à la clientèle. L'infirmière devrait entre autres être renseignée sur les approches nouvelles dont la clientèle peut bénéficier, tout en se souciant de la durée du traitement et de l'effet qui y est rattaché. Ultiment, les différentes approches thérapeutiques utilisées par l'infirmière en santé mentale devraient faire partie de leur curriculum de formation (OIIQ, 2009).

Dans le contexte de pénurie de personnel que l'on retrouve en ce début de XXI^e siècle, les infirmières spécialisées en santé mentale auraient avantage à posséder de solides bases en

matière d'interventions favorisant le rétablissement. L'utilisation d'approches efficaces basées sur des résultats probants pourrait avoir pour effet de réduire, à moyen ou long terme, l'engorgement des services de première ligne en santé mentale.

Solution proposée à la problématique exposée et résultats possibles

À la lumière de ce qui a été fait dans le passé et de ce qui est disponible dans le présent en matière d'activités thérapeutiques, il apparaît intéressant et aidant d'utiliser l'ACT comme soutien au rétablissement des jeunes adultes présentant un trouble mental grave, dans le cadre d'une étude pré-expérimentale.

En théorie, l'utilisation de l'ACT en format de groupe pour jeunes adultes présentant un trouble mental grave pourrait engendrer un certain nombre d'avantages pour cette clientèle. Notamment, l'ACT pourrait aider ces personnes à mener une vie enrichissante malgré la présence de symptômes qui peuvent être dérangeants. De plus, l'élément « acceptation » de cette thérapie peut s'appliquer à différentes sphères de la vie de ces personnes et leur permettre de mieux gérer leur stress et d'être à l'écoute de leur corps et de ce qui se passe au moment présent, plutôt que d'anticiper des conséquences négatives de différentes situations vécues. Aussi, le format de groupe peut favoriser la normalisation de situations de vie difficiles et permettre de créer des contacts avec d'autres personnes qui vivent des expériences de vie similaires, augmentant ainsi leur soutien social.

Le nombre réduit de rencontres d'ACT pourrait réduire les coûts liés à la thérapie, augmenter la disponibilité des infirmières pour soutenir plus de personnes et aussi encourager les participants à suivre la thérapie jusqu'au bout. Par son format, l'utilisation de cette thérapie conviendrait autant aux infirmières travaillant en milieu psychiatrique qu'aux infirmières œuvrant à l'externe en santé mentale. La pratique de l'ACT par les infirmières pourrait renforcer leur sentiment de compétence en santé mentale et en psychiatrie et amener à une meilleure compréhension de la souffrance liée aux symptômes chez les jeunes adultes psychotiques. Finalement, l'ACT pourrait favoriser le rétablissement chez ces jeunes adultes.

Cadre de référence

Le modèle de rétablissement de la schizophrénie, développé par Liberman et ses collègues (Liberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002), permet de comprendre les points sur lesquels il paraît important d'intervenir pour favoriser le rétablissement. Les auteurs de ce modèle définissent opérationnellement le rétablissement de la schizophrénie par une rémission des symptômes sur une période de deux ans, un engagement vocationnel (minimalement un emploi ou une fréquentation scolaire à temps partiel), un mode de vie indépendant où les proches n'ont pas à intervenir pour subvenir aux besoins de base dans la vie de la personne et finalement, la capacité de la personne d'entretenir des relations régulières avec ses pairs.

L'ACT pourrait agir, entre autres, sur différentes composantes de ce modèle, dont l'adhésion au traitement, l'alliance thérapeutique avec l'infirmière et l'absence d'abus de

substances, qui sont fortement encouragées dans les principes fondamentaux de la thérapie (Hayes & Strosahl, 2004; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Contexte théorique

Les différentes sections de ce chapitre sur le contexte théorique permettront de mieux cerner la problématique. Dans un premier temps, le concept de rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie sera abordé. Dans cette section, l'historique du concept de rétablissement sera présenté. Ensuite, différentes études sur le rétablissement de jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques seront vues. Les différentes visions du rétablissement qui sont véhiculées dans ces études mèneront à une définition opérationnelle du rétablissement. Dans un deuxième temps, c'est la thérapie d'acceptation et d'engagement qui retiendra l'attention. Y sera abordé l'historique des thérapies comportementales, suivi d'une explication du paradigme de la pleine conscience (*mindfulness*). Différentes définitions de ce paradigme de pleine conscience seront présentées afin de voir le lien entre ce concept et la thérapie d'acceptation et d'engagement. Dans un troisième et dernier temps, ce seront les liens à faire entre le concept de rétablissement et la thérapie d'acceptation et d'engagement qui ressortiront. Cette section débutera par une brève revue de la littérature sur l'ACT pour les troubles psychotiques. Par la suite, des liens seront faits entre l'ACT et le rétablissement de troubles psychotiques, de manière à expliquer les hypothèses retenues pour la présente recherche.

Le rétablissement chez les personnes souffrant de schizophrénie

La schizophrénie est une maladie mentale chronique qui est des plus invalidantes et entraîne souvent de grandes incapacités fonctionnelles. Elle est caractérisée par des hallucinations, des idées délirantes et un mode de pensée désorganisé. La prévalence à vie de la

schizophrénie est presque constante à 1% au niveau de la population internationale (Goldner, Hsu, Waraich, & Somers, 2002). Cette répartition, qui fluctue peu au fil du temps, peut nous amener à considérer l'hypothèse qu'il s'agit d'une maladie très ancienne et que « les facteurs écologiques, culturels et sociaux influent peu sur son apparition » (Lalonde, Aubut, & Grunberg, 1999, p. 246). De manière générale, les premiers symptômes de la schizophrénie se manifestent au début de l'âge adulte, rendant particulièrement difficile l'intégration de ces personnes dans la société.

On a longtemps cru que le retour à un fonctionnement prémorbide, c'est-à-dire le niveau de fonctionnement avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie, était peu probable pour les personnes atteintes de schizophrénie. On attribue ce type de vision à Kraepelin (1970) qui considérait la démence précoce (ancien nom pour schizophrénie) comme une maladie chronique et dégénérative menant à de sévères handicaps aux niveaux cognitifs et fonctionnels. Cette croyance, parfois encore fortement ancrée dans les pensées de plusieurs cliniciens, amène une vision fataliste de ce trouble mental, non sans conséquence pour la personne qui en souffre.

Pour ajouter à cette vision, Cohen et Cohen (1984) ont déjà émis l'hypothèse que la perception fataliste des cliniciens qui œuvrent auprès de ces personnes atteintes de troubles mentaux persistant à long terme est associée au fait qu'ils doivent voir une partie de leur clientèle sérieusement handicapée régulièrement, sur une plus longue période. De fait, ils ne revoient pas nécessairement ceux qui fonctionnent adéquatement. Cette hypothèse, formulée à partir de

statistiques avancées et d'observations générales, porte le nom de « l'illusion des cliniciens » (*The Clinician's Illusion*).

Puisque la schizophrénie est sévèrement stigmatisée partout dans le monde, les personnes qui en sont atteintes ont tendance à nier leurs symptômes et refusent souvent de se soumettre à des traitements, autant pharmacologiques que psychosociaux. Ce fait est particulièrement frappant chez les jeunes adultes qui souffrent d'un trouble psychotique. Ces derniers « refusent de se percevoir comme des malades mentaux et s'identifient davantage aux autres jeunes de leur âge, partageant leurs attentes et leurs idéaux » (Leclerc, 1996, p.19). De plus, les praticiens (psychiatre, omnipraticiens) tendent à limiter leur temps d'intervention auprès de ces personnes. Le résultat obtenu est le suivant : ils offrent le niveau le plus faible de traitement, soit un suivi superficiel accompagné d'une consultation de 15 minutes par mois pour l'ajustement de la médication (Lieberman et al., 2002). Si on se fie à ce qu'on entend au Québec, on pourrait même se demander si cette période de 15 minutes est respectée et si les consultations n'auraient pas davantage lieu aux 4 à 6 mois (Arcand, 2007).

Bref historique du concept de rétablissement

La réadaptation psychiatrique et la notion de rétablissement proviennent de la confluence de plusieurs traditions à travers l'histoire. D'abord, Bleuler⁴ (Bleuler & Zinkin, 1911) recommandait, déjà à son époque, de courts séjours hospitaliers et le retour aux activités habituelles le plus rapidement possible. Ensuite, la fin du XIXe siècle a vu naître un mouvement réformiste connu sous le nom de « traitement moral » (*moral treatment*) (Messier, 2001). Ce groupe déploya beaucoup d'efforts afin que l'on mette l'accent non pas sur le traitement mais sur les activités de la vie quotidienne. Le groupe faisait valoir que les personnes souffrant de troubles mentaux graves avaient le droit de vivre dans un environnement bienveillant, rappelant autant que possible le milieu familial, et d'avoir des rôles normaux. De plus, il reconnaissait que l'implication de ces personnes dans différentes sphères comme le travail, l'éducation et les activités sociales pouvait avoir un effet bénéfique sur leur santé (Drake & Bellack, 2008).

Dès le début du XXe siècle, un autre mouvement réformiste prônait l'hygiène mentale (*mental hygiene*). Ce mouvement, basé dans des cliniques de santé mentale et dans certains hôpitaux, mettait l'accent sur la prévention et adoptait une orientation scientifique par rapport à la gestion des troubles mentaux (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008).

⁴ Eugen Bleuler (1857-1939): Psychiatre suisse entre autres connu pour avoir introduit le terme « schizophrénie » (signifiant littéralement fractionnement de l'esprit) dans la psychiatrie contemporaine, remplaçant du même coup le terme « démence précoce » attribué à Kraepelin.

Aux États-Unis, après la Première Guerre mondiale, des programmes d'emploi pour les personnes ayant des incapacités physiques ont commencé à se développer. Il a par contre fallu attendre 1943 pour que ces programmes soient ouverts aux personnes présentant des troubles mentaux. Bien entendu, les personnes souffrant de troubles mentaux graves n'étaient pas encore admissibles à de tels programmes, puisqu'aucun traitement efficace n'existait à cette époque pour apaiser les symptômes les plus dérangeants de la maladie.

Les premières visions du rétablissement des troubles mentaux graves ont vu le jour à l'ère de la désinstitutionnalisation, dans les années 1950 et 1960, soit à l'époque des premiers neuroleptiques et du développement des centres de santé mentale communautaires. Ces installations visaient à empêcher le plus possible les effets négatifs liés à une hospitalisation prolongée. Les ratées de l'implantation de la politique de désinstitutionnalisation ont confronté les chercheurs et les cliniciens au fait que les personnes atteintes de troubles mentaux graves veulent et nécessitent plus que le simple soulagement des symptômes. Jusque-là, les hôpitaux s'acquittaient de répondre aux besoins des psychiatisés. Néanmoins, dès leur retour dans la communauté, cette population devait gagner un niveau d'autonomie auquel elle n'avait jamais été préparée auparavant, tout en ne pouvant plus bénéficier des services hospitaliers.

C'est ainsi que plusieurs alternatives ont fait leur apparition, principalement à travers des points de services installés dans la communauté. Une telle diversité de services requérait une nouvelle conceptualisation de la manière de les dispenser aux personnes atteintes de troubles

mentaux. Il s'avérait aussi nécessaire de bien connaître et comprendre les besoins de ces personnes. Cette nouvelle façon de penser les services offerts à la population de personnes souffrant de troubles mentaux a mené à l'émergence de la vision du rétablissement qui se précise sans cesse depuis les années 1990.

Concept de rétablissement et recherche

Le flot grandissant de recherches basées sur des données empiriques montre à présent que le rétablissement de la schizophrénie peut avoir lieu sous deux conditions : 1) quand le trouble est traité précocement avec un suivi intensif dans le milieu et l'utilisation de médication antipsychotique; 2) quand des formes plus chroniques de cette maladie sont traitées sur une longue période de temps avec des services continus, complets et bien coordonnés (Lieberman et al., 2002). Pour le présent projet de recherche, nous nous intéresserons davantage à la première condition, soit l'intervention précoce auprès de jeunes adultes présentant un trouble psychotique.

Plusieurs études s'intéressant au traitement précoce de la schizophrénie rapportent un taux élevé de rémission des symptômes quand le traitement est fourni de manière ciblée et intensive. Lieberman et ses collègues (2002) rapportent différentes études à court terme sur ce sujet qui sont aussi corroborées par Silverstein & Bellack (2008). Les résumés de ces études sont présentés dans les paragraphes suivants.

Des chercheurs du *Hillside Hospital-Long Island Jewish Medical Center* ont recruté des personnes présentant un premier épisode psychotique pour leur fournir un algorithme de traitement ouvert et standardisé qui implique la prise d'antipsychotiques à doses optimales. La médication pouvait être modifiée, si nécessaire, pour favoriser le contrôle des symptômes. Ils utilisaient une définition assez sévère du rétablissement, c'est-à-dire un score de 3 ou moins sur le *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia-Change Version (SADS-C)* et sur les items de psychose du *Psychosis and Disorganization Scale*, ainsi qu'un indice moyen ou moindre dans la catégorie amélioration du *Clinical Global Impression Scale (CGI)*. Le traitement avait une durée d'au moins huit semaines consécutives. Les résultats de cette recherche ont démontré que 74% des patients étaient considérés comme étant complètement rétablis après un an (Loebel et al., 1992).

Au EPPIC (*Early Psychosis Prevention & Intervention Center*) de Melbourne, Australie, 91% des jeunes avec un épisode récent de psychose étaient complètement rétablis des symptômes positifs et négatifs après un an de suivi intensif dans la communauté, de médication antipsychotique et de thérapie cognitive et comportementale (Edwards, Maude, McGorry, Harrigan, & Cocks, 1998; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996).

À la clinique *Aftercare* de l'UCLA (Université de Californie à Los Angeles), 80% des personnes avec un récent épisode de schizophrénie ont accompli une rémission clinique de symptômes positifs et négatifs durant leur première année de traitement (Gitlin et al., 2001).

En Nouvelle-Écosse, Canada, 89% des personnes présentant un premier épisode psychotique de schizophrénie ont accompli une année complète sans ré-hospitalisation. Parmi ceux-ci, plus de la moitié étaient impliqués dans un emploi à temps plein ou à temps partiel ou bien fréquentaient l'école (Kopala, Fredrikson, Good, & Honer, 1996; Whitehorn, Lazier, & Kopala, 1998).

Un élément important ressort de ces études. On a constaté qu'après un diagnostic subséquent des personnes qui ont participé à ces recherches, 95% d'entre elles continuaient à satisfaire les critères du DSM-IV de la schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif. Cet élément contredit donc l'hypothèse que ces individus auraient pu être mal diagnostiqués dès le départ (Hegarty, Baldessarini, Tohen, Wateraux, & Oepen, 1994), ce qui aurait pu expliquer la rapidité de leur rétablissement.

Néanmoins, il devient difficile de comparer ces différentes études sur le rétablissement puisque les critères qui le mesurent ne sont pas les mêmes d'une fois à l'autre. Ainsi, on est porté à croire que la notion de rétablissement est plutôt vague ou encore mal comprise (Lieberman et al., 2008). Si les chercheurs ne voient pas le rétablissement de la même manière, il serait utopique de croire que les cliniciens et les utilisateurs de services perçoivent le rétablissement d'une façon similaire.

Les chercheurs définissent souvent le rétablissement comme une période étendue de rémission de symptômes psychotiques. Les instruments utilisés pour mesurer l'importance des

symptômes n'étant pas les mêmes, ces rémissions mesurées ne sont sans doute pas les mêmes non plus. La période durant laquelle on mentionne une rémission symptomatique mérite d'être clarifiée.

Les cliniciens peuvent définir le rétablissement comme une amélioration du fonctionnement global d'une personne. De plus, sachant qu'il ne semble pas y avoir une cure disponible à court terme pour le traitement des troubles mentaux graves, la majorité des cliniciens voient maintenant le rétablissement comme la capacité d'une personne de vivre avec la maladie (Sakheim, Flanagan, Hawkins, & Davidson, 2010). La tendance des cliniciens en matière de rétablissement veut qu'on se centre surtout sur les forces de la personne ou encore sur ce qu'elle voit comme problématique prioritaire. Pour reprendre les propos de Sakheim et ses collègues (2010), une personne qui a un problème de consommation d'alcool et qui occupe aussi un emploi ne voudra pas nécessairement se concentrer sur son problème de consommation. Elle pourrait voir comme priorité d'avoir plus d'activités sociales, d'habiter dans un logement décent ou bien de s'inscrire à l'école avant de vouloir prendre en considération son problème, que le clinicien jugerait prioritaire, soit la consommation d'alcool. Il en va de même avec les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves.

Pour les utilisateurs de services, le rétablissement peut souvent se définir comme la capacité de rejoindre le reste de la population et de fonctionner de nouveau en l'absence de médication antipsychotique (Lieberman et al., 2002). Il arrive cependant que les utilisateurs de

services confondent rétablissement et guérison (Lieberman & Kopelowicz, 2002). Dans un tel cas, il est de la responsabilité des professionnels de la santé mentale de s'assurer qu'il y ait une distinction entre ces termes. Dès lors, il paraît nécessaire de modifier la perception des utilisateurs de services par rapport à l'usage prolongé de la médication antipsychotique. Une analogie peut être faite avec des problèmes chroniques de santé physique. Le concept de rétablissement associé à une maladie physique ou à une incapacité ne signifie pas que la souffrance a disparu, que tous les symptômes ont été enrayés et que le fonctionnement est complètement revenu à la normale (Anthony, 1993). Comme l'illustre Anthony (1993), les personnes dites rétablies suite à un problème cardiaque doivent quand même continuer à prendre une médication. Il en est de même d'une personne paraplégique qui peut se rétablir même si sa moelle épinière ne l'est pas.

Depuis quelques années, les utilisateurs de service sont de plus en plus sensibles à la notion de reprise du pouvoir d'agir (*empowerment*). C'est cette reprise de pouvoir qui est de plus en plus recherchée, plutôt que la disparition des symptômes et la guérison complète (Vigneault & Décary, 2009).

Définitions du rétablissement et termes connexes

Le terme rétablissement est parfois confondu avec différents autres termes lorsque l'on veut parler des processus succédant un épisode d'incapacité lié à une maladie mentale. Plusieurs chercheurs et cliniciens se sont penchés sur cette distinction mais encore aujourd'hui, les termes

traitement, réadaptation psychosociale, réadaptation psychiatrique et réhabilitation ne font pas l'unanimité dans la communauté scientifique. Ainsi, avant de définir le rétablissement proprement dit, il semble pertinent de clarifier ces autres concepts.

Traitement

Au Québec, le terme traitement fait référence à un moyen de réduire les causes et les symptômes de la maladie. Il inclut le traitement médicamenteux mais aussi les différentes thérapies qui peuvent être utilisées (Lalonde, 2007; Morissette, 1996). À la base, toutes les personnes qui se font poser un diagnostic de maladie, incluant la maladie mentale, ont accès à un traitement.

Réadaptation psychosociale et psychiatrique

Toujours au Québec, on entend par réadaptation un moyen qui permet de développer de nouvelles habiletés pour faire face à une invalidité et pour redonner les moyens d'agir en tenant compte des déficits et des capacités de la personne atteinte d'un trouble mental (Lalonde, 2007; Morissette, 1996). Il est à noter que le mot anglais *rehabilitation* se traduit par réadaptation en français.

Dans les années passées, une distinction était faite entre *réadaptation psychiatrique* et *réadaptation psychosociale*. Cette distinction, basée sur le modèle de réadaptation sociale (Flexer & Solomon, 1993) présentait la réadaptation psychosociale comme un ensemble de services qui

était séparé du traitement médical prescrit lors d'un trouble mental. Aujourd'hui, il est généralement admis que faire une distinction entre le traitement médical et les services psychosociaux offerts à la personne s'avère contre-productif (Drake, Becker, Bond, & Mueser, 1999).

Il existe une large variété de définitions de réadaptation psychiatrique. Une des définitions largement citées est celle de Anthony et ses collègues, qui voient la réadaptation psychiatrique comme un moyen « d'aider les personnes vivant avec des incapacités de nature psychiatrique à améliorer leurs habiletés pour bien fonctionner et à être satisfaites dans l'environnement de leur choix avec le moins d'interventions professionnelles possible » (Anthony, Cohen, & Farkas, 2002, p. 3).

Toutes les définitions de réadaptation psychiatrique se rejoignent sur ce point : la réadaptation psychiatrique est un service offert aux personnes atteintes de troubles mentaux qui vise à développer les capacités de ces personnes à vivre de façon autonome dans la communauté dans un environnement satisfaisant. Le principal but de la réadaptation est de mener au rétablissement (Corrigan et al., 2008).

Réhabilitation

Ce troisième concept est particulièrement nébuleux puisqu'il n'y a pas d'équivalent anglais à ce terme. On peut d'abord penser que le terme réhabilitation est un anglicisme utilisé à tort pour parler de réadaptation. Néanmoins, certains auteurs francophones (Barbès-Morin &

Lalonde, 2006; Lalonde, 2007) abordent tout de même le concept de réhabilitation. Pour eux, « la réhabilitation consiste à modifier les perceptions et les attitudes alimentées par les préjugés à propos des maladies mentales » (Barbès-Morin & Lalonde, 2006, p.532; Lalonde, 2007, p.183). Le concept de réhabilitation se voudrait donc une action sociale pour éliminer les barrières associées à la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux.

Rétablissement

Maintenant que ces termes ont été éclaircis, le concept de rétablissement peut être plus facilement introduit et compris. L'explication de ce terme complexe permettra d'ailleurs de mieux comprendre les résultats et les effets d'interventions visant le rétablissement à travers différentes études. Liberman et ses collègues (2002) semblent être les seuls à avoir proposé une définition opérationnelle du rétablissement de la schizophrénie. Les éléments de cette définition sont présentés au tableau 1, à la page suivante.

Tableau 1
Définition opérationnelle du rétablissement de la schizophrénie
(Lieberman et al., 2002)

Rémission des symptômes	Score de « 4 » ou moins (modéré) sur chacun des items correspondant aux symptômes positifs et négatifs sur le <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> pendant 2 années consécutives.
Fonctionnement vocationnel (occupationnel)	Au moins un emploi à temps partiel dans un secteur compétitif ou bien une présence à l'école au moins à temps partiel pour deux années consécutives. Si retraité, participation active dans des activités récréatives, familiales ou bénévoles.
Vie autonome	<p>Vie autonome sans supervision quotidienne pour la gestion financière, les courses, la préparation de repas, le lavage, l'hygiène personnelle ou bien pour des activités récréatives ou ludiques structurées.</p> <p>Être capable d'initier ses propres activités et de planifier son temps sans se faire rappeler par des tiers (famille, professionnels de la santé).</p> <p>Ces critères doivent être respectés, que la personne vive ou non au sein de sa cellule familiale, et doivent correspondre à ce qu'une personne de son âge est capable de faire.</p> <p>La personne est capable d'entretenir une relation cordiale avec sa famille ou des proches.</p>
Relation avec les pairs	Avoir, au moins une fois par semaine, une rencontre, une participation sociale, un repas, une activité récréative, une conversation téléphonique ou toute autre interaction avec un pair à l'extérieur de sa famille.

La définition de Liberman et collègues, obtenue par consultation de groupes témoins formés de chercheurs, professionnels et para professionnels de la santé mentale ainsi que de personnes souffrant de schizophrénie, tente d'harmoniser la définition du rétablissement (à travers les multiples définitions conceptuelles déjà existantes) en plus d'opérationnaliser ce concept, c'est-à-dire de le rendre mesurable. En effet, jusqu'à maintenant, la définition du rétablissement était très vaste et pouvait différer d'une étude à une autre, comme il a été mentionné précédemment. La définition opérationnelle pourra entre autres permettre la réplication d'études sur le rétablissement et de mieux mesurer les effets des interventions sur le rétablissement.

En analysant cette définition, on peut remarquer plusieurs éléments importants. D'abord, il est noté qu'il s'agit d'une définition multidimensionnelle. C'est un point auquel certains auteurs accordaient de l'importance pour avoir une vision globale (par exemple, McGlashan, 1984), mais qui ne fait pas nécessairement l'unanimité puisque certains auteurs préfèrent le fragmenter en différentes sphères de rétablissement (par exemple, rétablissement du fonctionnement social) (Lieberman et al., 2008). En second lieu, on peut constater que les symptômes peuvent encore être présents chez la personne souffrant de schizophrénie. Par contre, ces symptômes doivent être d'une intensité plutôt faible pour ne pas entraver le fonctionnement de la personne et l'empêcher d'atteindre des objectifs de vie autonome, de fonctionnement occupationnel et de relations avec les pairs. Toujours par rapport aux symptômes, ces derniers ne se limitent pas aux

symptômes positifs (hallucinations, idées délirantes, discours désorganisé) de la schizophrénie. Ceux-ci sont d'ailleurs souvent les premiers à diminuer et finissent pas avoir un faible impact sur le fonctionnement social et occupationnel de la personne (Lieberman et al., 2002). Les symptômes négatifs, l'anxiété et la dépression semblent beaucoup plus incapacitants que les symptômes positifs pour une personne qui est atteinte de schizophrénie (Lieberman et al., 2002), ce qui signifie qu'ils doivent être significativement estompés pour que l'on puisse parler de rétablissement, toujours selon cette même définition opérationnelle.

Néanmoins, certains problèmes persistent avec cette définition opérationnelle du rétablissement. Un des inconvénients, déjà rapportés par Lieberman et al. (2002), est que les critères du rétablissement sont sélectionnés de façon arbitraire. En effet, déjà en 1993, Anthony rapportait certains éléments desquels les personnes atteintes de troubles mentaux doivent aussi se rétablir. Il s'agit entre autres des éléments de stigmatisation qu'ils ont déjà intégrés à leur personne (ou auto-stigmatisation), des effets iatrogènes du traitement, du manque d'opportunité pour l'auto-détermination, des effets négatifs de l'incapacité d'obtenir un emploi de même que de leurs rêves brisés par la maladie (Anthony, 1993). On ne tient pas compte de ces éléments dans la définition opérationnelle.

Un autre problème est aussi soulevé par la définition opérationnelle générale du rétablissement. Puisque la schizophrénie est une maladie dont les symptômes et l'histoire en général sont hétérogènes d'une personne à une autre, le processus de rétablissement ne sera

pas le même pour tous, principalement parce que les besoins des personnes diffèrent. Certains auteurs (Lieberman et al., 2008) ont donc proposé d'utiliser le terme rétablissement dans une sphère précise, par exemple le rétablissement du fonctionnement social, du fonctionnement occupationnel, etc. Ce type de précision au niveau du rétablissement aurait l'avantage d'éclaircir le concept très vaste qu'est le rétablissement mais a le désavantage d'être plutôt limitatif.

Comme il est possible de le constater jusqu'à maintenant, il existe différents modèles pour expliquer le rétablissement. Deux modèles ressortent généralement dans la littérature, soit le rétablissement comme une fin en-soi (*outcome*) et le rétablissement comme processus. Le premier – rétablissement comme une fin – signifie que les symptômes, les problèmes dans le fonctionnement ainsi que les détériorations vécues par les personnes atteintes de troubles mentaux vont s'apaiser, ce qui permettra à la personne de vivre une vie personnelle satisfaisante. Le second modèle – rétablissement comme processus – vise à réintroduire des valeurs importantes comme l'espoir et le bien-être à l'intérieur du processus de rétablissement.

Il semble ici important de faire la lumière sur un certain point qui est en lien avec les deux principaux modèles de rétablissement. Dans sa définition opérationnelle, Liberman et al. (2002) parle de rétablissement de la schizophrénie (*recovery from schizophrenia*), ce qui fait référence au rétablissement comme étant une fin en soi. Pour être congruent avec l'analogie qui a été faite plus tôt avec une maladie physique, certains auteurs (Davidson, Schmutte, Dinzeo, & Andres-Hyman, 2008; Lieberman et al., 2008) proposent de modifier l'appellation rétablissement de la

schizophrénie pour la remplacer par rétablissement dans la schizophrénie (*recovery in schizophrenia*), ce qui rappelle davantage un processus. Cette distinction a l'avantage de laisser place à l'espoir, puisque ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de schizophrénie qui arriveront au rétablissement (ce qui serait surtout associé à la guérison de la maladie). Le rétablissement dans la schizophrénie est surtout vu comme un cheminement pour vivre avec la maladie.

De plus, Davidson et ses collègues (2008) appuient l'introduction du terme rémission de la schizophrénie (Davidson et al., 2008, p.6) proposée par la *remission working group* (Anderson et al., 2005). Selon ce groupe, la rémission est définie comme :

A state in which patients have experienced an improvement in core signs and symptoms to the extent that any remaining symptoms are of such low intensity that they no longer interfere significantly with behavior and are below the threshold typically utilized in justifying an initial diagnosis of schizophrenia.

(Anderson et al., 2005, p.441)

Un état dans lequel la personne ressent une amélioration dans les signes et symptômes centraux jusqu'au point où tous les symptômes persistants sont d'une si faible intensité qu'ils n'interfèrent plus de façon significative avec le comportement et se situent sous le seuil typiquement utilisé dans la justification du diagnostic initial de la schizophrénie.

[traduction libre] (Anderson et al., 2005, p.441)

En d'autres mots, si une personne a déjà présenté un état assez sévère pour nécessiter un diagnostic de schizophrénie et que cet état s'est amélioré au point qu'il ne justifie plus le diagnostic, cette personne peut dire qu'elle est en période de rémission. Les auteurs de cette

définition expliquent que la notion de rétablissement est comprise d'une manière impliquant un phénomène à long terme, nécessitant un effort soutenu, et requiert la capacité de fonctionner en communauté. On doit aussi valider l'absence de trouble organique lié à la psychopathologie. Il semblerait que le concept de rémission soit davantage en accord avec ce que vivent les personnes atteintes de schizophrénie de même que leur famille.

Pour le présent projet de recherche, la définition opérationnelle de Liberman et al. (2002), présenté au Tableau 1, sera retenue. Il est certain que cette définition n'est pas encore parfaite, mais elle semble la plus adéquate afin de pouvoir mesurer les progrès des participants dans le domaine du rétablissement. Par contre, le terme du rétablissement dans la schizophrénie sera retenu, puisque la présente étude est surtout transversale. Il serait impossible de voir le rétablissement comme une fin en soi dans ce contexte. De plus, voir le rétablissement comme processus pourra représenter davantage la réalité des personnes atteintes de ce trouble mental et permettra d'encourager un espoir réaliste. Finalement, la définition opérationnelle de Liberman et al. (2002) a l'avantage de définir clairement une perspective du rétablissement. Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, a décrit le rétablissement comme étant « la croyance dans les capacités des personnes à prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie » (MSSS, 2005, p.15). Cette définition, qui paraît large et peu précise, a par contre l'avantage d'être parfaitement compatible avec la définition opérationnelle retenue pour ce projet.

La thérapie d'acceptation et d'engagement : une troisième vague de thérapie comportementale inspirée de la pleine conscience

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) provient de nombreuses origines théoriques. Elle peut parfois s'apparenter aux thérapies cognitives, comportementales ou contextuelles et d'autres fois évoquer les thérapies humanistes, existentielles ou la gestalt. Dans cette section, les principaux aspects théoriques donnant naissance à l'ACT seront mis en lumière. Une brève rétrospective de l'historique des thérapies comportementales permettra d'abord d'inscrire naturellement l'ACT comme thérapie comportementale de troisième génération. La contribution des approches méditatives et spirituelles orientales à l'ACT sera ensuite abordée. Les liens avec le concept de pleine conscience (*mindfulness*) seront davantage explorés et clarifiés permettant de mieux situer l'ACT dans son contexte paradigmatique. Pour terminer, une rétrospective du cadre théorique de l'ACT sera effectuée, suivie des éléments centraux qui sont abordés à travers l'ACT.

L'historique de la thérapie comportementale

À l'origine, la thérapie comportementale, aussi connue sous le nom de thérapie comportementale, était une approche alternative aux traditions thérapeutiques prédominantes, comme l'était le courant psychanalytique, dans les années 50 à 80. La thérapie comportementale traditionnelle s'engageait à développer un traitement défini clairement, qui était basé sur des principes bien établis d'apprentissage et dont on pouvait mesurer les effets de façon empirique. À

la place de concepts cliniques vagues, comme ceux employés à l'époque par les cliniciens psychanalytiques, les thérapeutes comportementaux mettaient l'accent directement sur les manifestations de problèmes comportementaux et sur la manipulation des phénomènes associés (par exemple, le conditionnement répondant⁵ et le conditionnement opérant⁶) dans le but de réduire la sévérité ou d'éliminer un problème comportemental. Un exemple manifeste de l'utilisation faite du conditionnement opérant, qui a d'ailleurs fait ses preuves en psychiatrie dans les années 50 et 60 (Dickerson, Tenhula, & Green-Paden, 2005), est l'obtention de jetons (*token economy*) lors de l'adoption par le client d'un comportement jugé adéquat par le personnel soignant. Ces mêmes jetons pouvaient ensuite servir à obtenir un privilège ou un objet auquel le patient accordait de la valeur.

On peut dire que la thérapie comportementale était, à l'époque, enracinée dans la philosophie de promouvoir un « changement de premier ordre », c'est-à-dire un changement de

⁵ Aussi appelé conditionnement classique, ce concept a été mis en lumière par Ivan Pavlov au début du XXe siècle. Il s'agit d'un processus d'apprentissage dans lequel un stimulus neutre est associé de façon répétée à un stimulus inconditionnel de sorte que le stimulus neutre en vienne à susciter la même réponse que le stimulus inconditionnel (Stassen-Berger, 2000). Pour illustrer ce processus, Pavlov associait le son d'une cloche (stimulus neutre) à la nourriture (stimulus inconditionnel). Suite à cet « entraînement », son chien répondait de la même façon à la nourriture qu'au son de la cloche.

⁶ Connu aussi sous le nom de conditionnement instrumental, il s'agit d'un processus d'apprentissage à la suite duquel la probabilité d'apparition d'un certain comportement augmente en présence d'un renforçateur positif (événement agréable) ou négatif (suppression d'un stimulus désagréable à la suite d'un événement particulier) et diminue en présence d'une punition (Stassen-Berger, 2000). On doit principalement la recherche sur le conditionnement opérant au psychologue et chercheur américain B.F. Skinner.

comportements sans tenir compte de rien d'autre. Si un individu évitait les situations sociales, l'augmentation de la durée d'exposition à de telles situations et la diminution de l'anxiété qui y est associée étaient l'objectif principal à atteindre. Si des déficits comportementaux étaient apparents chez un individu, le but direct était de détecter la nature de ces déficits et d'y remédier par de l'entraînement précis.

Les théoriciens psychanalytiques s'inquiétaient du fait que de telles interventions ne travailleraient pas le problème du patient à sa racine mais serviraient seulement de moyen de substitution à un comportement inadéquat. Ces inquiétudes finirent par s'estomper devant les résultats intéressants qu'on associait aux interventions comportementales. Comparativement aux techniques disponibles à cette époque, l'utilisation de principes comportementaux pour effectuer des changements de premier ordre fonctionna très bien et la première vague de thérapie comportementale s'établit comme une approche clinique bien acceptée empiriquement. Mais quelque chose manquait encore. Autant l'analyse de comportements observés, que les théories qui en découlent avaient de la difficulté à traiter les problèmes liés à la pensée. Les interventions permettant de remédier à l'influence négative d'expériences personnelles vécues sur le comportement humain étaient aussi déficientes.

Dès le début des années 50, les méthodes cognitives firent graduellement leur apparition à travers des études de cas pour prendre en charge ces problèmes. Les premiers cliniciens-

chercheurs à s'intéresser aux méthodes cognitives avaient l'idée que la pensée devrait avoir un rôle beaucoup plus central dans l'analyse et le traitement de plusieurs problèmes psychologiques.

On attribue souvent la paternité de l'approche cognitive comportementale à Albert Ellis, qui, dès 1953, a développé ce type d'intervention sous le nom de psychothérapie comportementale, émotionnelle et rationnelle. Ellis décrit le modèle ABC⁷ du mal-être, qui est encore utilisé aujourd'hui dans ce type de thérapie. Cependant, aujourd'hui, le chef de file de l'approche reste surtout Beck, fondateur du *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*, qui forme, depuis plusieurs années, des cliniciens à la thérapie cognitive comportementale (TCC).

Aaron T. Beck fut donc, lui aussi, un des premiers chercheurs à s'intéresser à la thérapie cognitive. Initialement formé en psychanalyse, Beck tentait de faire la démonstration de la théorie de Freud et d'Abraham sur la dépression selon laquelle cette maladie mentale émergeait de la colère tournée contre soi (Lalonde, Aubut, & Grunberg, 2001). Au fil de ses recherches, il s'est aperçu que les thèmes récurrents des pensées de ces patients étaient plutôt la défaite que la colère, ce qui l'a amené à croire que ces personnes présentaient des difficultés dans le traitement de l'information. En agissant sur les croyances des gens dépressifs, il parvint à obtenir des résultats significatifs sur le rétablissement de cette clientèle. En utilisant ses méthodes auprès

⁷ A pour « Antecedents », soit l'événement déclencheur, B pour « Beliefs », c'est-à-dire les croyances rattachées à cet événement déclencheur et C pour « Consequences », qui sont les effets nuisibles rattachés à l'événement déclencheur (Ellis, 1962).

d'une clientèle variée, il fut en mesure de rapporter des résultats fructueux avec des personnes atteintes de schizophrénie dès 1952 (Beck, 1952).

Toujours à la même époque, diverses théories de la cognition commencèrent à surgir. À la base, on accordait du crédit au fait que les opérations de la pensée influençaient les croyances, les attitudes et les comportements. Une personne présentant un problème particulier avait sans doute des pensées particulières et nuisibles à son bien-être. Ces pensées étaient documentées et cernées directement, comme il en résultait lors d'utilisation des thérapies de génération précédente pour les problèmes comportementaux. Par exemple, les clients apprenaient à détecter les pensées irrationnelles et à les contester ; à prendre conscience des erreurs cognitives et à les corriger ; à extraire les croyances centrales et à les mettre à l'épreuve dans des expériences comportementales. Les modèles de recherche, comme celui sur le traitement de l'information, étaient parfois liés à la logique de la thérapie ainsi développée mais généralement, il s'agissait d'un supplément d'informations que l'on offrait à la personne traitée pour mieux comprendre son problème. En d'autres mots, les thérapeutes n'expliquaient pas le lien entre ce qui se passe chez une personne et la théorie qui avait été développée pour illustrer ce fonctionnement. Par exemple, pour une personne qui avait une difficulté à traiter l'information, qui se traduisait par des comportements violents et impulsifs, on ne faisait pas de lien avec une théorie qui proposerait des explications sur les raisons d'apparition de comportements violents et comment on pouvait théoriquement changer les choses.

Pour résumer, l'approche cognitive s'est construite d'une manière exploratoire, en gardant comme ligne directrice l'exploration des pensées et des croyances, de même que les conséquences de ces croyances, chez des personnes présentant des problèmes d'ordre psychologique. Par contre, la théorie soutenant cette approche avait souvent de la difficulté à expliquer les interventions et les techniques utilisées. En effet, les modèles théoriques utilisés ne permettaient pas de prédire les effets de la thérapie sur les changements perçus chez une personne.

Puisque l'exploration des pensées des gens semblait avoir du sens pour la majorité des chercheurs, on cessa quelque peu de se soucier des bases théoriques. Cette seconde vague de thérapie comportementale fragilisa l'idée originale que les interventions devraient émerger de principes scientifiques de base. Vint à la place une quasi-obsession pour les résultats d'études contrôlées randomisées (*randomized controlled trials - RCT*). Si un traitement conduisait à des résultats positifs dans une telle étude, on ne s'intéressait pratiquement pas à savoir pourquoi le traitement avait fonctionné, quels en étaient les ingrédients actifs, et encore moins à savoir quel était le lien entre ces résultats et les principes de base de la science. L'importance venait surtout des résultats. De plus, tandis que l'accent était davantage axé sur les processus cognitifs, l'objectif d'obtenir des « changements de premier ordre », utilisé par les thérapies comportementales, n'avait pas été modifié. Si un individu évitait les situations sociales, on ciblait les mêmes interventions que dans la thérapie comportementale, c'est-à-dire l'augmentation de la

durée d'exposition à ces situations et la diminution de l'anxiété associée à cette exposition. La seule différence décelable était d'inclure comme objectif le changement de pensées irrationnelles en lien à ce qui se produit dans ce type de situations.

Cette seconde génération de thérapie comportementale est maintenant utilisée depuis plus de 30 ans. Elle a eu un succès sans précédent si l'on se fie au nombre de protocoles développés sur la thérapie comportementale et cognitive et à la liste des traitements appuyés empiriquement (APA, 2004; Pfammatter et al., 2006). Cependant, il y a certains problèmes tenaces au niveau du contenu empirique et théorique qui créent le besoin de poursuivre le développement d'interventions cliniques basées sur des données empiriques. En premier lieu, le modèle théorique qui explique les interventions cognitives et comportementales ne semble pas pouvoir expliquer les changements qui surviennent lors de tests scientifiques. Plusieurs études sur la TCC ont pu le démontrer. D'abord, des chercheurs ont pu relever, dans des études d'amélioration de la condition clinique en lien avec la TCC, que les procédures que l'on pensait centrales à son succès étaient intégrées trop tard pour qu'on puisse les associer avec les bienfaits précoces qu'on lui attribuait (Ilardi & Craighead, 1999). La mesure de changements cognitifs échoue souvent à expliquer l'impact de la TCC (Burns & Spangler, 2001), particulièrement dans les études prévisionnelles d'issue de traitement (Bieling & Kuyken, 2003). L'analyse de composantes de la TCC a mené à la conclusion embarrassante « qu'il n'y aurait pas de bénéfices ajoutés à fournir les interventions cognitives en plus des composantes d'activations

comportementales et d'enseignement d'habiletés pour modifier les pensées automatiques dans la TCC » (Jacobson et al., 1996).

Ces constats incitent à innover. Depuis quelques décennies, de nouveaux modèles de traitement ont fait leur apparition et mettent davantage l'accent sur la fonction des pensées, des émotions, des souvenirs et des sensations problématiques plutôt que sur leur contenu, leur forme ou leur tendance. Ce « changement de second ordre » tente d'altérer la fonction de ces expériences humaines en mettant l'accent sur la construction d'interventions différentes comme contacter le moment présent, pratiquer la méditation et vivre en pleine conscience. Ici, il est important de mentionner que le but premier de ces nouvelles approches, qu'on appelle parfois approches de troisième vague, n'est pas de remplacer la TCC ni de l'améliorer. La raison pour laquelle ces nouvelles méthodes sont souvent comparées avec la TCC est que ce type d'interventions est le plus répandu et ce qui s'est révélé comme étant le plus efficace jusqu'à maintenant. Ainsi, la troisième vague de thérapies comportementales ne serait pas nécessairement meilleure que la seconde, elle ne serait que différente (Hayes, 2008).

La pleine conscience (mindfulness) : l'émergence d'un nouveau paradigme

La pleine conscience tire ses racines originales de la tradition bouddhiste ancestrale. D'après ses préceptes, l'éveil complet de la conscience est possible par la pratique de la méditation. Cet éveil se traduit particulièrement par l'attention dirigée sur le moment présent et la

prise de conscience de chaque moment de la vie, ce qui aurait pour effet de grandement réduire la souffrance morale qui est fluctuante chez l'être humain.

Dès le début du XXe siècle, quelques chercheurs du domaine de la psychologie s'intéressèrent à la spiritualité orientale. D'abord Freud (1961), brièvement, puis particulièrement Jung (1954). Ce dernier était captivé par les religions orientales et par le parallèle que l'on pouvait faire avec la psychologie occidentale. Dans les années 60 et 70, la méditation fut davantage étudiée dans différentes disciplines. Que ce soit des expériences sur l'éveil de la conscience par la méditation et la prise de substances psychotropes (Leary, Metzner, & Alpert, 1964) ou bien les effets de la méditation sur la réadaptation cardiaque (Benson, 1979; Benson & Klipper, 1976; Germer, Siegel, & Fulton, 2005), chaque personne retrouvait quelque chose de révolutionnaire dans la pratique de l'exercice méditatif.

Dans les années 80, quelques chercheurs continuèrent à s'intéresser aux bienfaits de la méditation. On retiendra entre autres Jon Kabat-Zinn (1990, 1994, 2003; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985) pour sa très grande implication à développer une approche basée sur la méditation de pleine conscience, d'abord dans le traitement de la douleur chronique puis dans la réduction du stress. Marsha Linehan (1993a, 1993b), quant à elle, s'intéressa à l'application de la pleine conscience dans le traitement des personnes souffrant de troubles de personnalité limite (borderline) à travers la thérapie dialectique comportementale.

Au fil des années, les modèles de compréhension théorique se raffinèrent et les études sur diverses approches axées sur la pleine conscience purent démontrer leur valeur empirique. C'est le cas entre autres de la thérapie dialectique comportementale et de la réduction du stress par la pleine conscience (Baer, 2003; Grossman, Nieman, Schmidt, & Walach, 2003) mais aussi de la thérapie cognitive de pleine conscience (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale, Segal, & Williams, 1995), de la prévention des rechutes (Marlatt & Gordon, 1985), la psychothérapie fonctionnelle-analytique (Kohlenberg & Tsai, 1991) et, bien entendu, de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 1999). Les chercheurs qui s'intéressent à ces nouvelles approches en parlent comme faisant partie de l'émergence de la troisième vague de thérapies comportementales.

Les innovations dans le domaine de la psychothérapie découlant des études conduites sur la pleine conscience sont de plus en plus rapportées dans la littérature scientifique. Il reste cependant beaucoup de travail et de recherches à effectuer pour mieux démontrer les fondements empiriques de ces approches et les élever au rang des meilleures pratiques (Öst, 2008). Certains auteurs mentionnent d'ailleurs qu'il n'est pas encore clair que ces nouvelles approches forment une troisième vague de thérapies comportementales. Ils relèvent que ces nouvelles façons de faire ne sont pas si différentes de ce qui existe actuellement (en faisant référence à la TCC) ou à d'autres types de thérapies déjà recensées (par exemple la thérapie de Morita) (Hofmann, 2008; Hofmann & Asmundson, 2008).

Les définitions de la pleine conscience

Plusieurs chercheurs et cliniciens se sont penchés sur la définition de la pleine conscience. Les premières définitions de la pleine conscience étaient davantage conceptuelles. On tentait d'expliquer quel est ce concept pour le différencier des approches spirituelles orientales. La première définition de pleine conscience, et celle qui est sans doute la plus largement répandue, revient à Kabat-Zinn (2003, p.145):

Mindfulness is the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgementally to the unfolding of experience moment by moment.

La pleine conscience est la conscience qui émerge à travers l'attention portée délibérément sur un sujet, dans le moment présent, sans porter de jugement sur l'expérience qui se déroule d'un moment à l'autre. [traduction libre]

Plusieurs autres auteurs ont présenté des définitions similaires à la pleine conscience. Ces autres définitions ne sont pas nécessairement plus claires, et on leur reprochait d'avoir plus d'affinités avec la psychologie profane qu'avec la psychologie comme discipline. Elles incluent 1) la conscience claire et unique de ce qui se passe autour de nous et en nous à des moments successifs de perception (Thera, 1972), 2) le maintien de la conscience active à la réalité présente (Hanh, 1999), 3) la capacité de diriger l'attention dans une direction par la pratique de la méditation, qui se définit par une auto-régulation de l'attention d'un moment à l'autre (Goleman & Schwartz, 1976), 4) le fait d'être parfaitement éveillé à tout ce qui surgit en soi et autour de soi, d'un instant à l'autre, à tout ce que nous voyons, entendons, ressentons ou pensons (Ricard,

2008), 5) le contrôle attentionnel (Teasdale et al., 1995), 6) amener consciemment l'attention sur les expériences vécues dans le ici-et-maintenant avec ouverture, intérêt et réceptivité (Harris, 2006) et 7) le maintien de l'attention complète d'une expérience à la base du moment présent (Marlatt & Kristeller, 1999). Enfin, d'un point de vue plus radical, on avance que le concept de pleine conscience ne peut être capté par les mots puisqu'il s'agit d'une expérience subtile et non-verbale (Gunaratana, 2002).

D'un point de vue empirique, il paraît difficile de prendre ces définitions afin de pouvoir mesurer l'évolution de la capacité de pleine conscience d'une personne au fil du temps. Afin de faire avancer les recherches sur la pleine conscience, certains chercheurs spécialisés dans ce domaine ont tenté de faire ressortir plus précisément le contenu d'activités de pleine conscience. Deux grandes recherches sur ce sujet ont tenté de faire le point sur la définition, lesquelles seront décrites dans les paragraphes suivantes.

D'abord, Baer (2003) a dirigé une revue de la littérature de différentes études déjà conduites sur la pleine conscience afin de déceler les concepts qui y sont rattachés. Le tableau 2, à la page suivante, ressort les principaux concepts recensés par Baer qui sont associés à la pratique de la pleine conscience.

Tableau 2
Concepts composant la pleine conscience selon Baer (2003)

Concept	Explication
Exposition	Suggère qu'une exposition prolongée à une sensation ou une pensée peut modifier la réponse émotionnelle qui en découle.
Acceptation	Propose de vivre des expériences complètement et sans défense, telles qu'elles sont.
Gestion de soi	L'auto-observation résultant d'entraînement à la pleine conscience promeut l'utilisation de stratégies adaptatives (<i>coping</i>) actives. Il s'agit donc ici d'éliminer l'évitement.
Changement cognitif	Repose sur la modification du schème de la pensée ou des attitudes en lien avec la pensée. Par exemple, l'observation sans jugement de la douleur et des pensées anxiogènes qui y sont associées amène à la compréhension de ces pensées plutôt qu'à la vérité ou la réalité et ne nécessite pas de s'en échapper ou de l'éviter.
Relaxation	Un état de relaxation peut être induit par la pratique de la méditation. Il s'agit cependant d'un « effet secondaire » de cette pratique et n'est pas un élément nécessairement recherché dans l'enseignement de la pleine conscience.

Indépendamment des travaux de Baer, une équipe de recherche conduite par Bishop (2004), a planché sur l'élaboration d'une définition opérationnelle de la pleine conscience. La définition suivante est issue de cette concertation :

We see mindfulness as a process of regulating attention in order to bring a quality of nonlaborative awareness to current experience and a quality of relating to one's experience within an orientation of curiosity, experiential openness, and acceptance. We further see mindfulness as a process of gaining insight into the nature of one's mind and the adoption of a de-centered perspective on thoughts and feelings so that they can be experienced in terms of their subjectivity (versus their necessary validity) and transient nature (versus their permanence).

Nous voyons la pleine conscience comme un processus de régulation de l'attention permettant d'amener une qualité de conscience non élaborative à l'expérience présente de même qu'une qualité de la mise en relation de l'expérience personnelle dans le cadre d'une orientation de curiosité, d'ouverture expérientielle et d'acceptation. Nous voyons de plus la pleine conscience comme un processus de gain d'introspection de la nature de la pensée de chacun et l'adoption d'une perspective décentralisée face aux pensée et, aux sentiments afin qu'ils puissent être expérimentés en termes de leur subjectivité (versus leur nécessaire validité) et de leur nature passagère (versus leur permanence) [traduction libre]

En d'autres mots, la définition de pleine conscience de l'équipe de Bishop comprend deux composantes principales qui sont et l'auto-régulation de l'attention et l'orientation sur l'expérience.

D'après ces auteurs (Bishop et al, 2004), l'auto-régulation de l'attention comprend trois éléments distincts qui sont: 1) l'attention soutenue, 2) la commutation et 3) l'inhibition des processus secondaires d'élaboration mentale. Le premier de ces éléments, l'attention soutenue, réfère à la capacité de maintenir un état de vigilance durant une période de temps prolongée. Par exemple, l'attention soutenue sur la respiration permet de maintenir l'attention ancrée dans le moment présent afin que les pensées, sentiments ou sensations puissent être détectés dès qu'ils surgissent à la conscience. Le second élément, l'habileté de commutation, consiste à rapporter

l'attention sur la respiration dès qu'une pensée, une sensation ou un sentiment a été reconnu. Cette habileté implique la flexibilité de l'attention afin qu'une personne puisse mettre l'accent d'un élément à un autre. Le dernier élément de cette dimension, l'inhibition des processus secondaires d'élaboration mentale, traduit la capacité qu'une personne développe à ne pas se perdre dans la rumination ou le flot de pensées qui pourrait découler d'une expérience de vie, ses origines, ses implications et les associations qui en suivent. Par exemple, un individu ayant acquis cette capacité serait capable de mettre un frein à la divagation de sa pensée lorsqu'il se concentre sur sa respiration et qu'il pense ensuite à sa petite amie puis à sa voiture, etc. Il serait en mesure de se rendre compte immédiatement qu'il se perd dans le flot de sa pensée et pourrait immédiatement revenir sur l'élément de départ occupant son attention.

Outre l'auto-régulation de l'attention, l'orientation sur l'expérience est la seconde composante du modèle de pleine conscience. Elle débute avec l'engagement à maintenir une attitude de curiosité face à l'endroit où l'esprit erre chaque fois qu'il s'éloigne de la respiration de même qu'une curiosité face aux objets qui entourent la personne à n'importe quel moment. Chaque pensée, sentiment ou sensation qui émerge de l'esprit est sujet à observation. De cette façon, une position d'acceptation est mise de l'avant à chaque moment. Ici, l'acceptation est définie comme étant l'ouverture expérientielle à la réalité du moment présent. De ce point de vue, la pleine conscience peut être conceptualisée comme un processus d'ouverture à l'expérience.

On peut donc faire une distinction entre les recherches de Baer (2003) et de Bishop et al. (2004). Les travaux de Baer semblent s'appuyer sur les résultats ou les effets de la pratique de la pleine conscience, tandis que pour Bishop et al., ce sont surtout les éléments du processus de pleine conscience qui ressortent, afin d'arriver à une opérationnalisation de ce concept.

Du concept de la pleine conscience à la thérapie d'acceptation et d'engagement

Bien que des chercheurs se soient penchés sur les composantes du processus de la pleine conscience de même que sur les résultats ou les effets d'une telle approche, la façon idéale d'y arriver est un peu moins claire aux yeux de la science. Depuis des millénaires, le seul moyen connu pour acquérir la pleine conscience est la méditation de pleine conscience (*mindfulness meditation*). Mais puisqu'on croit maintenant pouvoir opérationnaliser le concept de pleine conscience, il pourrait être tentant pour certains chercheurs de développer des thérapies qui développeraient les éléments propres à la pleine conscience, en fonction de la définition opérationnelle, pour ensuite les valider empiriquement.

À ce niveau, Hayes & Shenk (2004) nous mettent en garde. Ils croient important de se pencher plus profondément sur la question de la définition opérationnelle de pleine conscience et d'éviter à tout prix une multiplication d'études visant à obtenir comme résultat des effets de pleine conscience sans avoir recours à la méditation. Cela reviendrait à reproduire un problème similaire à celui de la thérapie cognitive comportementale, soit de ne mettre l'accent que sur les études contrôlées randomisées plutôt que sur la théorie. L'ACT, de même que la thérapie dialectique

comportementale (TDC) (Linehan, 1993a) emploient des techniques qui, selon la définition de Bishop et al. (2004), sont des techniques de pleine conscience. Il est vrai qu'il existe une grande similarité entre le concept de la pleine conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement. Pour être prudent, tout ce qui s'appelle pleine conscience devrait comporter des exercices de méditation et tout ce qui n'en comporte pas, n'en serait pas.

Ainsi, on pourrait dire que l'ACT cultive certains éléments de pleine conscience (des techniques de pleine conscience, si on fait référence au modèle de Bishop et al., 2004), qu'elle s'en inspire, mais qu'il est encore trop tôt pour dire que l'ACT est réellement une thérapie de pleine conscience.

L'ACT et le rétablissement

Comme nous l'avons vu précédemment, différentes approches ont démontré un effet significatif sur le rétablissement de troubles mentaux graves. Mais qu'en est-il des effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement? Dans cette section, une revue de la littérature sur l'ACT et les troubles psychotiques sera d'abord présentée. À la vue des résultats déjà obtenus dans ces études, l'auteur présente les différents liens qui peuvent se tisser entre le modèle de rétablissement proposé plus haut et le modèle ACT.

Revue de la littérature : ACT et troubles psychotiques

Les études sur les effets de l'ACT auprès de divers troubles mentaux sont de plus en plus nombreuses (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). D'ailleurs, plusieurs ouvrages ont été publiés sur l'utilisation de l'ACT auprès de populations spécifiques, que ce soient les personnes présentant un trouble anxieux (Eifert & Forsyth, 2005), un stress post-traumatique (Walser & Westrup, 2007), une dépression (Zettle, 2007) ou même de la douleur chronique (Dahl, Wilson, & Luciano, 2005). Cependant, très peu de chercheurs s'intéressent à l'utilisation de l'ACT auprès d'une population présentant des troubles psychotiques. À ce sujet, seulement deux études randomisées qui utilisent l'ACT auprès de cette population ont été recensées. Il s'agit des études de Bach et Hayes (2002) et de Gaudio et Herbert (2006). Les principaux résultats de ces études sont présentés ci-dessous.

La première étude randomisée utilisant l'ACT auprès d'une population souffrant de troubles psychotiques a été effectuée par Bach et Hayes (2002). Elle a été conduite auprès de 80 personnes présentant des symptômes positifs de psychose. Les participants étaient sélectionnés au hasard pour faire partie du groupe expérimental ou du groupe contrôle. Les participants du groupe expérimental ont eu droit à quatre rencontres de thérapie d'acceptation et d'engagement d'une durée de 45 à 50 minutes chacune en plus du traitement habituel (TAU). Les participants du groupe contrôle n'ont eu droit qu'au traitement habituel. Cette étude a démontré que les patients du groupe expérimental ont rapporté avoir davantage de symptômes

psychotiques tout en ayant une croyance plus faible dans la véracité de leurs hallucinations ou délires, de même qu'un taux de réhospitalisation plus faible que les personnes du groupe contrôle, sur une période de quatre mois. Les composantes de chacune des quatre rencontres de thérapie d'acceptation et d'engagement utilisées dans cette étude sont similaires à celles utilisées dans la présente étude pré-expérimentale.

L'étude de Gaudio et Herbert (2006) s'est déroulée auprès d'une population de 40 adultes hospitalisés pour des symptômes psychotiques. Les participants sélectionnés pour l'étude ont été divisés en deux groupes : le groupe contrôle recevant le traitement habituel de l'unité de traitement et le groupe expérimental recevant le traitement habituel en plus de rencontres d'ACT. En moyenne, les participants du groupe expérimental ont assisté à trois rencontres de une heure de l'ACT en individuel. Les résultats de cette étude démontrent que le groupe ayant participé à la thérapie d'acceptation et d'engagement, une fois leur congé médical obtenu, présentait une amélioration significative au niveau des symptômes affectifs. Ils présentaient moins de déficits sociaux et moins de détresse associée aux hallucinations que les participants du groupe contrôle. De plus, les participants ayant bénéficié de l'ACT ont eu un taux réduit de réhospitalisations comparativement au groupe contrôle. Les résultats de cette étude sont donc similaires à ceux recueillis par Bach et Hayes (2002). Ces études portent à croire que la thérapie d'acceptation et d'engagement peut s'avérer efficace dans le traitement des troubles psychotiques.

Cadre de référence

Le cadre de référence de ce projet de recherche est composé de deux modèles conceptuels. Dans cette section, nous verrons d'abord le modèle explicatif du rétablissement tel que proposé par Liberman et ses collègues (2002). Ainsi, les différents facteurs associés au rétablissement social et symptomatique seront décortiqués pour bien comprendre la nature du modèle et éventuellement en identifier les liens qui pourraient être effectués avec la thérapie d'acceptation et d'engagement. Le second modèle présenté est celui soutenant la thérapie d'acceptation et d'engagement, tel que présenté par Hayes et Strosahl (2004). Les différents concepts qui composent ce modèle seront alors expliqués. L'interaction susceptible de se produire entre les deux modèles viendra clore la présente section.

Le modèle de rétablissement

Il existe différents facteurs susceptibles d'influencer le rétablissement. Afin que ces facteurs puissent être mieux intégrés aux éléments retenus dans la définition opérationnelle mentionnée dans la section traitant du contexte théorique, Liberman et ses collègues (2002) ont construit un modèle théorique de rétablissement, dont une traduction française réalisée par l'auteur de ce mémoire est présentée à la figure 1. Par la suite, ces différents facteurs seront décortiqués pour qu'on puisse en comprendre l'essence.

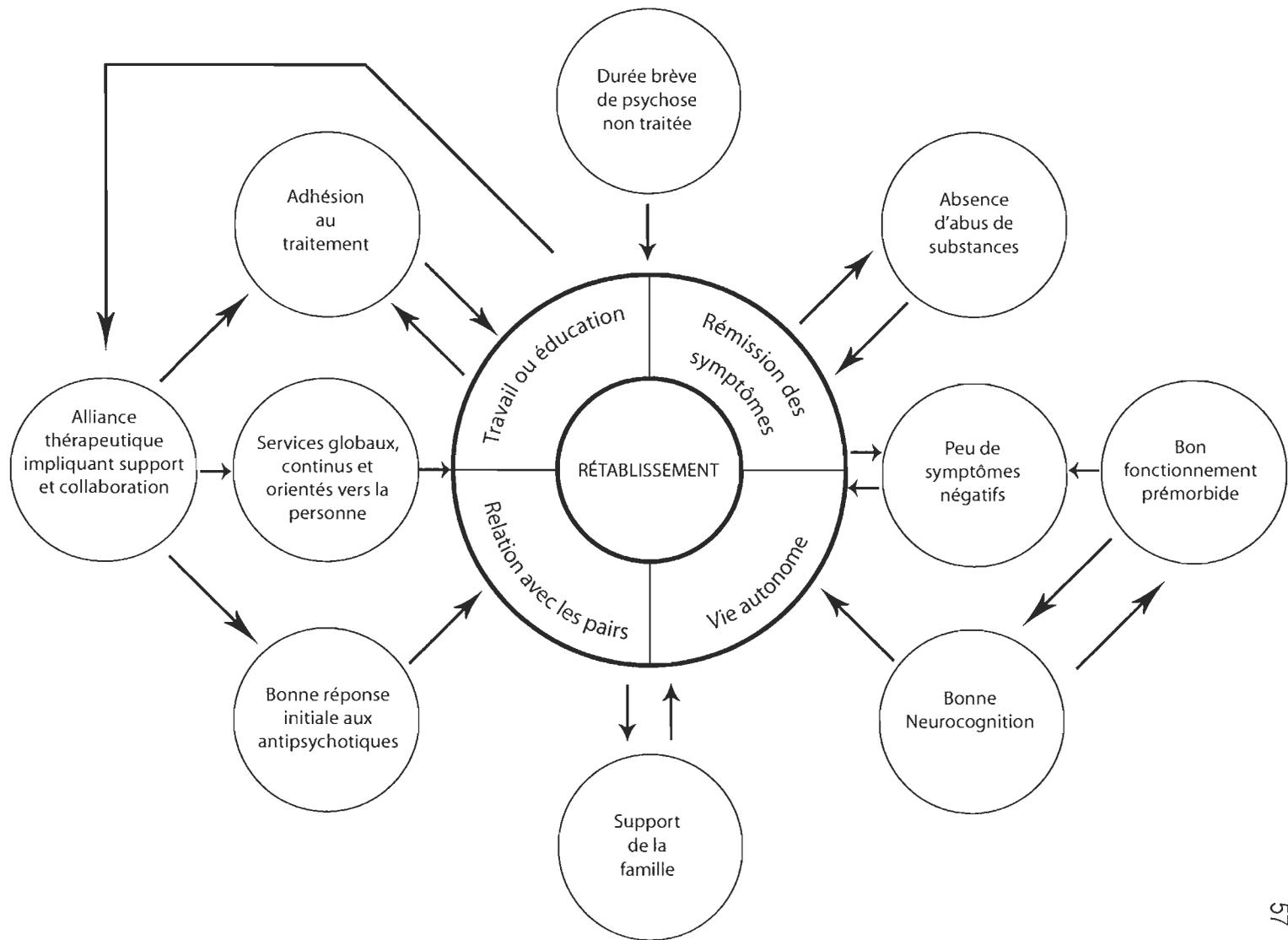


Figure 1: Modèle de rétablissement (Lieberman et al., 2002) [Traduction libre]

Facteurs familiaux

Les stressseurs familiaux peuvent avoir un certain impact sur le rétablissement. Cependant, cette supposition n'a pas été directement vérifiée. Certaines études se sont par contre penchées sur le fonctionnement des familles de personnes atteintes de schizophrénie. Ces études reflètent qu'un haut niveau d'émotions exprimées (c'est-à-dire une attitude de critique et de surprotection ou d'intrusion de la part des proches de la personne atteinte de schizophrénie) est un puissant prédicteur de rechute (Butzlaff & Hooley, 1998; Vaughn & Leff, 1976).

Les recherches sur les émotions exprimées ont permis de développer différentes stratégies d'interventions pour les familles. Dans les deux dernières décennies, plusieurs interventions familiales ont été validées empiriquement. Ces interventions permettent entre autres d'améliorer la communication, d'enseigner des méthodes de résolution de problèmes et de favoriser l'acquisition de stratégies d'adaptation (*coping skills*). De plus, les personnes souffrant de troubles mentaux qui participent à ce type d'intervention présentent une amélioration significative du fonctionnement social et nécessitent aussi une plus faible dose de médication antipsychotique (Barrowclough & Tarrier, 1998). Ces études sur les interventions familiales permettent d'arriver à différentes conclusions. D'abord, le soutien familial permet de susciter des attentes réalistes face à l'amélioration du fonctionnement et donne un renforcement face aux progrès de la personne malade, ce qui est un facteur critique dans l'évolution à long-terme de la schizophrénie (Falloon, Held, Cloverdale, Roncone, & Laidlaw, 1999). Aussi, toutes ces interventions aident à réduire l'intensité des émotions exprimées de même que le stress familial,

ce qui mène à une réduction du taux de rechute et une diminution des hospitalisations subséquentes, favorisant inévitablement le rétablissement.

Abus de substances

La consommation de substances psychoactives est un véritable fléau pour les personnes atteintes de schizophrénie. Malheureusement, on rencontre de plus en plus de gens qui sont aux prises avec une double problématique de consommation de substances et de troubles mentaux graves. Déjà en 1990, la célèbre étude de l'*Epidemiologic Catchment Area* (ECA) (Regier et al., 1990) relatait que la prévalence à vie d'abus de substances parmi les personnes atteintes de schizophrénie était de 47%. Il y a fort à parier que ce pourcentage n'a pas régressé avec le temps. Au Québec, aucune étude similaire n'a été conduite mais plusieurs chercheurs et cliniciens s'entendent pour dire qu'en général, 33 à 50% des personnes atteintes de troubles mentaux graves présentent ou ont déjà présenté un trouble d'abus de substances (Vincent, Gagné, & Thérien, 2001).

Les personnes atteintes de schizophrénie qui abusent de substances psychoactives sont connues pour présenter certaines difficultés. D'abord, elles répondent moins bien au traitement aux neuroleptiques si l'abus de substances précède l'apparition des symptômes et le diagnostic de schizophrénie (Bower, Mazure, Nelson, & Jatlow, 1990). Ces personnes ont tendance à ne pas se présenter à leurs consultations médicales. Elles ont aussi des rechutes plus fréquentes qui nécessitent une hospitalisation (Swafford, Kasckow, Scheller-Gilkey, & Inderbitzin, 1996) et sont davantage symptomatiques lors de celles-là (Tsuang, Simpson, & Kronfol, 1982). En général, ces

personnes présentent un niveau précaire de fonctionnement social et leur pronostic de rétablissement est faible (Lieberman et al., 2002).

Un certain nombre de facteurs peuvent contribuer aux conséquences négatives de l'interaction entre la consommation de substances psychotropes et la schizophrénie. Les personnes atteintes de la maladie pourraient arrêter de prendre leur médication par peur d'interaction négative entre la drogue et leur médication, ou bien parce que l'abus d'alcool et de drogues interfère avec leur mémoire. Certaines personnes ne se présentent pas à leur consultation médicale ou à leur programme de traitement si elles sont sous l'effet d'une substance. L'abus de substances chez les personnes atteintes de schizophrénie entraîne une certaine diminution de ressources (capacité d'avoir un emploi, un logement, etc.) comparativement aux personnes aussi atteintes de la maladie mais qui ne consomment pas. Ce manque de ressources rend l'adhésion au traitement difficile, même si la motivation est présente.

Il semble donc plutôt clair que les problèmes liés à l'utilisation de substances assombrissent le portrait du cours de la maladie (Corrigan et al., 2008).

Durée des symptômes psychotiques non traités

La durée des symptômes psychotiques non traités fait référence à la période de la maladie où le prodrome n'est pas clairement identifié comme menant à une psychose. Certaines études ont démontré que la longueur de la période séparant l'apparition de ces symptômes du traitement pharmacologique a une influence sur les perspectives de rétablissement. Plus cette

période est longue, plus faible est le rétablissement (Crow, 1986; Helgason, 1990; Jablensky et al., 1992; Loebel et al., 1992; Malla et al., 2002).

Il semble par contre difficile de démontrer la relation causale qui existe entre la durée de la psychose non traitée et le rétablissement. En effet, certains facteurs qui influencent la consultation précoce peuvent aussi influencer le rétablissement. C'est entre autres le cas du réseau de soutien social de la personne qui peut favoriser la consultation précoce (McGlashan, 1996). C'est aussi le cas de la prédominance des symptômes. Une personne qui présente une grande perturbation dans le fonctionnement social risque d'alerter davantage les services de santé qu'une personne dont les symptômes sont plus discrets. En outre, on peut croire que la détection précoce du trouble mental favorise par la suite le rétablissement.

Réponse initiale aux neuroleptiques

Quelques études ont démontré que l'amélioration des symptômes ainsi que l'absence d'effets dysphoriques subséquents au traitement neuroleptique prédisent des effets positifs sur le rétablissement dans les semaines ou les mois suivants (Awad & Hogan, 1985; May, Van Putten, & Yale, 1980). La réponse rapide et efficace des neuroleptiques chez certains patients pourrait être associée au niveau de sévérité neuro-développemental du trouble (Klimke, Klieser, Lehmann, & Miele, 1993). En général, les chercheurs s'entendent pour dire qu'une réponse rapide aux neuroleptiques favorise l'adhésion à un traitement à long terme, qui favorise lui-même le rétablissement (Lieberman et al., 2002).

Cependant, il existe une très grande ambiguïté lorsque l'on aborde le sujet de la médication, particulièrement l'efficacité de ces derniers et l'utilisation qui en est faite. Tout d'abord, la littérature anglophone fait une distinction en ce qui a trait à l'efficacité de ces substances. Le terme *efficacy* fait référence à l'efficacité de la médication dans des circonstances contrôlées par rapport à l'utilisation d'un placebo. C'est cette efficacité qui est mesurée par les compagnies pharmaceutiques pour avoir l'aval des instances gouvernementales (La *Food and Drugs Administration* [FDA] aux États-Unis et Santé Canada au Canada) avant de commercialiser leurs produits. En français, on parle simplement d'efficacité. Un traitement est donc efficace s'il atteint le but visé sans égard aux coûts (MSSS, 1997). L'*effectiveness*, quant à elle, fait référence à l'efficacité de ces mêmes substances dans le monde réel, soit quand les circonstances d'administration et d'utilisation ne sont pas contrôlées. En français, ce terme est traduit par efficience, qui établit un rapport entre l'efficacité d'un service et les dépenses engagées pour le produire (MSSS, 1997).

Pour avoir une idée de l'efficacité (*efficacy*), Corrigan et ses collègues (2008) rapportent une étude longitudinale dans laquelle on comparait l'efficacité d'antipsychotiques par rapport à des placebos auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Il est ressorti de cette étude que 70% des personnes atteintes de schizophrénie qui utilisaient le placebo avaient vécu une rechute comparativement à 35% pour celles qui utilisaient l'antipsychotique. Bien que les résultats varient considérablement d'une étude à l'autre, il est généralement admis que le ratio d'efficacité de la médication par rapport au placebo se situe entre 2:1 et 3:2 (Corrigan et al., 2008). D'autres études, citées par les mêmes auteurs, rapportent que la médication est efficace pour 70% des

personnes lorsqu'elle est prise correctement. Pour les 30% restant, il n'existe que très peu d'information disponible. Aussi, il est surprenant de constater qu'il existe encore moins d'études qui tentent de démontrer l'efficacité des combinaisons de médicaments, qui sont pourtant très fréquentes dans le traitement des troubles psychotiques.

Donc, il est déjà connu que 30% des personnes atteintes de troubles mentaux qui prennent leur médication correctement dans des circonstances contrôlées n'en ressentent aucun effet, pour des raisons que l'on ignore encore. Mais qu'en est-il de l'efficacité des médicaments lorsque les circonstances ne sont pas contrôlées? Il semble maintenant évident que la médication est considérablement moins efficace dans le contexte de la vie quotidienne que dans le un contexte d'étude contrôlée (Corrigan et al., 2008). Ainsi, l'efficienc est sûrement moindre que son efficacité, car pour avoir une bonne efficacité de la médication, certaines circonstances entourant son administration doivent être mises de l'avant. Pour cette raison, il est essentiel de continuer à tenter de comprendre quelle est l'efficacité de la médication dans le « vrai monde ». Une plus large compréhension de l'efficienc de ces substances permettrait de mieux aider les personnes souffrant de schizophrénie à gérer leurs symptômes de manière efficace.

À ce niveau, il paraît important de citer le groupe qui a réalisé la plus grande étude jamais conduite sur l'efficacité des antipsychotiques, soit la *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* (CATIE), mise de l'avant par le *National Institute of Mental Health* (NIMH) (Lieberman et al., 2005). Cette étude aléatoire à double insu, conduite sur une période de 18 mois, tentait de comparer l'efficacité de différents antipsychotiques atypiques utilisés couramment.

Ce qui en est ressorti est que 74% des participants ont dû abandonner l'étude pour diverses causes, notamment en raison des nombreux effets secondaires ou bien de l'inefficacité de la médication. Ces conclusions portent à croire que la grande majorité des personnes qui se font prescrire des antipsychotiques n'y voient pas un avantage immédiat ni une amélioration de leurs symptômes, ce qui les poussent à changer ou arrêter complètement leur médication. D'après cette étude, on pourrait croire qu'une réponse rapide aux antipsychotiques semble plutôt rare, ce qui donne une raison de plus de développer des traitements autres que médicamenteux pour amoindrir la souffrance des personnes atteintes de troubles psychotiques.

Adhésion au traitement

La non-observance des traitements prescrits reste un problème important pour plusieurs personnes atteintes de troubles psychotiques. C'est particulièrement le cas chez les jeunes adultes souffrant d'un premier épisode psychotique chez qui l'adhésion aux traitements pharmacologique et psychosocial est particulièrement basse (Cramer & Rosenheck, 1998; Lecomte et al., 2008). Des études ont démontré que la non-observance au traitement pharmacologique et psychosocial peut entraîner divers problèmes : des rechutes menant à l'hospitalisation (Koch & Gillis, 1991; Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum, & Knight, 2002), un faible niveau de fonctionnement social et de relations interpersonnelles (Killaspy, Benerjee, King, & Lloyd, 2000), un impact sur l'utilisation de drogue et d'alcool (Olfson et al., 2000), une augmentation de la fréquence de comportements violents et d'activités criminelles ainsi qu'une

atteinte à la qualité de vie en général (Coldham, Addington, & Addington, 2002; Weiden, Olfson, Essock, & Blackwell, 1997).

Il serait faux de croire que le respect du traitement médicamenteux enrayerait systématiquement les rechutes. Des études ont pu démontrer que le taux de rechutes dans la schizophrénie reste substantiellement élevé même quand la personne adhère au traitement (Schooler, 2003). Il est vrai que diverses interventions sont susceptibles d'améliorer l'adhésion au traitement. Ce serait entre autres le cas d'interventions psychoéducatives auprès des familles de personnes atteintes de troubles psychotiques (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010; Pilling et al., 2002), de même que d'interventions de résolution de problème, d'entrevue motivationnelle et l'adoption de comportements pratiques pour ne pas oublier la médication (par exemple, mettre ses médicaments près de sa brosse à dents) (Corrigan et al., 2008; Mueser et al., 2002; Zygmunt, Olfson, Boyer, & Mechanic, 2002).

Mais avant tout, il semblerait très pertinent que la personne qui reçoit le traitement prescrit soit en accord avec ce dernier. C'est ce qui est communément nommé la *prise de décision partagée* (*shared decision making*). Il s'agit là du premier pas que la personne atteinte de trouble mental doit faire pour prendre en charge sa santé, puis sa vie. En effet, pourquoi quelqu'un qui se voit prescrire un médicament qui ne lui apporte que des effets secondaires insupportables continuerait-il à prendre cette médication juste parce que son médecin lui demande? Si la personne est bien informée des avantages et des désavantages de son traitement et si cette même personne ressent une bonne collaboration de son médecin dans son

traitement, il est plus que probable que cette personne respectera le traitement qu'elle a choisi. Pour cette raison, certains cliniciens tentent de laisser tomber le concept de non-adhésion au traitement (Corrigan et al., 2008). Ce terme implique qu'il y ait un prescripteur autoritaire, le psychiatre, et un receveur passif, le patient. Or, si la décision du traitement est partagée entre le médecin et le patient alors, on devrait plutôt parler de non-concordance, c'est-à-dire qu'il y a une mauvaise entente entre les collaborateurs. L'alliance thérapeutique collaborative semble donc être une des pierres angulaires pour avoir une concordance dans le traitement, et plus particulièrement pour que ce même traitement devienne efficace.

Thérapie de soutien avec alliance thérapeutique collaborative

Les différentes études qui ont examiné le rôle de la psychothérapie dans la vie des personnes atteintes de schizophrénie ont rapporté que leur relation avec leur psychiatre, leur thérapeute et leur équipe de traitement était essentielle à l'amélioration de leur condition (Dingman & McGlashan, 1989; Gunderson, 1978; Lamb, 1988). Les thérapies de soutien sont souvent considérées comme un fondement nécessaire pour fournir différents types de traitement ou pour promouvoir le changement pour ainsi annoncer un meilleur rétablissement (Frank & Gunderson, 1990; Kopelowicz, Corrigan, Wallace, & Liberman, 1996). Les thérapies de soutien ne sont pas des interventions non-spécifiques ou des discussions informelles réalisées en cabinet. Elles sont plutôt des rencontres ponctuelles structurées qui peuvent viser un ou plusieurs objectifs favorisant la réadaptation (par exemple accroître l'estime de soi, prévenir la détérioration de l'état mental, favoriser la motivation, etc.) (OIIQ, 2003). Leur efficacité semble médiatisée par un

spectre d'implication personnelle et de beaucoup d'efforts de la part du psychiatre ou du thérapeute (ce qui inclus l'infirmière), qui est capable de développer une alliance thérapeutique et une relation avec la personne malade et les membres de sa famille, qui sont souvent confrontés à une passivité considérable, un manque d'introspection ou à de la non-coopération lors du développement d'une telle relation.

L'importance du développement d'une relation thérapeutique empreinte d'empathie et de confiance est rapportée par plusieurs cliniciens et chercheurs. Bordin (1979) a proposé la définition d'alliance thérapeutique comme étant le produit d'un lien émotionnel et de la collaboration entre le clinicien et la personne malade. Leclerc (2008, p. 904) commentant cette définition, rapporte qu'elle « souligne l'importance de l'harmonie, de la collaboration et de l'interdépendance entre le client et l'intervenant pour contrer la détresse et les comportements inadaptés ». Il paraît ainsi inévitable qu'une telle alliance soit créée entre le clinicien et la personne souffrant de schizophrénie pour optimiser le rétablissement.

Facteurs neurocognitifs dans la prédiction du rétablissement

Le fonctionnement neurocognitif est connu pour être souvent corrélé avec l'apprentissage social chez les personnes atteintes de schizophrénie. Par exemple, les mesures de la mémoire de travail, de la vigilance et du traitement de l'information font partie des meilleurs éléments prédictifs du fonctionnement au travail après un an de traitement externe pour jeunes adultes présentant un épisode de schizophrénie (Nuechterlein et al., 1999). Des revues de la littérature ont pu démontrer que des facteurs neurocognitifs spécifiques (par exemple mémoire verbale,

vigilance) sont associés avec le fonctionnement d'une personne dans trois sphères : fonctionnement en communauté, résolution de problèmes sociaux et acquisition de compétences sociales (Green, 1996).

Une des avenues prometteuses pour le rétablissement de la schizophrénie provient des antipsychotiques atypiques qui, en raison de leurs effets salutaires sur la neurocognition et leur faible effet neurotoxique, permettent aux personnes atteintes de schizophrénie d'avoir une meilleure adhésion au traitement médicamenteux et d'être ainsi plus actives dans leur processus de réadaptation.

Présence de symptômes négatifs dans la prédiction du rétablissement

Un des éléments qui revient fréquemment dans les recherches sur la schizophrénie est la présence de symptômes négatifs et leurs effets néfastes sur le rétablissement. Ces effets se font particulièrement ressentir lorsque l'on aborde les sujets de détérioration cognitive, des incapacités sociales et des difficultés dans la sphère de l'emploi (Buchanan & Gold, 1996; Davidson & McGlashan, 1997; Glynn, Mueser, & Tarrier, 1998; Pogue-Geile & Harrow, 1987). Par exemple, les effets à long-terme dans le domaine de l'hospitalisation, de l'embauche et du fonctionnement social étaient significativement plus faibles chez les personnes présentant un syndrome de déficit comparativement à celles qui n'en présentaient pas dans le *Chesnut Lodge Follow-Up Study* (Fenton & McGlashan, 1994).

Le fonctionnement social et vocationnel peut être particulièrement influencé par les symptômes négatifs. En effet, ces symptômes (alogie⁸, avolition⁹, affect plat¹⁰) sont définis comme des déficits dans les comportements par rapport au fonctionnement normal (Corrigan et al., 2008). Le niveau de symptômes négatifs a été empiriquement corrélé avec le niveau de dysfonctionnement social et vocationnel chez les personnes présentant un épisode récent de schizophrénie (Johnstone, MacMillan, Frith, Benn, & Crow, 1990; Van Der Does, Dingemans, Linszen, Nugter, & Scholte, 1993) de même que chez les personnes souffrant de schizophrénie résiduelle (Lysaker & Bell, 1995; Morrison, Bellack, Wixted, & Mueser, 1990). Bien que de l'entraînement intensif aux habiletés sociales puisse avoir des effets durables et substantiels sur les symptômes négatifs secondaires (c'est-à-dire les symptômes qui apparaissent au fil du temps et qui deviennent persistants), il n'y a pas de médication ou de traitement psychosocial dont l'efficacité ait été documentée jusqu'à présent pour surmonter le syndrome de déficit. Par contre, il semblerait important pour les cliniciens de développer des stratégies d'intervention afin de sensibiliser les personnes atteintes de schizophrénie à ce type de symptômes. En effet, selon Andreasen (1982a, 1982b), les malades eux-mêmes ne remarquent pas leurs symptômes négatifs la plupart du temps.

Historique prémorbide dans la prédiction du rétablissement

Des résultats d'études avec suivi à long-terme s'intéressant au fonctionnement chez les personnes atteintes de schizophrénie appuient le fait que la détérioration de l'état général se

8 Incapacité d'employer la parole pour s'exprimer.

9 Absence de volonté.

10 Affect caractérisé par l'absence d'émotion dans l'expression faciale.

produit généralement dans les premiers mois ou les premières années suivant l'apparition des symptômes. Cette détérioration est suivie par un plateau dans le fonctionnement auquel peut succéder une amélioration, ou non, dans le cours de la maladie (Davidson & McGlashan, 1997; McGlashan, 1988; Robinson et al., 1999). Il paraît difficile de dire quelle est la proportion des personnes atteintes de schizophrénie qui vont se rétablir, particulièrement en raison de la très grande hétérogénéité des conséquences de la maladie chez les personnes qui en souffrent (Davidson & McGlashan, 1997).

Certains facteurs dans l'histoire personnelle de la schizophrénie sont plus particulièrement associés à un moins bon rétablissement. Il s'agit entre autres du sexe masculin, de l'apparition précoce d'un premier épisode, d'une apparition insidieuse de la maladie, de mauvaises expériences antérieures au travail, d'un faible niveau prémorbide d'adaptation sociale et d'une longue période de prodrome. Il semblerait par contre que le fonctionnement social à l'état prémorbide soit un des indicateurs primordiaux du rétablissement. Effectivement, le pronostic de rétablissement est beaucoup plus important chez les personnes ayant un plus haut niveau d'adaptation à l'école, au travail et dans leurs relations avec les pairs (Wolkow & Ferguson, 2001).

Jusqu'à maintenant, l'entraînement aux habiletés sociales a été le meilleur traitement pour améliorer les fonctions déficitaires associées au fonctionnement prémorbide (Heinssen, Liberman, & Kopelowicz, 2000)

Accès à un traitement global, coordonné et continu

La contribution d'un traitement continu, global, coordonné et orienté vers la personne dans le rétablissement de la schizophrénie a été démontrée dans une étude longitudinale américaine (DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1995a, 1995b). On tentait de comparer des personnes recevant leur traitement dans l'état du Vermont et celui du Maine. À la base, les deux états avaient un système de traitement différent. Le Vermont a développé un système de traitement accessible et flexible pour répondre aux besoins des personnes atteintes de schizophrénie dès les années 1960 mais pas le Maine. Aux fins de l'étude, des personnes suivies dans ces deux états ont été appariées entre eux en fonction de leur âge, de leur niveau d'éducation, de facteurs sociodémographiques et de la durée et sévérité de la maladie en début de traitement. Dans cette étude, le rétablissement était défini comme étant une rémission de symptômes psychotiques et un score de 70 sur le *Global Assessment Scale* (APA, 2000). De manière générale, le rétablissement était deux fois plus grand au Vermont qu'au Maine. Ces résultats ont entre autres été associés avec un mode de traitement global, coordonné et continu. D'autres études sur ce sujet ont démontré des résultats similaires (Goldstein, 1999; Liberman, Kopelowicz, & Smith, 2000; Penn & Mueser, 1996). Pour beaucoup de cliniciens œuvrant dans le domaine du rétablissement, le traitement global, continu et coordonné est un incontournable (Bachrach, 1996, 2001; Leclerc, 2008)

Il semble à présent évident que plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle décisif dans le rétablissement de la schizophrénie. Le modèle de rétablissement de Liberman et al. (2002) montre bien la complexité et l'interrelation de différents facteurs primordiaux du rétablissement.

Dans les prochains segments de cette section sur le contexte théorique, les fondements de la thérapie d'acceptation et d'engagement seront expliqués. Ces fondements permettront de mieux comprendre les liens qui existent entre cette thérapie et le rétablissement, liens qui seront précisés à la fin de cette section.

Le modèle de la thérapie d'acceptation et d'engagement

L'ACT va à l'encontre de la plupart des thérapies qui cherchent à transformer le contenu de pensées problématiques. D'une part, l'ACT cherche à amener le langage et les pensées sous un contrôle contextuel, en utilisant un langage logique et linéaire, lorsqu'il est approprié de le faire. D'autre part, l'ACT cherche à aider la personne à laisser plus de place à l'expérience directe et à voir davantage cette expérience comme un guide, particulièrement quand le contrôle verbal s'avère inefficace. Dit simplement, l'ACT est une approche thérapeutique qui utilise les processus d'acceptation, des techniques de pleine conscience et les processus d'engagement et de changement comportemental pour produire une plus grande flexibilité psychologique (Hayes & Strosahl, 2004).

La figure 2, à la page 75, expose les différents concepts qui interagissent ensemble pour moduler la flexibilité psychologique. Le modèle hexagonal de l'ACT, illustré à la figure 2, reflète les aspects prédominants de l'ACT vers une plus grande flexibilité psychologique, à travers six processus centraux, soit: l'acceptation, la défusion, le soi comme contexte, l'action engagée, les valeurs et le contact avec le moment présent. La flexibilité psychologique, qui est au centre du modèle, est une réponse aux questions suivantes qui impliquent les six processus d'ACT illustrés dans la figure 2 :

- Y a-t-il une différence entre vous comme être humain conscient et le contexte psychologique dans lequel vous luttez (**Soi comme contexte**)?
- Voulez-vous vivre l'expérience de votre vie, pleinement et sans défense (**acceptation**), comme elle est et non ce qu'elle semble être (**défusion**) et faire ce qu'il faut pour vous faire cheminer (**action engagée**) vers les valeurs que vous avez choisies (**valeurs**) en ce moment et dans cette situation (**contact avec le moment présent**)?

Chaque processus est en relation et interagit avec les autres processus (pour un total de quinze relations possibles), comme le représente chacune des lignes qui rejoignent un point de la figure. Chacune des trois lignes verticales représente une propriété fonctionnelle partagée. Ainsi, l'acceptation et la défusion ébranlent toutes deux les processus destructeurs de la rigidité psychologique permettant l'apparition des processus d'acceptation et de pleine conscience ; le Soi comme contexte et le contact avec le moment présent impliquent tous deux l'amélioration du contact avec l'instant présent; les valeurs et l'action engagée impliquent toutes deux la transformation d'aspects positifs du langage en un système de changement comportemental. La relation entre l'acceptation et la défusion, d'un côté et les valeurs et l'action engagée, de l'autre côté, illustré par le «X» horizontal dans le milieu, sont des relations dialectiques impliquant le démantèlement et la construction de fonctions langagières au service de l'acceptation et du changement. Les dix autres relations entre ces six processus sont mutuellement facilitatrices. Par exemple, la défusion aide la personne à prendre contact avec le moment présent. Inversement, le

contact avec le moment présent supporte la défusion et donne accès aux compétences qu'elle requiert.

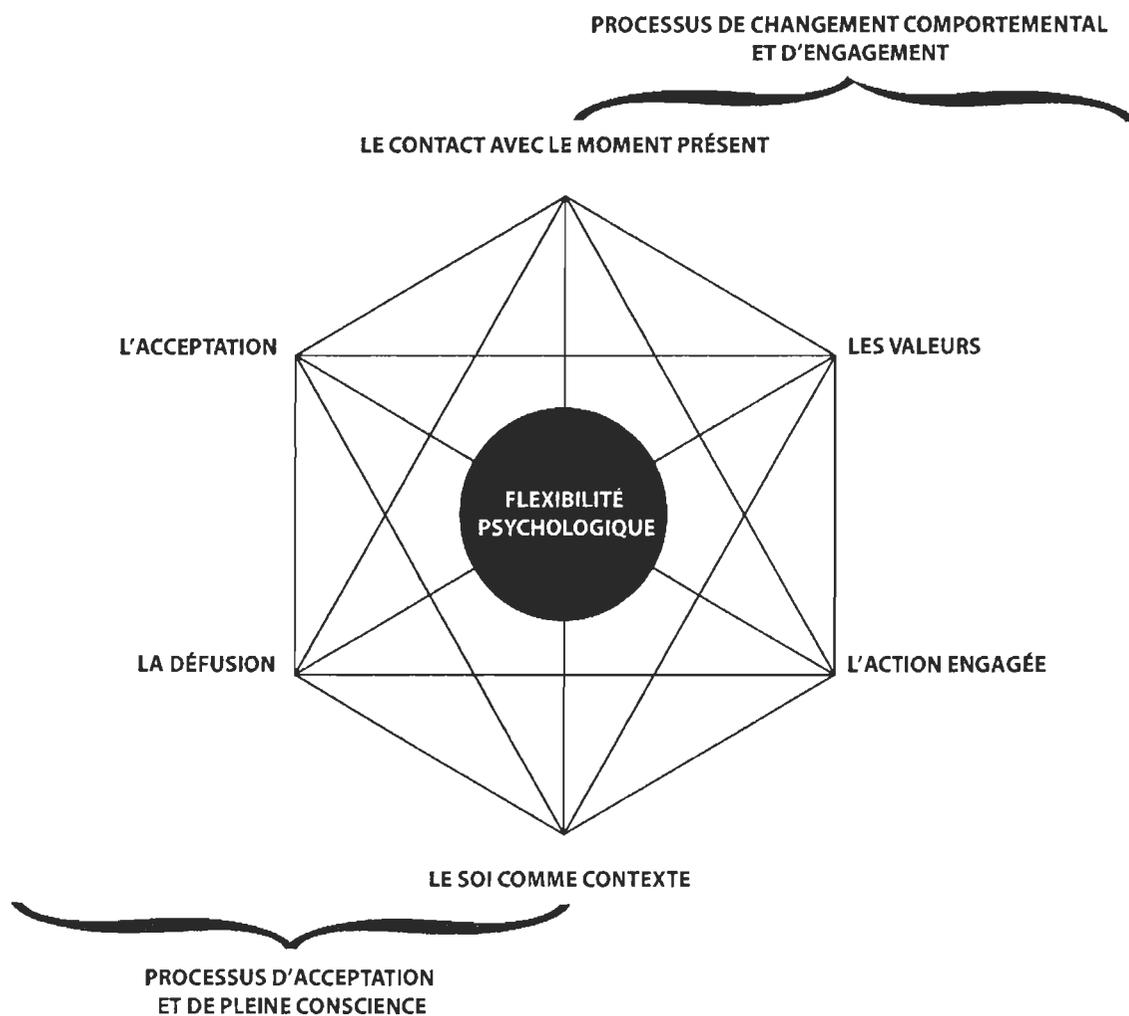


Figure 2: Modèle hexagonal de l'acceptation et de l'engagement [traduction libre] (Hayes & Strosahl, 2004;

L'acceptation

L'acceptation se cultive à travers tout le processus d'ACT et fait partie de nombreuses métaphores et d'exercices. Ces derniers tentent d'amener la personne à faire la distinction entre acceptation et tolérance, deux éléments qui sont parfois confondus. Des techniques de thérapies expérientielles, provenant de la tradition de la pleine conscience, de la gestalt et d'autres sphères sont utilisées pour cultiver l'acceptation. Les participants apprennent donc qu'il est possible de ressentir d'intenses sentiments ou de prendre conscience de ressentir d'intenses sensations corporelles sans être blessé, sans les modifier et sans les diminuer.

La défusion

La défusion, aussi nommée défusion cognitive, fonctionne en changeant le contexte qui supporte le fonctionnement nuisible d'une personne. Ce fonctionnement implique généralement une forme d'apprentissage des modes de relation afin que la personne se penche sur le processus d'une relation plutôt que sur les résultats du processus relationnel. Par exemple, le langage est un outil qui fait partie du processus relationnel qu'a une personne avec une autre. En mettant l'accent sur le fonctionnement du langage et sa signification, la personne peut apprendre que ce qui la blesse dans une relation verbale avec les autres est l'interprétation qu'elle décode à travers les paroles de l'autre. Même chose pour les critiques personnelles, parfois sévères, que la personne se fait à travers un langage verbal. La défusion cognitive permet donc un certain recul face aux pensées.

Le Soi comme contexte

Parfois nommé « Soi observateur », le Soi comme contexte est souvent une notion difficile à saisir. Hayes (1984) décrit cette expérience de soi comme une perspective ouverte et sans limites. Harris (2006, p.7) clarifie ce concept en ajoutant que « de cette perspective, il est possible de vivre directement l'expérience de ne pas être nos pensées, ni nos émotions, souvenirs, besoins, sensations, rôles, etc. ». Il rajoute que « ces phénomènes changent constamment et sont des aspects périphériques de nous-mêmes, mais ne sont pas l'essence de qui nous sommes ». Mais une façon plus simple de comprendre le Soi comme contexte est proposée par Neveu et Dionne (2009) par la métaphore de la gare :

La gare (Soi comme contexte) contient différents trains qui arrivent et repartent, comme les expériences internes passagères qui traversent l'individu au quotidien. En se positionnant sur le quai de la gare, le client peut observer les différents trains (son contenu intérieur) qui passent et choisir de les laisser passer ou d'embarquer selon leur utilité. (Neveu & Dionne, 2009, p. 30)

Les exercices sur le développement du Soi observateur, souvent des métaphores, permettent de développer ce sens de spiritualité et de transcendance, de manière à avoir une perspective externe de ce qui se passe dans un contexte donné. En d'autres mots, le développement du Soi observateur permet de se voir d'une manière externe, comme si on s'observait à partir d'un autre angle.

Les valeurs

D'une perspective d'ACT, les valeurs sont des concepts choisis attachés à des modèles d'action qui donnent une signification et qui coordonnent nos comportements sur de longues périodes de temps: "[v]alues are chosen concepts linked with patterns of action that provide a sense of meaning and that can coordinate our behavior over long time frames" (Dahl, Plumb, Stewart, & Lundgren, 2009, p. 9). L'ACT apprend à la personne la distinction entre les choix et le jugement. Toujours d'après cette perspective de l'ACT, un jugement est une sélection entre des alternatives basées sur la raison, le raisonnement. Les choix, quant à eux, ne sont pas expliqués, justifiés, attachés ou guidés par l'évaluation ou le jugement (Hayes et al., 1999). L'ACT apprend à sélectionner les valeurs par choix. Les personnes sont mises au défi de considérer ce qu'elles veulent le plus dans la vie dans différents domaines (carrière, famille, relations intimes, amitié, croissance personnelle, santé et spiritualité). Les valeurs fonctionnent comme des boussoles qui mènent à la construction de structure de vie fonctionnelle et permettent de diriger les actions.

Le contact avec le moment présent

L'ACT met de l'avant le contact effectif, ouvert et sans défense face au moment présent. Ce processus comprend deux éléments principaux. D'abord, la personne est entraînée à observer et à noter ce qui est présent dans l'environnement et dans l'expérience intime. Ensuite, la personne apprend à étiqueter et décrire ce qui est présent, sans jugement excessif ou évaluation. L'objectif est de ramener la personne à diminuer l'emprise des règles verbales et des conceptualisations du passé ou du futur (Neveu & Dionne, 2009). Pour ce faire, un large éventail de techniques est utilisé, dont les exercices de pleine conscience.

L'action engagée

Une fois que les barrières psychologiques de l'évitement et de la fusion sont identifiées et que la personne choisit d'aller dans une certaine direction, l'engagement dans cette direction devient déterminant. L'action engagée, de la perspective de l'ACT, implique la détermination d'un but dans une sphère spécifique de la vie. Ce processus se fait en regard des valeurs identifiées par la personne. La personne s'engage vers les valeurs qu'elle considère importantes tout en laissant de la place aux situations désagréables. La souffrance vient à prendre un tout autre sens lorsqu'elle est mise au service d'actions valorisées.

Le modèle de l'acceptation et de l'engagement vient à été présenté. Les différents concepts qui composent ce modèle ont été décrits. Ces éléments permettent de comprendre les effets que l'ACT est susceptible de produire. La section suivante servira à faire le lien entre les deux modèles qui ont été vus jusqu'à maintenant dans cette section sur le cadre théorique.

Liens entre le modèle de rétablissement et le modèle de l'ACT

En se fiant à ce qui a été décrit jusqu'à présent, il peut être de plus en plus évident de faire le lien entre le modèle de la thérapie d'acceptation et engagement (Hayes & Strosahl, 2004) et le modèle de rétablissement proposé par Liberman (2002). Le tableau 3, à la page suivante, tente de décrire comment l'ACT peut agir sur les différentes facettes de ce modèle de rétablissement.

Tableau 3
Liens entre le modèle de rétablissement de Liberman et al. et le modèle ACT de Hayes et Strosahl

Concept de rétablissement	Action de l'ACT sur ce concept
Soutien familial	L'ACT n'a jamais été utilisé dans le cadre d'une intervention familiale. On pourrait supposer que si la famille de la personne souffrant d'un trouble mental est sensibilisée aux principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement, de même que de ses effets, cela pourrait probablement aider à prévenir les rechutes de la maladie et améliorer le fonctionnement social et occupationnel de la personne qui présente un trouble mental.
Durée brève de psychose non traitée	L'ACT n'a aucun pouvoir sur la rapidité de détection d'un épisode psychotique, ni sur sa durée. Cependant, cette thérapie peut être utilisée dès le premier épisode pour permettre une meilleure gestion de la souffrance morale entraînée par la maladie et réduire par la suite les risques de rechutes (Bach & Hayes, 2002).
Absence d'abus de substances	L'abus de substances psychoactives est souvent induit par un désir d'évitement expérientiel . Il est généralement admis parmi les cliniciens que la consommation d'alcool ou de drogue, concomitante à un trouble mental, est une tentative souvent inefficace de s'adapter aux inconforts ressentis (Harris, 2006; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003). Le modèle de l'ACT accorde beaucoup d'importance à l' acceptation et propose une alternative à l'évitement expérientiel à travers une variété d'interventions thérapeutiques.
Peu de symptômes négatifs	L'ACT pourrait réduire en partie les symptômes négatifs en faisant ressortir les valeurs de la personne et en mettant en surbrillance ses buts. L'effet mobilisateur de l'ACT pourrait donc pallier aux symptômes négatifs de la maladie.

Tableau 3 (suite)
Liens entre le modèle de rétablissement de Liberman et al. et le modèle de l'ACT de Hayes et Strosahl

Concept de rétablissement	Action de l'ACT sur ce concept
Bon fonctionnement prémorbide	Le fonctionnement prémorbide n'est pas un élément sur lequel l'ACT peut agir puisque l'ACT est dispensé une fois le diagnostic posé.
Bonne neurocognition	La neurocognition est un élément davantage physiologique. Il serait peu probable que l'ACT ait un effet sur ce point.
Bonne réponse initiale aux antipsychotiques	Lorsqu'une personne souffrant de troubles psychotiques débute une médication, elle pense souvent que cette dernière devrait la soulager complètement des inconforts associés à la maladie. En utilisant l'ACT en concomitance avec le traitement aux antipsychotiques, la personne pourrait apprendre à gérer ses symptômes en se centrant sur le moment présent d'une manière différente et ainsi potentialiser l'effet de la médication.
Alliance thérapeutique impliquant soutien et collaboration	Plusieurs cliniciens (Harris, 2006; Pierson, Hayes, Gilbert, & Leahy, 2007) rapportent que l'entraînement et la pratique de l'ACT permet de développer des qualités essentielles à la relation thérapeutique (compassion, acceptation , empathie, respect et capacité de rester psychologiquement présent). De plus, le clinicien de l'ACT ne se met pas en position d'expert face à la personne aidée. Il est conscient que l'être humain est souvent très près de la souffrance et qu'il n'y a personne qui est capable de venir complètement à bout de celle-ci. L'utilisation de l'ACT permet donc une alliance thérapeutique soutenante et procure une atmosphère de collaboration.

Tableau 3 (suite)
Liens entre le modèle de rétablissement de Liberman et al. et le modèle de l'ACT de Hayes et Strosahl

Concept de rétablissement	Action de l'ACT sur ce concept
Services globaux, continus et orientés vers la personne	L'ACT peut aisément faire partie des services offerts à la personne en processus de rétablissement. Les principes fondamentaux de l'ACT peuvent aussi être utilisés de façon continue dans un contexte de suivi à moyen terme. Il est évident que par la nature même de l'ACT, cette thérapie se centre sur la personne souffrante, ce qui s'intègre parfaitement avec la philosophie contemporaine du rétablissement.
Adhésion au traitement	Le modèle de l'ACT propose à la personne de faire des actions engagées dans une direction qu'elle valorise . Pour ce faire, il devient parfois évident que la médication doit jouer un rôle dans ce processus. L'utilisation adéquate de la médication, prescrite dans le cadre d'une prise de décision partagée, peut aider à diminuer les inconforts les plus handicapants pour la personne et lui permettre de mener une vie significative tout en respectant ses choix et ses valeurs.

Dans cette section, les deux modèles utilisés comme cadre théorique de ce mémoire ont été présentés. Il s'agit d'abord du modèle de rétablissement de Liberman et al. (2002) et du modèle de l'acceptation et de l'engagement de Hayes et Strosahl (2004). Ensuite, le tableau 3 permet de mieux comprendre comment la thérapie d'acceptation et d'engagement peut influencer le rétablissement à l'aide des différents concepts qui font partie intégrante de la thérapie.

Méthode

Pertinence de la recherche

Depuis le début des années 2000, plusieurs études randomisées sur l'ACT ont été menées. Contrairement aux chercheurs sur la thérapie cognitive comportementale, les chercheurs s'intéressant à l'ACT ont attendu d'avoir un modèle théorique assez performant qui permettrait d'expliquer les résultats d'études randomisées. C'est pourquoi la première étude randomisée sur l'ACT a eu lieu en 1986 (Zettler & Hayes, 1986) et que la seconde ne s'est pas réalisée avant les années 2000 (Hayes et al., 2006). Maintenant, les études randomisées sur l'ACT sont assez nombreuses pour faire l'objet de méta-analyse (Hayes et al., 2006; Powers, Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009). De manière générale, les données des quelques études randomisées disponibles démontrent que la thérapie d'acceptation et d'engagement est supérieure au traitement habituel (*treatment as usual* - TAU). Quelques études ont comparé l'ACT à des interventions thérapeutiques établies (par exemple la thérapie cognitive comportementale ou la thérapie cognitive) mais jusqu'à maintenant, l'ACT ne démontrerait pas d'efficacité supérieure à ces interventions (Powers et al., 2009).

Dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, il était impossible de penser à démontrer l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement en comparaison avec une autre intervention en raison des contraintes temporelles et monétaires. Il s'agissait plutôt de voir quels pourraient être les effets potentiels de l'ACT sur le rétablissement de jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves.

Plusieurs éléments font en sorte que cette étude pré-expérimentale est inédite. D'abord, il s'agit de la première fois que la thérapie d'acceptation et d'engagement est utilisée en format de groupe dans le cadre d'un traitement pour les troubles mentaux graves. Il s'agit aussi d'une des rares études faites dans une population francophone. De plus, il ne semble pas exister d'études spécifiques à une population de jeunes adultes.

But de la recherche

Le but de cette recherche est de mesurer les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) sur le rétablissement de jeunes adultes présentant un trouble mental grave.

Hypothèses de recherche

L'étude vise à vérifier si les participants au groupe de thérapie d'acceptation et d'engagement verront une modification sur différents points après l'intervention, comparativement à leur condition initiale. Les hypothèses de changement sont les suivantes :

- H1: Les participants présenteront **moins de symptômes** spécifiques à leur trouble mental.
- H2: Ils présenteront une **réduction de la détresse associée aux symptômes** et une réduction du **niveau de conviction lié aux symptômes** spécifiques à leur trouble mental.
- H3: Ils présenteront **moins d'anxiété**.
- H4: Ils présenteront **moins d'incapacités**.
- H5: Ils présenteront **plus d'autonomie**.
- H6: Ils présenteront **une estime de soi plus élevée**.
- H7: Ils posséderont un **soutien social plus élevé**.

Type d'étude

Pour vérifier ces hypothèses, un devis pré-experimental de type avant après a été conduit. Cette étude est dite pré-experimentale car il y a présence de manipulation (la thérapie d'acceptation et d'engagement) mais absence de randomisation et il n'y aura pas de groupe contrôle, ce qui ne permet pas d'opter pour un type de recherche expérimentale ou quasi expérimentale. Cette recherche comporte donc un pré test et un post test auprès du même groupe de participants. L'application de la thérapie d'acceptation et d'engagement est le traitement choisi pour favoriser le rétablissement.

Milieu

La ville de Trois-Rivières, avec ses quelques 126 500 habitants, est la plus grande ville de la Mauricie. Le système de santé y est représenté par deux grandes institutions : le Centre de santé et services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR). Ces milieux sont retenus pour l'étude car ensemble, ces deux institutions suivent une très grande partie, voire la majorité, de la clientèle régionale atteinte de différents troubles mentaux.

Le CSSSTR est une institution multi-vocationnelle qui regroupe un hôpital, un CLSC (centre local de services communautaires) ainsi qu'un CHSLD (centre hospitalier de soins de longue durée). La partie CLSC offre des services psychosociaux ainsi que des services de santé

mentale de première ligne où sont suivies plusieurs personnes souffrant de maladie mentale et vivant dans la communauté.

Les services de première ligne en santé mentale se divisent principalement en deux types de services distincts. D'abord, une clinique externe, appelée équipe de base, où les personnes souffrant de problèmes de santé mentale se déplacent pour recevoir leur traitement. Des services de psychologie, psychoéducation et des soins infirmiers y sont offerts. Ensuite, une autre équipe, appelée le soutien d'intensité variable (SIV), œuvre dans la communauté. Cette équipe, qui est composée de psychoéducateurs, d'éducateurs et d'infirmières, travaille sous un modèle similaire au suivi intensif dans le milieu (SIM), mais dont la durée de service est limitée dans le temps. En effet, les professionnels de cette équipe doivent avoir entre deux et huit rencontres par mois avec chacune des personnes qu'ils suivent de façon individuelle en communauté. Pour avoir accès à ce service, la personne doit présenter un diagnostic en axe I¹¹, mais ne doit pas avoir un problème sévère en axe II. En général, la durée du suivi en individuel ne doit pas excéder un an. C'est l'équipe du soutien d'intensité variable (SIV) qui a été sollicitée pour le recrutement des participants pour cette étude.

¹¹ Les axes font référence au système de classification des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (APA, 2000)

Le CHRTR est un hôpital de 473 lits (dont 45 en psychiatrie) à vocation régionale et sous-régionale. Il comporte différentes cliniques externes, dont une clinique externe de psychiatrie où la plupart des personnes atteintes de problèmes de santé mentale dans la région vont rencontrer leur psychiatre.

Le CHRTR possède une clinique externe spécialisée pour les jeunes adultes psychotiques nommée « Le Vaisseau d'or », dont l'équipe interdisciplinaire regroupe un psychiatre, une intervenante sociale, un infirmier, une ergothérapeute, une psychologue, un éducateur et un psychoéducateur. Cette clinique a pour mandat d'accompagner les jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques dans un processus de réadaptation par de la réinsertion sociale et professionnelle, de l'accompagnement auprès des familles et en collaborant avec divers organismes communautaires. L'objectif général que poursuit la clinique est l'atteinte et le maintien de la stabilité de l'état mental et de l'autonomie sur le plan intellectuel, affectif et comportemental de la personne présentant un diagnostic dans le registre des troubles psychotiques. L'infirmier clinicien de cette clinique a été sollicité pour recruter les participants pour ce projet de recherche.

Population

Le tableau 4 présente les critères d'inclusion et d'exclusion des participants.

Tableau 4	
Critères d'inclusion et d'exclusion des participants à la recherche	
Inclusion	Exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Être âgé entre 18 et 35 ans inclusivement ; • Être atteint d'un trouble mental grave (particulièrement trouble psychotique) ; • Être suivi à l'externe au CSSSTR ou au CHRTR ; • Provenir de la région de Trois-Rivières ; • Avoir une bonne compréhension de la langue française ; • Pouvoir consentir de façon éclairée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes dont un des diagnostics suivants a été posé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Trouble psychotique bref ; ○ Trouble psychotique induit par une substance ; ○ Trouble psychotique induit par une affection médicale ; ○ Déficience intellectuelle.

L'échantillon des participants pour la recherche a été composé de sujets satisfaisant les critères mentionnés au tableau 4. Au départ, le recrutement ciblait un total de 10 participants. Cependant, seulement quatre participants ont pris part à ce projet de recherche, pour diverses raisons, qui seront exposées dans la section de la discussion.

Technique d'échantillonnage

La technique d'échantillonnage préconisée pour cette étude est de type non probabiliste par choix raisonné. Par conséquent, les participants ont été inclus dans l'étude en fonction de leur disponibilité et de leur intérêt à participer. Les sujets ont été recrutés à l'aide du personnel œuvrant à la clinique externe de jeunes adultes psychotiques du CHRTR et du personnel du soutien d'intensité variable du CSSSTR. Les intervenants en santé mentale de ces deux centres ont été sollicités pour le recrutement des participants. Ils devaient repérer les personnes répondant aux critères de sélection du projet et leur proposer d'y participer. Afin que les participants potentiels puissent avoir un aperçu plus précis du projet de recherche, l'intervenant devait faire signer au participant un formulaire l'autorisant à être contacté par le chercheur. Par la suite le chercheur contactait le participant potentiel, lui expliquait le projet de recherche et répondait à ses questions. Si le participant démontrait de l'intérêt à prendre part au projet, une rencontre était ensuite prévue avec le chercheur afin de lui faire signer le formulaire de consentement (présenté à l'appendice A) à la recherche et de procéder à l'évaluation préliminaire.

Étapes de réalisation du projet avec échéanciers

Le tableau 5, à la page suivante, donne un aperçu du déroulement des principales activités de la recherche.

Tableau 5
Étapes de réalisation du projet avec échéanciers

Opérations	Date
Présentation du projet de recherche au comité d'éthique de l'UQTR	1 ^{ère} demande : 20/01/2009 2 ^e demande : 20/02/2009 Certificat obtenu le : 23/02/2009
Présentation du projet de recherche au responsable de l'éthique de la recherche du CSSSTR	Autorisation obtenue le : 20/04/2009 (voir Appendice B)
Présentation du projet de recherche au comité d'éthique du CHRTR	Présentation faite le : 23/04/2009 Certificat obtenu le : 3/06/2009 (voir Appendice B)
Présentation du projet à l'équipe de soutien d'intensité variable du CSSSTR et à la clinique « Le Vaisseau d'Or » pour débiter le recrutement	Présentations faites : 06/2009
Recrutement	Du 02/06/2009 au 31/12/2009
Questionnaires d'évaluation (temps 0)	Du 01/12/2009 au 31/12/2009
Intervention (ACT)	Du 25/01/2010 au 15/02/2010
Questionnaires d'évaluation (temps 1)	Du 22/02/2010 au 26/02/2010
Saisie et analyse des données	Du 27/02/2010 au 22/02/2010
Interprétation des données	Du 22/03/2010 au 28/03/2010
Dépôt du mémoire	01/04/2010

Contrôle des biais

Certains biais, internes et externes, peuvent se manifester durant ce type de recherche et en altérer la validité. Le tableau 6 fait état des différents biais qui ont pu se présenter au cours de cette recherche.

Tableau 6

Biais, description des biais et stratégies pour réduire leur influence

Nature du biais	Biais	Description	Stratégie de réduction de l'influence du biais
Externe	Effet Hawthorne	Le fait d'être conscient de participer à une étude entraîne une modification du comportement ou une tendance à donner des réponses favorables.	Difficile à éviter et à prévoir. Aucune stratégie prévue.
	Grand nombre de questionnaires	Le nombre de questionnaires est trop élevé (n=8) pour le nombre de participants (n=4).	Ce biais est considéré étant donné que le nombre restreint de personnes est une limite importante pour cette étude.
Interne	Accoutumance aux tests	Le fait de mesurer les variables avant l'application de la variable indépendante peut influencer sur les réponses des participants.	Le nombre de questions posées à chaque temps de mesure réduit la possibilité que les participants se rappellent de leurs réponses d'une fois à l'autre.
	Contrôle associé à la variable indépendante	Difficulté à contrôler la variable indépendante (ici l'ACT) pour qu'elle soit constante tout au long de l'intervention	Présence d'un expert lors des rencontres de groupe afin d'assurer une constance dans la variable indépendante.

Limites

Un grand nombre de limites sont identifiées à cette recherche qui est, ne l'oublions pas, conduite dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières. D'abord, le type d'étude retenu, soit une recherche pré-expérimentale, rend pratiquement impossible la généralisation des résultats. La taille de l'échantillon est une importante limite à cette étude. Les temps de mesures sont aussi limités puisqu'il s'agissait d'un projet de recherche conduit dans le cadre d'une maîtrise et qu'elle ne pouvait pas se poursuivre sur une période plus étendue. Les autres limites sont directement liées aux biais possibles présentés précédemment.

Collecte de données

Plusieurs instruments ont été utilisés pour mesurer les différentes variables du rétablissement, correspondant à autant d'hypothèses de recherche. Les questionnaires utilisés ont donc permis de mesurer la fluctuation des symptômes, le niveau de conviction et de détresse associées aux symptômes, les manifestations d'anxiété, le niveau d'incapacité relié à la maladie, l'estime de soi, les capacités de vie autonome de même que le réseau social. Les instruments de mesure utilisés peuvent être consultés à l'appendice C. Dans les prochaines lignes, chacun des huit questionnaires sera brièvement décrit.

Questionnaire I : Données sociodémographiques

Le premier questionnaire porte sur les données sociodémographiques (voir appendice C) des participants. L'âge, le sexe, le statut civil, le nombre d'enfants, l'origine ethnique (incluant le pays de naissance), l'occupation du temps et la scolarité y sont recensés. Ce questionnaire permet de mieux connaître la population auprès de laquelle l'étude est conduite.

Questionnaire II : Échelle brève de cotation psychiatrique (*Brief psychiatric rating scale – BPRS*)

Le Brief Psychiatric Rating Scale (voir appendice D) est un des outils les plus utilisés par les cliniciens et les chercheurs pour évaluer les changements dans la sévérité d'une psychopathologie en se basant sur des symptômes généraux. Il permet ainsi d'évaluer l'efficacité d'interventions ou de traitements auprès d'une population de personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ce questionnaire s'administre sous forme d'entrevue structurée et produit un score total continu. La version originale du BPRS, soit celle de 1962, contenait 16 items (Overall & Gorham, 1962). En 1972, deux items se sont rajoutés pour un total de 18 items (Overall & Klett, 1972). C'est cette version qui est la plus répandue (Overall & Gorham, 1988). Cependant, plusieurs chercheurs et cliniciens ont tenté de raffiner cette échelle de mesure au fil des années. Pour la présente recherche, la version de Ventura et ses collègues (1993) sera utilisée. Cette version, développée au Centre de recherche clinique pour la schizophrénie et la réadaptation psychiatrique de l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA), comporte 24 items qui sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 7 points délimités de la manière suivante : 1 = absent, 2

= très léger, 3 = léger, 4 = modéré, 5 = modérément sévère, 6 = sévère, 7 = extrêmement sévère. Le score total s'obtient en additionnant le pointage de chaque item. Il est aussi possible de calculer le score de différentes sous-échelles pour le BPRS. Les sous-échelles permettent de mesurer : la psychose, le désordre de la pensée, le retrait, l'anxiété-dépression de même que l'agitation. Il est recommandé de faire un graphique du score total et des sous-échelles pour déceler les fluctuations dans les symptômes. Le BPRS doit être utilisé par des cliniciens expérimentés dans l'évaluation et le traitement des troubles psychotiques. Ceux-ci doivent avant tout suivre un entraînement au BPRS et respecter les cotations recommandées dans le manuel d'entraînement (Ventura, Green, Shaner, & Liberman, 1993). Finalement, un interjuge peut s'avérer nécessaire pour assurer la validité et la fidélité du questionnaire. L'administration du BPRS prend généralement moins de 30 minutes.

Questionnaire III : Auto-évaluation des symptômes

L'auto-évaluation des symptômes (voir appendice E) est un questionnaire initialement élaboré par Bach et Hayes (2002), qui fut aussi utilisé par Gaudio et Herbert (2006). L'auto-évaluation des symptômes est composée de 3 questions. La première vise à connaître la fréquence des symptômes à l'aide d'une échelle de Likert à 7 points (1= absence de symptômes, 2= moins d'une fois par semaine, 3= Environ une fois par semaine, 4= Plusieurs fois par semaine, 5= À chaque jour, 6= Presque constamment 7= Tout le temps). Les deux autres questions concernent la détresse et le niveau de conviction associés aux symptômes. Ces items sont

évalués sur une échelle de 0 à 100. Pour le présent projet de recherche, les deux dernières questions ont été transposées sur une échelle de Likert à 7 points. Ainsi, le niveau de détresse est mesuré de la manière suivante : 1= Absence de détresse, 2= Faible, 3= Moyennement faible, 4= Moyen, 5= légèrement élevé, 6= Très élevé, 7= insupportable. Le niveau de conviction est mesuré ainsi: 1= Absence de symptôme, 2= Ne crois pas qu'ils sont réels, 3= Ne crois presque jamais qu'ils sont réels, 4= Crois parfois qu'ils sont réels, 5= Crois souvent qu'ils sont réels, 6= Crois très souvent qu'ils sont réels, 7= Certitude qu'ils sont réels. Ce questionnaire n'a jamais été validé par la recherche et il est utilisé pour la première fois.

Questionnaire IV : Inventaire d'anxiété de Beck (*Beck's Anxiety Inventory – BAI*)

L'inventaire d'anxiété de Beck (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) (voir appendice F) regroupe 21 symptômes d'anxiété qui correspondent aux symptômes principaux des troubles paniques et des troubles d'anxiété généralisée du DSM III-R¹². L'administration de ce questionnaire est très rapide. Le participant coche l'importance perçue de différents symptômes sur une échelle de 0 à 3 (0= Absence, 1= Une peu, 2= Modérément, 3=Beaucoup) en se rapportant à la dernière semaine. Les propriétés psychométriques d'une traduction française révèlent une bonne consistance interne (alpha de Cronbach varie entre 0,85 et 0,93) et est

¹² DSM III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

comparable à la version originale anglaise (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994).

Questionnaire V : Échelle d'incapacité de Sheehan (*Sheehan Disability Scale – SDS*)

L'échelle d'incapacité de Sheehan (voir appendice G) est une échelle auto-rapportée concernant les incapacités liées à la maladie mentale dans trois sphères de la vie, soit le travail, la vie sociale et les loisirs, ainsi que sur la vie domestique et les responsabilités familiales. L'incapacité dans chacune de ces sphères est mesurée sur une échelle numérique de type Likert allant de 0 à 10. Cette échelle possède une bonne consistance interne (alpha de Cronbach = 0,89) de même qu'une bonne validité liée aux critères de l'incapacité associée aux troubles psychiatriques (plus de 80% des personnes souffrant de troubles mentaux ont un score élevé à la SDS (Sheehan, 2008)). Elle peut se compléter rapidement, soit en moins de 5 minutes. Gaudiano et Herbert (2006) ont utilisé cette échelle dans leur étude sur l'utilisation de la thérapie d'acceptation et d'engagement auprès d'une population de personnes souffrant de troubles psychotiques.

Questionnaire VI : Échelle des habiletés de vie autonome (ÉHVA)

L'échelle des habiletés de vie autonome (Cyr, Toupin, & Lesage, 1993, p.1) (voir appendice H) « mesure les habiletés requises chez des personnes psychotiques pour fonctionner de façon autonome au sein de la communauté ». Le questionnaire est constitué de neuf échelles

d'habiletés : I. hygiène personnelle, II. apparence et tenue vestimentaire ; III. entretien ménager ; IV. entreposage et préparation des repas ; V. habiletés de maintien de la santé ; VI. gestion financière ; VII. déplacements; VIII. loisirs ; IX. Capacité de garder son emploi. Au total, 48 items sont utilisés pour composer ces échelles. Chaque item est un énoncé qui est répondu de manière dichotomique (oui ou non). Une partie du questionnaire, soit neuf items concernant l'hygiène personnelle, l'apparence et la tenue vestimentaire, doit être répondu par un évaluateur, les autres items pouvant être répondus par le participant. La fidélité test-retest de l'instrument pour les items et pour les échelles ont obtenu des corrélations variant de 0,67 à 0,90 lors d'une recherche sur la validité de ce questionnaire, résultats considérés comme satisfaisants par les auteurs (Cyr, Toupin, & Lesage, 1993). Les auteurs de cette échelle rapportent aussi une fidélité interjuges élevée pour toutes les échelles.

Questionnaire VII : Échelle de l'estime de soi version courte (*Self Esteem Rating Scale Short Form – SERS-SF*)

L'échelle de l'estime de soi de Nugent et Thomas (1993) (voir appendice I) est un questionnaire qui comporte 40 items abordant la valeur de soi en général, la compétence sociale, les habiletés de résolution de problèmes, les capacités intellectuelles, le sentiment de compétence et la valeur de soi en fonction du regard des autres. Une version courte de ce questionnaire est disponible en français. Cette version comporte 20 items qui abordent les mêmes thèmes que la version originale. La mesure se fait à l'aide d'une échelle de type Likert à

sept points (soit 1= jamais et 7=toujours). Le mode de passation est un auto-questionnaire d'une durée moyenne de 10 minutes. Ce questionnaire est particulièrement utilisé pour montrer la fluctuation de l'estime de soi chez les personnes souffrant de troubles psychotiques. Les résultats en matière de validité de la version française du SERS-SF (Lecomte, Corbière, & Laisné, 2006) montrent une bonne consistance interne (alpha de Cronbach varie entre 0,89 et 0,91) tandis que les corrélations démontrent une validité test-retest adéquate, ce qui en fait un instrument de mesure intéressant pour la recherche.

Questionnaire VIII : Échelle de provisions sociales (ÉPS)

Il s'agit de la version québécoise du *Social Provision Scale (SPS)* (Cutrona & Russell, 1987), validée par Caron (1996) (voir appendice J). L'échelle comprend 24 items qui mesurent six dimensions du soutien social : l'attachement, l'aide tangible et matérielle, les conseils, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur et le besoin de se sentir utile et nécessaire. Chacune de ces dimensions, mesurées par quatre items à l'aide d'une échelle de type Likert, permet de déterminer le niveau d'accord du répondant avec chacun des énoncés sur une échelle à quatre points (1 équivaut à *fortement en désaccord* et 4 à *fortement en accord*). Le mode de passation est un auto-questionnaire d'une durée moyenne de 15 minutes. La validation de la version québécoise de l'échelle s'est effectuée auprès de 790 personnes à l'intérieur de deux études distinctes. D'après les résultats obtenus, l'échelle présente une bonne consistance interne (l'alpha de Cronbach atteint 0,96 pour N=790) de même qu'une stabilité temporelle satisfaisante (après

intervalle d'un mois, une corrélation test-retest de 0,66 a été obtenue avec N=62), ce qui assure la fidélité de l'instrument. Les corrélations effectuées pour mesurer la validité du questionnaire par rapport à la version originale permettent de constater que les sous-échelles se comportent de la même façon que dans la version originale. En effet, elles varient de la façon suivante : la population générale (de 0,31 à 0,69), les bénéficiaires d'aide sociale (de 0,28 à 0,74) et les personnes psychotiques (de 0,20 à 0,72). Ces corrélations montrent le pouvoir discriminant élevé du questionnaire qui favorise la distinction entre les différents groupes.

Retombées attendues

La diffusion de l'approche et la publication des résultats sont les principales retombées à court terme de cette étude. Par la suite, les résultats permettraient de conduire une étude expérimentale et éventuellement, de sensibiliser les infirmières à la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Considérations éthiques et consentement éclairé

Le présent projet a respecté intégralement les droits fondamentaux de chacun des participants, soit :

1. Le droit de ne pas être exposé à des risques qui pourraient lui nuire physiquement, moralement, légalement, financièrement et socialement.

2. Le droit d'être informé de la nature, du but, de la durée et des méthodes utilisées durant cette intervention et ce, afin que l'individu puisse fournir un consentement ou un refus éclairé quant à sa participation aux actions prévues.
3. Le droit de décider librement de participer ou non à cette étude. Aucune technique coercitive ne peut être utilisée par l'investigateur pour influencer la décision du sujet.
4. Le droit à l'anonymat et à la confidentialité doit être assuré durant le déroulement de l'intervention et au moment de la publication des résultats de l'étude.

Le respect de ces droits a été entériné par différentes instances éthiques. D'abord, le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières a approuvé ce projet de recherche. Un certificat d'éthique de la recherche portant le numéro CER-09-144-06.06 a été émis. Par la suite, le projet de recherche a été présenté au Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, qui a émis le certificat d'approbation portant le numéro CÉR-2009-171-00. Le projet a aussi été soumis à la Directrice des soins infirmiers et de la recherche du CSSSTR qui a aussi approuvé le projet.

Les personnes qui correspondent aux critères d'inclusion ont d'abord été approchées par leur intervenant principal, que ce soit à la clinique « Le Vaisseau d'Or » du CHRTR ou au soutien d'intensité variable du CSSSTR, pour les informer du projet. Un formulaire de consentement a été signé par la personne recrutée, autorisant l'intervenant de la clinique ou du SIV à communiquer

l'intérêt de cette dernière à participer au projet de recherche. Le chercheur a par la suite contacté le participant potentiel par téléphone pour lui expliquer le projet de recherche et répondre aux questions de l'intéressé. Une rencontre a ensuite été prévue entre le chercheur et le participant pour l'informer plus précisément du projet et lui faire signer le formulaire de consentement à la recherche lorsque ce dernier manifeste de l'intérêt à participer à la recherche. Tous les participants ont été informés qu'ils avaient le droit de cesser leur participation à l'étude à tout moment sans aucun préjudice et que toutes les informations recueillies ne seraient utilisées qu'aux fins de l'étude, qu'elles seraient gardées sous clé au laboratoire de recherche du département des sciences infirmières de l'UQTR et qu'il y aurait destruction de tous les documents contenant des données nominatives dès la fin de la recherche.

Présentation des résultats

Cette section est consacrée à la présentation des résultats de l'étude. Dans un premier temps, les données sociodémographiques seront présentées. Le sexe, l'âge, l'état civil, le nombre d'enfants, l'origine ethnique, la scolarité et le travail des participants sont les caractéristiques sociodémographiques retenues pour décrire l'échantillon. Dans un second temps, l'attention sera portée vers le déroulement des rencontres de groupe. Le niveau de participation à l'étude y sera commenté. Finalement, les résultats statistiques découlant des questionnaires d'évaluation complétés seront présentés.

Données sociodémographiques

L'échantillon est composé de 3 hommes (75 %) et 1 femme (25 %). La moyenne d'âge des participants est de 31,3 ans avec un écart-type (σ) de 4,86, le plus jeune étant âgé de 25 ans et le plus vieux, de 35 ans. Les 4 participants sont célibataires, dont 2 ont un enfant. Tous les participants sont de race caucasienne.

Au niveau de la formation académique, 1 participant est en cours d'étude. Deux participants ont complétés des études secondaires. Sur ces deux participants, un seul a terminé des études post-secondaires de niveau collégial.

Un seul participant occupe un emploi à temps partiel, les trois autres sont sans emplois. Sur les trois personnes sans emploi, un participant est aux études à temps partiel.

Le tableau 7 présente les données sociodémographiques de manière regroupée.

Tableau 7
Données sociodémographiques des participants (N=4)

Données sociodémographiques	N	%	Moyenne (M)	Écart type (σ)
Sexe				
Masculin	3	75		
Féminin	1	25		
Âge				
			31,3	4,86
25 ans	1	25		
30 ans	1	25		
34 ans	1	25		
35 ans	1	25		
État civil				
Célibataire	4	100		
Nombre d'enfants				
2 participants	1	50		
2 participants	0	50		
Origine ethnique				
Caucasienne	4	100		
Études en cours				
Oui	1			
Non	3			

Tableau 7 (suite)
Données sociodémographiques des participants (N=4)

Données sociodémographiques	N	%
Années du secondaire complétées		
Aucune	1	25
Secondaire I	1	25
Secondaire II	0	
Secondaire III	0	
Secondaire IV	0	
Secondaire V	1	25
Années post-secondaire complétées		
1 année	0	
2 années	0	
3 années	1	25
Travail		
Aucun	3	
Travail à temps partiel	1	

Déroulement des rencontres de groupe

Dans le cadre de ce projet de recherche, des rencontres de groupe de la thérapie d'acceptation et d'engagement ont eu lieu une fois par semaine. À travers ces rencontres, divers concepts du modèle de l'acceptation et de l'engagement (Hayes & Strosahl, 2004) ont été touchés. Les rencontres de groupe étaient animées par le chercheur principal (A.B.). Un co-animateur ayant une grande expertise des activités de groupe (C.L.) était aussi présent lors des

rencontres. Le cahier du facilitateur, présenté à l'appendice K, présente les différents exercices utilisés dans les rencontres en les associant au modèle de l'acceptation et de l'engagement. Afin d'avoir une meilleure connaissance des activités proposées lors des rencontres de groupe, le lecteur est aussi invité à consulter l'appendice L qui contient le cahier du participant. Toutes les activités proposées proviennent du manuel de base de la thérapie d'acceptation et d'engagement, soit *Acceptance and Commitment Therapy: An experimental Approach to Behavior Change* (Hayes et al., 1999). La sélection des activités s'inspire des propositions de Bach et Hayes (2002) pour l'utilisation de l'ACT auprès d'une population souffrant de troubles psychotiques. Elles ont été traduites et adaptées à un contexte de jeunes adultes québécois francophones par le chercheur principal (A.B.) et révisées par le directeur du mémoire (C.L.) ainsi que par un psychologue externe spécialisé dans la thérapie d'acceptation et d'engagement (F.D.)

Après chacune des rencontres, une échelle évaluant la participation des membres du groupe a été complétée. Cette échelle, développée par Leclerc, Lesage, & Ricard (1994), a déjà été utilisée dans différentes études de groupe pour la thérapie cognitive comportementale. Elle permet l'analyse des processus de communication entre les participants d'un même groupe. L'échelle comprend huit dimensions : l'attention, le contact visuel, l'implication verbale, les questions, l'aide, la socialisation, les comportements perturbateurs et la confusion. Chaque item peut être coté de 0 à 4, 0 signifiant l'absence de comportement et 4 signifiant la présence exceptionnelle du comportement. L'échelle de codification de la participation de même que la grille d'évaluation de la participation se retrouvent respectivement aux appendices M. et N

Les figures suivantes (3, 4, 5, 6) présentent l'analyse des processus de communication en termes de moyenne pour chaque item de l'échelle.

Rencontre 1

À cette première rencontre de groupe, deux participants sont présents. La présentation des membres et des animateurs est faite, puis les exercices de groupement sont débutés. La figure 3 présente les données recueillies pour cette rencontre.

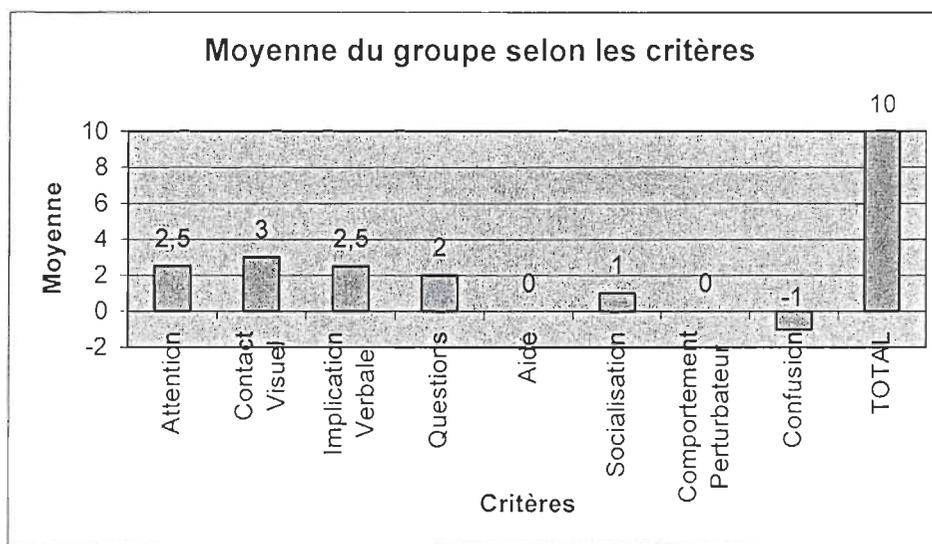


Figure 3: Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 1

Rencontre 2

À la seconde rencontre, trois participants sont présents. Seulement un des deux participants de la première rencontre s'est présenté, il y a donc deux nouvelles personnes. Un retour est fait sur la première rencontre, afin d'expliquer les enjeux de la thérapie aux nouveaux venus. La figure 4 présente les données recueillies à la fin de cette seconde rencontre.

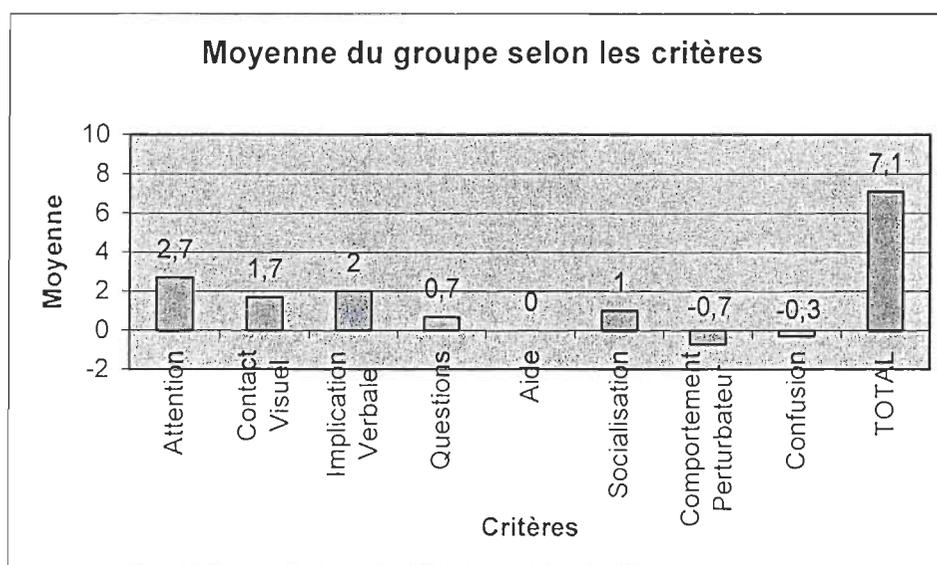


Figure 4 : Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 2

Rencontre 3

Lors de la troisième rencontre, quatre participants sont présents. Tous ont déjà été présents à au moins une rencontre du groupe. La figure 5 présente les données recueillies à la fin de cette rencontre.

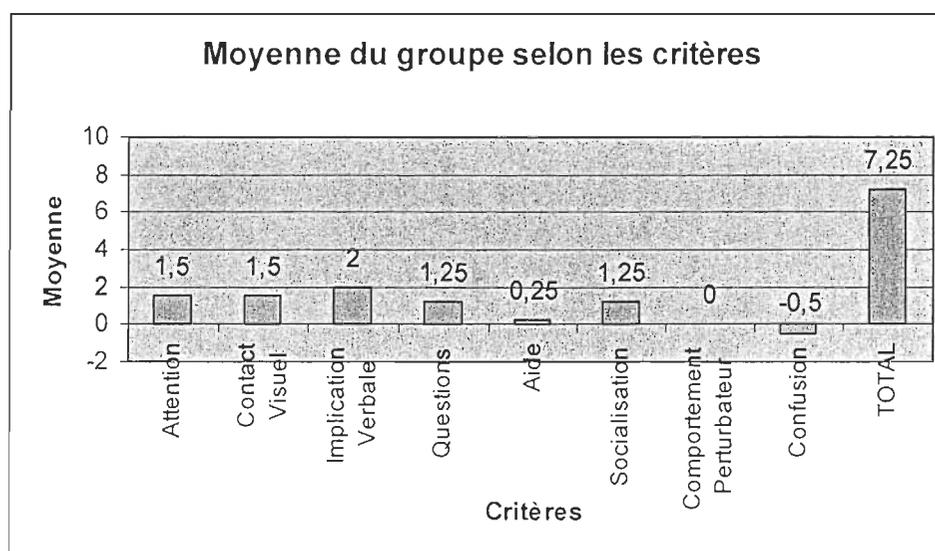


Figure 5: Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 3

Rencontre 4

La rencontre 4 est la dernière. Les 4 participants présents ont assisté aux rencontres précédentes. La figure 6 présente les données recueillies à la fin de cette rencontre.

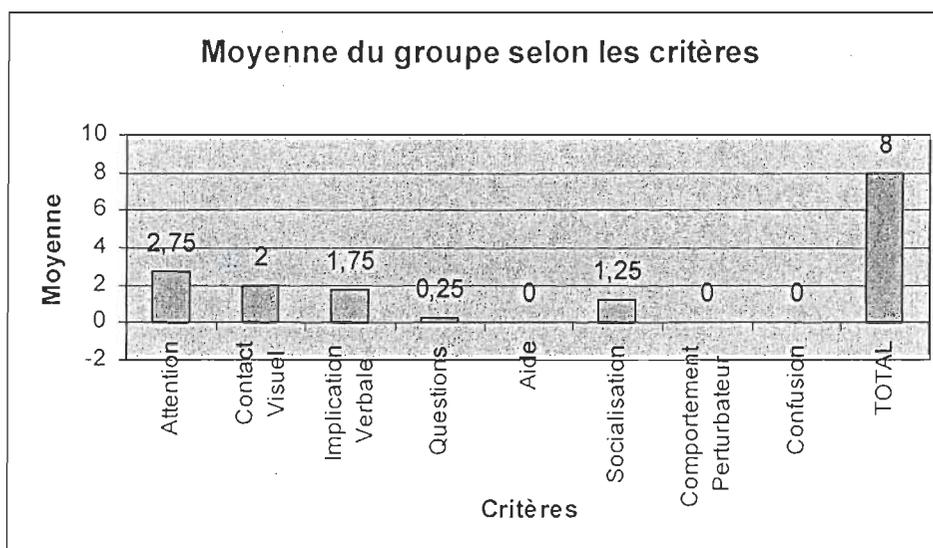


Figure 6: Moyenne du groupe selon l'échelle de codification pour la rencontre 4

Malgré les évaluations effectuées à chacune des rencontres, il est difficile de faire ressortir des tendances dans la dynamique de groupe. D'abord, la variation du nombre de participants dans chacune des rencontres rend la tâche difficile. Effectivement, le calcul d'une moyenne en présence de deux participants donne des résultats différents du même calcul en présence de quatre participants. On peut tout de même constater une augmentation de la socialisation des participants au fil des semaines, passant de 1 à 1,25. Ce constat s'explique par le fait que les participants se sont côtoyés presque toutes les semaines et ont appris à se connaître en parlant de leurs émotions, de leurs valeurs et de leur vécu. Il est aussi possible de

constater une diminution de l'implication verbale des participants à travers les rencontres. Plusieurs hypothèses sont possibles pour expliquer ce phénomène. D'abord, il paraissait assez difficile pour les participants de parler de leurs émotions et de leurs valeurs. À chaque activité réalisée, l'animateur principal (A.B.) faisait un retour sur les impressions des participants, sur la manière dont ils avaient compris l'exercice et sur la transposition des métaphores proposées dans leur vie quotidienne. Il semblait assez ardu pour les participants de faire ce lien. Il fallait donc souvent les solliciter leur réponse, la tendance étant à garder le silence. Les interventions spontanées étaient moins fréquentes. Une autre variation constatée se situe au niveau de la confusion des participants. Certains pouvaient exprimer des éléments qui étaient hors propos dans les premières rencontres. Lors des deux dernières rencontres, la dynamique du groupe commençait à s'installer. À la dernière rencontre, les interventions des participants étaient particulièrement adéquates. C'est pourquoi il aurait pu être intéressant de poursuivre la thérapie sur un plus grand nombre de séances.

Résultats obtenus aux variables étudiées

L'analyse des données s'est faite à partir des réponses des participants aux différents questionnaires qui ont été administrés au T0, soit avant les rencontres de groupes, et au T1, soit après les rencontres de groupe. Puisque l'étude s'est faite uniquement auprès d'un groupe dont le nombre de participants est très restreint (N=4), le test de Wilcoxon a été appliqué. Ce test, qui est non paramétrique, est l'équivalent du T-test païré qui est utilisé pour évaluer la différence entre deux groupes constitués des mêmes sujets dont les mesures ont été prises à deux moments différents. Le test de Wilcoxon a été appliqué sur un échantillon auto-apparié. Concernant le seul de signification, les tests unilatéraux (« one-tailed ») sont retenus considérant que les hypothèses formulées n'ont qu'un sens de variation.

Dans les prochaines lignes, les résultats obtenus aux différents instruments utilisés seront présentés. Les tableaux rapportent les résultats pour les statistiques descriptives obtenues à chacun des instruments, de même que les résultats obtenus au test de Wilcoxon. Il est à noter que les résultats sont considérés comme étant significatifs si le seuil de signification (p) est inférieur ou égal à 0,05.

Échelle brève de cotation psychiatrique (Brief psychiatric rating scale – BPRS)

L'analyse des résultats du score total du BPRS ne révèle aucune différence significative entre le T0 ($M = 1,8854$; $\sigma = 0,76177$) et le T1 ($M = 1,9063$; $\sigma = 0,67218$; $Z = 0,00$; $p = 1,00$).

Tableau 8
Statistiques descriptives
Échelle brève de cotation psychiatrique

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
T0 - total BPRS	4	1,8854	,76177	1,04	2,75
T1 - total BPRS	4	1,9063	,67218	1,33	2,83

Tableau 9
Test de Wilcoxon
Échelle brève de cotation psychiatrique

	T1 - total BPRS - T0 total BPRS
Z	,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000

a. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Auto-évaluation des symptômes

Le questionnaire sur l'auto-évaluation des symptômes ne relève aucun changement significatif entre le T0 et le T1 pour chacun des trois items qui le composent.

Tableau 10
Statistiques descriptives
Auto-évaluation des symptômes

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
T0 - Auto_Ev_Sym_1	4	3,50	3,000	1	7
T0 - Auto_Ev_Sym_2	4	2,75	2,062	1	5
T0 - Auto_Ev_Sym_3	4	4,00	3,464	1	7
T1 - Auto_Ev_Sym_1	4	3,25	2,630	1	6
T1 - Auto_Ev_Sym_2	4	1,75	,957	1	3
T1 - Auto_Ev_Sym_3	4	2,75	2,062	1	5

Tableau 11
Test de Wilcoxon
Auto-évaluation des symptômes

	T1 - Auto_Ev_Sym_ 1 - T0 - Auto_Ev_Sym_ 1	T1 - Auto_Ev_Sym_ 2 - T0 - Auto_Ev_Sym_ 2	T1 - Auto_Ev_Sym_ 3 - T0 - Auto_Ev_Sym_ 3
Z	-1,000 ^a	-1,414 ^a	-1,342 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	,157	,180

a. Based on positive ranks.

Inventaire d'anxiété de Beck (Beck's Anxiety Inventory – BAI)

L'analyse des résultats de l'inventaire d'anxiété de Beck ne révèle aucune variation au niveau de l'anxiété entre le T0 (M = 1,52 ; σ = 0,431) et le T1 (M = 1,62 ; σ = 0,617 ; Z = 0,00 ; p = 1,00).

Tableau 12
Statistiques descriptives
Inventaire d'anxiété de Beck

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
BAI - T0	4	1,52	,431	1	2
BAI - T1	4	1,62	,617	1	2

Tableau 13
Test de Wilcoxon
Inventaire d'anxiété de Beck

	BAI_T1 - BAI_T0
Z	,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000

a. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Échelle d'incapacité de Sheehan (Sheehan Disability Scale – SDS)

L'analyse des données pour l'échelle de Sheehan ne rapporte pas de résultats significatifs. Cependant, on observe une tendance vers la diminution des incapacités liées à la vie sociale entre le T0 (M = 6,00 ; σ = 4,320) et le T1 (M = 3,25 ; σ = 3,775) (Z = -1,604 ; p = 0,109). On observe également une tendance vers la diminution des incapacités liées à la vie familiale entre le T0 (M = 5,25 ; σ = 4,113) et le T1 (M = 2,00 ; σ = 2,449) (Z = -1,604 ; p = 0,109).

Tableau 14
Statistiques descriptives
Échelle d'incapacité de Sheehan

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
T0 – Sheehan (Travail / études)	4	4,00	2,708	0	6
T0 – Sheehan (Vie Sociale)	4	6,00	4,320	0	10
T0 – Sheehan (Vie familiale)	4	5,25	4,113	0	10
T1 – Sheehan (Travail / études)	4	2,50	3,317	0	7
T1 – Sheehan (Vie Sociale)	4	3,25	3,775	0	7
T1 – Sheehan (Vie familiale)	4	2,00	2,449	0	5

Tableau 15
Test de Wilcoxon
Échelle d'incapacité de Sheehan

	T1 - Sheehan_T_E - T0 - Sheehan_T_E	T1 - Sheehan_V_S - T0 - Sheehan_V_S	T1 - Sheehan_V_F - T0 - Sheehan_V_F
Z	-1,069 ^a	-1,604 ^a	-1,604 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,285	,109	,109

a. Based on positive ranks.

Échelle des habiletés de vie autonome (ÉHVA)

Les résultats obtenus à l'aide de l'échelle de vie autonome ne révèlent aucun changement significatif sur chacune des sous-échelles entre le T0 et le T1. Par contre, on observe une tendance assez marquée vers une diminution de l'autonomie au niveau de la sous-échelle des loisirs entre le T0 ($M = 0,7917$; $\sigma = 0,1595$) et le T1 ($M = 0,5833$; $\sigma = 0,2152$; $Z = -1,890$; $p = 0,059$). Afin de mieux comprendre ce résultat qui est près du seuil significatif, un test de Wilcoxon supplémentaire a été conduit directement sur les six items qui composent la sous-échelle des loisirs. Les résultats de ce test supplémentaire sont présentés à la suite de ceux de l'échelle des habiletés de vie autonome. On y constate qu'il n'y a aucun résultat significatif pour chacun des items. L'item qui est le plus près du seuil significatif est le numéro 4 pour lequel les résultats entre le T0 ($M = 0,50$; $\sigma = 0,577$) et le T1 ($M = 0,00$; $\sigma = 0,00$) est non significatif à $p = 0,157$.

Tableau 16
 Statistiques Descriptives
 Échelle d'habiletés de vie autonome

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
HVA T0 - I - Hygiène	4	1,0000	,00000	1,00	1,00
HVA T0 - II - Apparence et tenue vestimentaire	4	,9167	,09623	,83	1,00
HVA T0 - III - Entretien ménager	4	,7500	,31914	,33	1,00
HVA T0 - IV - Entreposage et préparation des aliments	4	,7917	,20972	,50	1,00
HVA T0 - V - Santé	3	1,0000	,00000	1,00	1,00
HVA T0 - VI - Gestion financière	4	,7500	,00000	,75	,75
HVA T0 - VII - Déplacements	4	,6250	,32275	,25	1,00
HVA T0 - VIII - Loisirs	4	,7917	,15957	,67	1,00
HVA T0 - XI - Capacité de garder son emploi	2	1,0000	,00000	1,00	1,00
HVA T0 - Éval. Hygiène	4	,8333	,13608	,67	1,00
HVA T0 - Éval. Apparence et tenue vestimentaire	4	1,0000	,00000	1,00	1,00
HVA T1 - I - Hygiène	4	,9583	,08333	,83	1,00
HVA T1 - II - Apparence et tenue vestimentaire	4	,9167	,16667	,67	1,00
HVA T1 - III - Entretien ménager	4	,9167	,16667	,67	1,00
HVA T1 - IV - Entreposage et préparation des aliments	4	,6667	,36004	,17	1,00
HVA T1 - V - Santé	4	1,0000	,00000	1,00	1,00
HVA T1 - VI - Gestion financière	4	,8750	,14434	,75	1,00
HVA T1 - VII - Déplacements	4	,6250	,32275	,25	1,00
HVA T1 - VIII - Loisirs	4	,5833	,21517	,33	,83
HVA T1 - XI - Capacité de garder son emploi	2	,8333	,23570	,67	1,00
HVA T1 - Éval. Hygiène	4	,8750	,25000	,50	1,00

Tableau 17
Test de Wilcoxon
Échelle d'habiletés de vie autonome

	HVA T1 - I - Hygiène - HVA T0 - I - Hygiène	HVA T1 - II - Apparence et tenue vestimentaire - HVA T0 - II - Apparence et tenue vestimentaire	HVA T1 - III - Entretien ménager - HVA T0 - III - Entretien ménager	HVA T1 - IV - Entreposage et préparation des aliments - HVA T0 - IV - Entreposage et préparation des aliments	HVA T1 - V - Santé - HVA T0 - V - Santé
Z	-1,000 ^a	,000 ^b	-,816 ^c	-1,342 ^a	,000 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	1,000	,414	,180	1,000

a. Based on positive ranks.

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Tableau 17 (suite)
Test de Wilcoxon
Échelle d'habiletés de vie autonome

	HVA T1 - VI - Gestion financière - HVA T0 - VI - Gestion financière	HVA T1 - VII - Déplacements - HVA T0 - VII - Déplacements	HVA T1 - VIII - Loisirs - HVA T0 - VIII - Loisirs	HVA T1 - Éval. Hygiène - HVA T0 - Éval. Hygiène	HVA T1 - Éval. Apparence et tenue vestimentaire - HVA T0 - Éval. Apparence et tenue vestimentaire
Z	-1,414 ^c	,000 ^b	-1,890 ^a	-,577 ^c	-1,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,157	1,000	,059	,564	,317

a. Based on positive ranks.

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

c. Based on negative ranks.

Tableau 18
 Statistiques descriptives
 Sous-échelle VIII "Loisirs" (ÉHVA)

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
HVA_VIII_1	4	1,00	,000	1	1
HVA_VIII_2	4	1,00	,000	1	1
HVA_VIII_3	4	1,00	,000	1	1
HVA_VIII_4	4	,50	,577	0	1
HVA_VIII_5	4	,75	,500	0	1
HVA_VIII_6	4	,50	,577	0	1
HVA1_VIII_1	4	,75	,500	0	1
HVA1_VIII_2	4	1,00	,000	1	1
HVA1_VIII_3	4	,75	,500	0	1
HVA1_VIII_4	4	,00	,000	0	0
HVA1_VIII_5	4	,75	,500	0	1
HVA1_VIII_6	4	,25	,500	0	1

Tableau 19
 Test de Wilcoxon
 Sous-échelle VIII "Loisirs" (ÉHVA)

	HVA1_VIII_1 - HVA_VIII_1	HVA1_VIII_2 - HVA_VIII_2	HVA1_VIII_3 - HVA_VIII_3	HVA1_VIII_4 - HVA_VIII_4
Z	-1,000 ^a	,000 ^b	-1,000 ^a	-1,414 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,317	1,000	,317	,157

a. Based on positive ranks.

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Tableau 19 (suite)
 Test de Wilcoxon
 Sous-échelle VIII "Loisirs" (ÉHVA)

	HVA1_VIII_5 - HVA_VIII_5	HVA1_VIII_6 - HVA_VIII_6
Z	,000 ^b	-1,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	,317

a. Based on positive ranks.

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Échelle de l'estime de soi version courte (Self Esteem Rating Scale Short Form – SERS-SF)

L'analyse des résultats globaux de l'échelle d'estime de soi ne révèle pas de changement significatif entre le T0 et le T1 ($Z = -0,552$; $p > 0,05$). Cependant, il semble y avoir une tendance vers l'augmentation de l'estime de soi, au niveau des scores positifs ($Z = -1,604$; $p = 0,109$).

Tableau 20
Statistiques descriptives
Échelle de l'estime de soi version courte

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Score - T0 - Positif	4	42,00	12,517	31	60
Score - T0 - Négatif	4	-19,50	7,724	-27	-11
Score - T0 - Global	4	22,50	17,748	12	49
Score - T1 - Positif	4	46,25	12,093	36	63
Score - T1 - Négatif	4	-25,00	7,348	-31	-15
Score - T1 - Global	4	21,25	19,380	6	48

Tableau 21
Test de Wilcoxon

Échelle d'estime de soi version courte

	Score T1 - Positif - Score T0 - Positif	Score T1 - Négatif - Score T0 - Négatif	Score T1 - Global - Score T0 - Global
Z	-1,604 ^a	-1,473 ^b	-,552 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,109	,141	,581

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

Échelle de provisions sociales (ÉPS)

L'analyse des résultats de l'échelle de provisions sociales démontre qu'il n'y a pas eu de changement significatif entre le T0 et le T1 pour chacune des sous-échelles ($p > 0,05$).

Tableau 22
Statistiques descriptives
Échelle de provisions sociales

	N	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
T0 - EPS - Attachement	4	8,50	3,416	5	13
T0 - EPS - Guidance	4	9,50	1,000	8	10
T0 - EPS - Reliable alliance	4	9,25	,957	8	10
T0 - EPS - Opportunity for nurturance	4	11,25	1,708	9	13
T0 - EPS - Reassurance of worth	4	10,25	,500	10	11
T0 - EPS - Social integration	4	11,00	1,414	10	13
T1 - EPS - Attachement	4	6,50	3,000	4	10
T1 - EPS - Guidance	4	9,50	1,732	7	11
T1 - EPS - Reliable alliance	4	8,00	2,828	4	10
T1 - EPS - Opportunity for nurturance	4	10,00	4,243	7	16
T1 - EPS - Reassurance of worth	4	9,50	1,915	7	11
T1 - EPS - Social integration	4	9,75	4,031	4	13

Tableau 23
Test de Wilcoxon
Échelle de provisions sociales

	T1 - EPS - Attachement – T0 - EPS - Attachement	T1 - EPS - Guidance – T0 - EPS - Guidance	T1 - EPS - Reliable alliance – T0 EPS - Reliable alliance	T1 - EPS - Opportunity for nurturance – T0 EPS - Opportunity for nurturance
Z	-,736 ^a	,000 ^b	-1,342 ^a	-,736 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,461	1,000	,180	,461

a. Based on positive ranks.

b. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Tableau 23 (suite)
Test de Wilcoxon
Échelle de provisions sociales

	T1 - EPS - Reassurance of worth – T0 - EPS - Reassurance of worth	T1 - EPS - Social integration – T0 - EPS - Social integration
Z	-,736 ^a	-,447 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,461	,655

a. Based on positive ranks.

Les résultats obtenus à ces différents instruments seront discutés à la section suivante. Ils serviront à appuyer les réponses aux différentes hypothèses retenues dans le cadre de cette recherche pré-expérimentale.

Discussion et recommandations

Cette section porte sur la discussion en lien avec les résultats de cette étude. Dans un premier temps, les différentes hypothèses proposées par cette recherche seront vérifiées. Par la suite, les limites de l'étude seront identifiées puis des recommandations seront émises afin de combler les lacunes identifiées pour des études subséquentes.

Vérification des hypothèses de recherche

Hypothèse 1

Les participants présenteront moins de symptômes spécifiques à leur trouble mental au T1 qu'au T0.

L'échelle brève de cotation psychiatrique (BPRS) est l'instrument de mesure utilisé pour vérifier cette hypothèse. L'analyse des résultats ne révèle aucun changement significatif entre le T0 et le T1. Cette première hypothèse est donc rejetée.

Hypothèse 2

Les participants présenteront une réduction de la détresse associée aux symptômes et une réduction du niveau de conviction lié aux symptômes spécifiques à leur trouble mental au T1 comparativement au T0.

L'auto-évaluation des symptômes est l'instrument de mesure utilisé pour vérifier cette seconde hypothèse. L'analyse des résultats ne démontre aucun changement significatif pour les moyennes de chacun des items qui la composent entre le T0 et le T1. La seconde hypothèse de recherche est donc rejetée.

Hypothèse 3

Les participants présenteront moins d'anxiété au T1 qu'au T0.

L'inventaire d'anxiété de Beck est l'instrument utilisé pour vérifier cette troisième hypothèse de recherche. L'analyse des résultats ne révèle aucun changement significatif entre le T0 et le T1 pour les moyennes des items qui composent cet instrument. La troisième hypothèse de recherche est donc rejetée.

Hypothèse 4

Les participants présenteront moins d'incapacités liées à leur trouble mental au T1 qu'au T0.

L'échelle d'incapacité de Sheehan est l'instrument utilisé pour vérifier cette quatrième hypothèse de recherche. L'analyse des résultats ne révèle aucun changement significatif entre le T0 et le T1. Cependant, on observe des tendances vers la réduction des incapacités en lien avec la vie sociale et la vie familiale entre le T0 et le T1. Il est donc probable qu'avec un échantillon plus large, cette différence aurait pu être significative. Cette réduction des incapacités peut s'expliquer par le fait que les participants ont perçu la thérapie comme étant un lieu de socialisation. De plus, il est possible de croire que les participants aient aussi déterminé qu'une de leurs valeurs importantes était liée à la vie familiale et à la vie sociale et qu'ils aient décidé de s'engager dans l'action pour se diriger dans cette direction valorisée, d'où la réduction des incapacités en lien avec ces domaines, qui est tout de même non-significative, entre le T0 et le T1. Malgré ces résultats intéressants, la quatrième hypothèse de recherche est rejetée.

Hypothèse 5

Les participants présenteront plus d'autonomie au T1 qu'au T0.

L'échelle des habiletés de vie autonome est l'instrument utilisé pour vérifier cette cinquième hypothèse de recherche. L'analyse des résultats ne révèle aucun changement significatif entre le T0 et le T1 pour les différentes sous-échelles d'autonomie qui composent cette échelle. Par contre, on observe une importante tendance pour la diminution de l'autonomie en lien avec les loisirs. Afin de mieux comprendre ce résultat, qui est tout de même non-significatif, l'analyse des différents items qui composent cette sous-échelle a été réalisée. Bien qu'il n'y ait aucun résultat significatif qui ressorte de cette analyse, la plus forte des tendances vers la réduction de l'autonomie en lien avec les loisirs se situe au niveau de l'item numéro 4 dont la question est la suivante : « Allez-vous au cinéma une ou deux fois par mois? ». Il est difficile de voir le lien qui peut exister entre la thérapie et le cinéma. Par contre, il est possible de croire que durant le mois où a eu lieu la thérapie, les participants sont allés moins fréquemment au cinéma, puisque la thérapie a comblé un espace dans leur horaire qui habituellement était réservé à d'autres sorties, dont le cinéma. Ainsi, ce ne serait pas le contenu de la thérapie qui aurait un impact sur l'autonomie en lien avec les loisirs mais le fait de s'impliquer dans une activité supplémentaire qui, dans ce cas, était la participation à la thérapie. La cinquième hypothèse de recherche est donc rejetée.

Hypothèse 6

Les participants présenteront une estime de soi plus élevée au T1 qu'au T0.

L'échelle de l'estime de soi version courte est l'instrument qui a été utilisé pour vérifier cette sixième hypothèse. L'analyse des résultats de cet instrument ne révèle aucun résultat significatif entre le T0 et le T1. Par contre, on remarque une tendance vers l'augmentation de l'estime de soi pour la sous-échelle des items positifs. On pourrait donc croire que si le nombre de participants avait été plus important, on aurait pu faire ressortir un résultat significatif pour l'amélioration de l'estime de soi entre le T0 et le T1. La sixième hypothèse de recherche est tout de même rejetée.

Hypothèse 7

Les participants posséderont un soutien social plus élevé au T1 qu'au T0.

L'échelle de provisions sociales est l'instrument utilisé pour vérifier cette septième et dernière hypothèse de recherche. L'analyse des résultats ne révèle aucun changement significatif entre le T0 et le T1. La thérapie n'a donc pas eu un impact sur le soutien social. La septième hypothèse de recherche est donc rejetée.

À la lumière de ces résultats, il est possible de constater que toutes les hypothèses ont été rejetées. D'un certain point de vue, ces résultats peuvent paraître étonnants puisque les participants se sont engagés à participer aux rencontres de groupe et ont fait preuve d'assiduité à s'y présenter. À la fin des rencontres de groupe, on pouvait remarquer une modification du comportement des participants dans le fonctionnement de groupe, c'est-à-dire une augmentation

de la socialisation et des interventions plus fréquentes et plus adaptées des participants lors des activités proposées. .

D'un autre point de vue, ces résultats ne sont pas si étonnants, étant donné les différents biais et les différentes embûches rencontrés durant le déroulement de cette recherche. Dans les prochaines lignes, ces embûches seront décrites et des recommandations seront émises pour les éviter, dans l'éventualité d'une réplication de cette étude.

Limites de l'étude

L'évaluation des effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves dans un contexte de maîtrise avec mémoire est un défi audacieux. D'abord parce que la thérapie d'acceptation et d'engagement est non seulement méconnue au Québec mais son utilisation auprès d'une population souffrant notamment de troubles psychotiques est très peu documentée. Les écrits sur des interventions de groupe de l'ACT auprès de personnes souffrant de troubles psychotiques sont inexistantes. Il est donc évident qu'un certain nombre de points devraient être reconsidérés à l'avenir pour conduire d'autres études sur les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement dans le rétablissement de personnes souffrant de troubles psychotiques.

Nombre de sujets et recrutement

Le recrutement a été l'élément le plus difficile pour ce projet. D'abord, la présentation du projet de recherche auprès des équipes du CHRTR et du CSSSTR chargées de recruter les participants s'est faite au début du mois de juin 2009 à la suite de l'approbation du projet par les comités d'éthique de la recherche. Il s'agit d'un moment peu facilitant pour le recrutement, étant

donné que cette période coïncide avec le début des vacances d'été des intervenants en santé mentale de ces institutions.

Certains participants qui ont accepté de faire partie de l'étude dès le mois de juin se sont désistés en cours de route, car l'été aurait été un bon moment pour eux d'y participer, mais leurs engagements personnels ont fait en sorte qu'à l'automne, leurs disponibilités étaient considérablement réduites. Durant les six mois qu'a duré la période de recrutement, un total de 10 personnes se sont montrées intéressées à participer à ce projet de recherche. Il aurait été exceptionnel que la totalité de ces participants potentiels restent intéressés à prendre part au projet sur une si longue période.

L'implication des milieux dans ce projet de recherche n'a pas été optimale. En effet, il est surprenant de voir que les deux institutions de santé de Trois-Rivières ne puissent pas référer plus de 10 participants sur une période de six mois, malgré des critères de sélection assez larges, soit: être âgé entre 18 et 35 ans, être atteint d'un trouble mental grave (particulièrement trouble psychotique), être suivi à l'externe au CSSSTR ou au CHRTR, provenir de la région de Trois-Rivières, avoir une bonne compréhension de la langue française et pouvoir consentir de façon éclairée. Des rappels fréquents ont dû être faits aux instances concernées à quelques reprises. Il est certain que la population ciblée n'est pas reconnue comme étant facile à recruter pour des projets de recherche. Cependant, il peut être raisonnable de croire que si la recherche avait été réalisée par un employé d'un de ces centres, le recrutement aurait été plus aisé. Devant le manque d'implication du CSSSTR dans ce projet de recherche (un seul participant référé en six

mois et qui s'est finalement désisté), le chercheur a dû exclure ce milieu du recrutement des participants.

Après six mois de recrutement, six personnes étaient toujours intéressées à participer à la recherche. Uniquement quatre participants ont finalement pu prendre part au projet, les deux autres participants ne s'étant jamais présentés aux rencontres malgré plusieurs rappels. Ces participants ont finalement été exclus.

Déroulement et durée de la recherche

La pérennité d'une recherche dans le contexte d'études de deuxième cycle est un défi en soi. En effet, cette recherche n'étant pas subventionnée, il est particulièrement laborieux de maintenir un rythme efficient et propice à l'obtention de résultats significatifs. La réévaluation des participants à un troisième temps de mesure aurait été souhaitable, puisque dans les études recensées sur l'ACT auprès d'une population souffrant de troubles psychotiques (Bach & Hayes, 2002; Gaudio & Herbert, 2006), les effets étaient davantage marqués quelques mois après la fin de l'intervention. Puisque la présente étude ne pouvait se dérouler sur une plus longue période, un autre temps de mesure ne pouvait être envisagé.

Dans les études précédemment effectuées sur la thérapie d'acceptation et d'engagement auprès d'une population souffrant de troubles psychotiques en format individuel, un nombre réduit de rencontres (4 à 6) semblait amener des résultats significatifs. Cependant, dans des rencontres de groupe, les participants ne sont pas sollicités de la même façon ni de la même intensité qu'ils pourraient l'être en individuel. Il aurait pu être intéressant de voir quel aurait été l'impact d'un plus grand nombre de rencontres en format de groupe.

Instruments de mesure

La plupart des instruments de mesure ont été sélectionnés en raison de leurs qualités psychométriques démontrées dans des versions francophones. C'est notamment le cas du *Self-Esteem Rating Scale* (Nugent & Thomas, 1993), de l'Échelle de provisions sociales (Caron, 1996), de l'Échelle des habiletés de vie autonome (Cyr, Toupin, & Lesage, 1993) dont les validations ont été faites au Québec. L'échelle brève de cotation psychiatrique (BPRS) (Ventura, Lurkoff et al., 1993) ainsi que l'inventaire d'anxiété de Beck, (Beck et al., 1988) sont fréquemment utilisés dans des études réalisées au Québec et dans la francophonie en général. L'échelle d'incapacités de Sheehan (Sheehan, 2008) n'a pas été recensé dans des études réalisées auprès de la population québécoise, mais une version française validée était disponible. Cet instrument a cependant déjà été utilisé dans une étude randomisée portant sur la thérapie d'acceptation et d'engagement auprès d'une population souffrant de troubles psychotiques (Gaudiano & Herbert, 2006). Quant au questionnaire portant sur l'auto-évaluation des symptômes, aucune validation n'a été effectuée. Ce questionnaire a été adapté pour cette étude étant donné qu'aucune version française n'était disponible. Ce questionnaire était indispensable puisqu'il a été utilisé dans les deux études randomisées portant sur l'ACT auprès d'une population souffrant de troubles psychotiques (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006).

Le grand nombre de questionnaires pour cette étude constitue une source de biais. En effet, utiliser sept instruments de mesure est réaliste pour un petit échantillon, mais sur un plus grand échantillon, l'administration d'autant de questionnaires n'est pas particulièrement efficiente. De plus, le nombre de questionnaires utilisés a généralement un impact sur la taille de

l'échantillon pour un projet de recherche à la suite d'une analyse de puissance (*power analysis*).

Dans le présent cas, l'échantillon serait trop restreint pour utiliser autant de questionnaires.

Recommandations pour la réplication d'une étude similaire

À la lumière de cette expérience, plusieurs recommandations ou suggestions peuvent être émises pour des projets de recherche ultérieurs. Certaines recommandations s'appliquent directement à la méthodologie, d'autres plus particulièrement à l'intervention de groupe.

Recommandations méthodologiques

La recherche quantitative ne semble pas être le meilleur choix pour développer et valider une intervention de groupe, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un groupe comprenant un petit nombre de participants et en l'absence de groupe contrôle. Une méthodologie qualitative aurait permis de faire ressortir davantage les effets de l'ACT sur le rétablissement. De plus, un format qualitatif est plus approprié à un nombre restreint de sujets et peut permettre d'avoir une meilleure compréhension des effets obtenus d'une intervention. La méthodologie qualitative s'avère aussi beaucoup plus proche du paradigme de la pleine conscience, puisqu'elle s'attarde beaucoup plus sur l'expérience subjective des individus que le fait la recherche quantitative.

Le mode de recrutement devrait être revu. En effet, il a été difficile d'intégrer un projet de recherche dans un milieu qui n'y était pas particulièrement préparé. Il serait beaucoup plus simple de mesurer les effets d'une thérapie si celle-ci était proposée directement par le milieu clinique et ce, pour diverses raisons. D'abord, parce que la clinique est un lieu connu des éventuels participants et ensuite, parce que la thérapie offerte pourrait, par la suite, faire partie intégrante de

son offre de services. Malheureusement, ces conditions n'étaient pas en place durant le déroulement de ce projet de recherche.

Il serait souhaitable d'avoir un coordonateur de recherche pour mener à bien un tel projet. Le coordonateur aurait pu être en lien plus direct avec les milieux et expliquer le projet dès qu'un nouveau participant se manifeste. Cependant, ce type de ressource est seulement envisageable dans un projet subventionné.

Un milieu de recrutement avec une population souhaitée plus importante aurait aussi pu permettre de rejoindre davantage de participants. Il est possible de croire que si cette recherche s'était effectuée dans une ville où il existe un hôpital à vocation psychiatrique (par exemple Montréal, Québec ou Gatineau), le nombre de participants référés aurait été supérieur, ce qui aurait été plus propice à une étude quantitative.

Recommandations à l'intervention de groupe

La dynamique en format de groupe est très différente de celle en format individuel. La peur d'être jugé et les inconforts liés à l'exposition d'expériences personnelles peuvent être vus comme des obstacles importants lors des rencontres de groupe. Il aurait pu être intéressant que les participants aient droit à deux ou trois rencontres individuelles avant de prendre part aux rencontres de groupe. Durant ce projet de recherche, il a été remarqué que les concepts de l'ACT semblent difficiles à saisir pour les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves. Les rencontres individuelles pourraient permettre à ces personnes de mieux intégrer les concepts inhérents à la thérapie avant de se joindre à des groupes de personnes qui font l'expérience de la souffrance dans leur quotidien. Toutefois, le format de groupe permet de partager une expérience

que l'on imaginait unique et de rencontrer d'autres personnes vivant des expériences similaires, favorisant le développement du soutien social (Leclerc & Lecomte, 2004).

L'augmentation du nombre de rencontres pourrait être une alternative à la combinaison de rencontres individuelles et de groupe. Un nombre supérieur de rencontres aiderait à construire une alliance thérapeutique plus forte et un meilleur lien de confiance entre les participants.

Les interventions de groupe ne devraient pas cibler uniquement les troubles psychotiques. Elles devraient être multi-problématiques, tout en ciblant certaines caractéristiques sociodémographiques, par exemple le groupe d'âge. Comme le rapporte Leclerc (1996), les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux ont tendance à partager les mêmes idéaux et les mêmes valeurs que les autres personnes de leur âge. En s'appuyant sur cette conception, les rencontres de groupe de l'ACT n'abordent pas directement les symptômes, mais plutôt la souffrance et les inconforts qui y sont reliés. Les participants viennent à développer un sentiment de compassion et à comprendre la souffrance des autres.

Contribution à la discipline infirmière

L'expertise de l'infirmière en matière de réadaptation psychiatrique est de plus en plus sollicitée afin de mener au rétablissement des personnes qui souffrent de troubles mentaux graves. Cependant, jusqu'à maintenant, les infirmières sont très peu sollicitées dans le développement et l'utilisation d'interventions thérapeutiques issues de la recherche. Récemment, l'OIIQ a publié le rapport d'un comité d'experts en santé mentale sur la pratique infirmière dans ce domaine (OIIQ, 2009). Ce rapport souligne l'importance de « soutenir le renouvellement des pratiques en tenant compte d'une évolution significative des connaissances scientifiques dans le

domaine de la santé mentale » (OIIQ, 2009, p. 2). Le Comité d'experts en santé mentale a élaboré « six volets de compétences qui correspondent au cœur du champ d'exercice de l'infirmière appliqué au domaine de la santé mentale » (OIIQ, 2009, p. 15). Le volet du suivi infirmier relève l'importance de la formation sur les bases théoriques d'approches thérapeutiques courantes qui comprend la thérapie cognitive comportementale ainsi que sur des approches psycho-éducatives visant la participation et l'autodétermination de la personne.

La recherche proposée dans ce mémoire cadre bien avec les constats du Comité d'experts en santé mentale. Effectivement, la poursuite des recherches sur les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de troubles mentaux graves rejoint l'importance d'intégrer cette nouvelle approche à la pratique infirmière de première ligne en santé mentale. Avec davantage de résultats probants concernant les effets de l'ACT sur le rétablissement de jeunes adultes présentant des troubles mentaux graves, on serait en mesure de favoriser le suivi infirmier auprès de cette clientèle. Théoriquement, l'ACT favorise la participation et l'autodétermination de la personne, ce qui est aussi recherché dans le volet du suivi infirmier et pourrait ainsi favoriser le rétablissement.

Finalement, la recherche proposée dans ce mémoire contribue à l'élargissement du savoir infirmier et des compétences qui y sont associées afin non seulement de bonifier le suivi infirmier, mais aussi d'élargir le spectre des interventions thérapeutiques que l'infirmière pourra offrir à la clientèle souffrant de troubles mentaux graves dans une perspective de réadaptation menant au rétablissement.

Conclusion

L'étude effectuée dans le cadre de cette maîtrise a tenté de mesurer les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves. Les jeunes adultes qui ont participé à ce projet de recherche ont été mis en contact avec les différents concepts inhérents à la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Le cadre théorique de la thérapie d'acceptation et d'engagement a outillé les participants à vivre dans le moment présent, à être en mesure de cibler leurs valeurs ou leur direction de vie et à effectuer des actions en lien avec ces valeurs. Des exercices ont aussi été proposés pour accepter des expériences difficiles plutôt que de les éviter, pour défusionner le lien entre les règles du langage verbal et leurs émotions et pour apprendre à avoir une vision différente de soi, tel que de se voir d'un point de vue extérieur afin d'avoir une perception différente de soi et de ses actions.

Les hypothèses de recherche n'ont pas pu être validées durant cette étude, ni les acquis des participants en matière d'acceptation et d'engagement. Cependant, des tendances ont tout de même été rapportées au niveau de l'amélioration de l'estime de soi ainsi qu'au niveau de la réduction des incapacités liées à la vie sociale et à la vie familiale. De plus, les participants étaient intéressés par les différentes activités et certains ont fait part de leur intérêt à utiliser encore les exercices audio qui étaient proposés durant l'intervention de groupe.

Ce projet de recherche a permis d'émettre différentes recommandations afin d'optimiser les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement en format de groupe. Des recommandations ont aussi été proposées afin d'éviter des erreurs et biais qui ont été rapportés dans ce projet de recherche.

Il serait souhaitable que d'autres études ciblant une population plus grande soient conduites sur les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves.

Références

- Addington, D., Bouchard, R.-H., Goldberg, J., Honer, B., Malla, A., Norman, R., Tempier, R., Berzins, S.. (2005). Clinical practice guidelines: treatment of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*(S1).
- Anderson, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry, 152*, 441-449.
- Andreasen, N. C. (1982a). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry, 39*(7), 784-788.
- Andreasen, N. C. (1982b). Negative vs positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry, 39*(7), 789-794.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-14.
- Anthony, W. A., Cohen, M., & Farkas, M. D. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV-R ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2004). *Training grid outlining best practices for recovery and improved outcomes for people with serious mental illness*. Washington: American Psychological Association Task Force on Severe Mental Illness.
- Arcand, P. (2007). *Québec sur ordonnance*. [DVD]. 90 min. Canada: Alliance Vivafilm.
- Awad, A. G., & Hogan, T. P. (1985). Early treatment events and prediction of response to neuroleptics in schizophrenia. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry, 9*, 585-588.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-1139.
- Bachrach, L. L. (1996). Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry: What are the boundaries? *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 28-35.
- Bachrach, L. L. (2001). *Psychiatric Rehabilitation: Where are we?* Paper presented at the Colloque annuel de réadaptation psychosociale, Québec, Canada.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.

- Barbès-Morin, G., & Lalonde, P. (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 529-536.
- Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1998). Social functioning and family interventions. In K. T. Mueser (Ed.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 327-341). Boston: Allyn & Bacon.
- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenia with delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 893-897.
- Benson, H. (1979). *The mindbody effect: how behavioral medicine can show you the way to better health*. New York: Simon and Schuster.
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (1976). *Réagir par la détente ou comment résister aux agressions extérieures* (Trad. de J. Donnars). Paris: Tchou.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bleuler, E., & Zinkin, J. (1911). *Dementia Praecox of the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy, Theory Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bower, M. B., Mazure, C. M., Nelson, J. C., & Jatlow, P. I. (1990). Psychotogenic drug use and neuroleptic response. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 81-85.
- Buchanan, R. W., & Gold, J. M. (1996). Negative symptoms: diagnosis, treatment and prognosis. *International Clinical Psychopharmacology, Suppl 2*, 3-11.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*, 32(2), 337-369.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Carbone, S., Harrigan, S., McGorry, P.D., Curry, C., & Elkins, K. (1999). Duration of untreated psychosis and 12-month follow-up in first-episode psychosis: the impact of treatment approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (2), 96-104.

- Caron, J. (1996). L'échelle de provisions sociales: une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, XXI(2), 158-180.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The Clinician's Illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1178-1182.
- Coldham, E. L., Addington, J., & Addington, D. (2002). Medication adherence of individuals with first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 286-290.
- Corrigan, P., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Cramer, J. A., & Rosenheck, R. A. (1998). Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. *Psychiatric Services*, 49, 196-201.
- Crow, T. J. (1986). The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *British Journal of Psychiatry*, 149, 419-429.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cyr, M., Toupin, J., & Lesage, A. (1993). Évaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques. *Santé mentale au Québec*, XVIII(2), 1-17.
- Dahl, J. C., Wilson, K. G., & Luciano, C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno, NV: Context Press.
- Dahl, J., Plumb, J.C., Stewart, I., & Lundgen, T. (2009). *The Art & Science of Valuing in Psychotherapy*. Oakland (CA): New Harbinger.
- Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34-43.
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: Practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8.
- DeSisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995a). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness - I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 338-342.
- DeSisto, M. J., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1995b). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness - II. Longitudinal course comparison. *British Journal of Psychiatry*, 167, 338-342.

- Dickerson, F. B., Tenhula, W. N., & Green-Paden, L. D. (2005). The token economy for schizophrenia: review of the literature and recommendations for future research. *Schizophrenia Research, 75*, 405-416.
- Dingman, C. W., & McGlashan, T. H. (1989). Psychotherapy. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (pp. 263-282). New York: Plenum Press.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Bond, G. R., & Mueser, K. T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly, 70*(4), 289-301.
- Drake, R. E., & Bellack, A. S. (2008). Psychiatric Rehabilitation. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. p. 1476-1487 Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., & Torrey, W.C. (2001). Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings. *Psychiatric Services, 52* (2), 179-182.
- Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R. V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D., & Macdonald, R.R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3 month follow-up. *British Journal of Psychiatry, 182*, 303-311.
- Edwards, J., Maude, D., McGorry, P. D., Harrigan, S. M., & Cocks, J. T. (1998). Prolonged recovery in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry, 172*(Suppl 33), 107-116.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Falloon, I. R. H., Held, T., Cloverdale, J. H., Roncone, R., & Laidlaw, T. M. (1999). Family interventions for schizophrenia: a review of international studies of long-term benefits. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 3*(2), 268-290.
- Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1994). Antecedents, symptom progression and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 151*, 351-356.
- Flexer, R. W., & Solomon, P. L. (1993). Introduction. In *Psychiatric rehabilitation in practice* (pp. xiii-xvii-xiii-xvii). Boston: Andover Medical Publishers.
- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry, 47*, 228-236.

- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'encéphale*, *XX*, 47-55.
- Freud, S. (1961). Civilization and discontent. Dans J. Strachey, Tyson, A., & Freud, A. (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 21) p 64-148. Londre: Hogarth Press.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 415-437.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Gitlin, M. J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Ventura, J., Mintz, J., Fogelson, D. L., et al. (2001). Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in remitted recent-onset schizophrenia patients. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1835-1842.
- Gleeson, J., Larsen, T. K., & McGorry, P. (2003). Psychological treatment in pre- and early psychosis. *Journal of Academic Psychoanalytical Dynamic Psychiatry*, *31*, 229-245.
- Glynn, S. M., Mueser, K. T., & Tarrier, N. (1998). Psychopathology and social functioning in schizophrenia. In *Psychosocial functioning in schizophrenia* (pp. 66-78). Boston: Allyn & Bacon.
- Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P., & Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, *47*(9), 833-843.
- Goldstein, M. J. (1999). Psychosocial treatments for individuals with schizophrenia and related disorders. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy: a guide for practitioners, researchers and policymakers* (pp. 235-247). New York: Oxford University Press.
- Goleman, D. J., & Schwartz, G. E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (44), 456-466.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, *153*, 321-330.
- Grossman, P., Nieman, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2003). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*, 35-43.
- Gunaratana, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.

- Gunderson, J. G. (1978). Patient/therapist matching: a research evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1193-1197.
- Hanh, T. N. (1999). *The miracle of mindfulness*: Beacon Press.
- Harris, R. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing Our Hills: A Beginning Conversation on the Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286-295.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 249-254.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experimental Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Waternaux, C., & Oepen, G. (1994). One Hundred Years of Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Outcome Literature. *American Journal of Psychiatry*, 151(10), 1409-1416.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skill training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.
- Helgason, L. (1990). Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 231-235.
- Hofmann, S. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 280-285.
- Hofmann, S., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 295-299.

- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., & Cooper, J. E. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20, 1-97.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gotner, E., & Prince S.E.(1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Johnstone, E. C., MacMillan, J. F., Frith, C. D., Benn, D. K., & Crow, T. J. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182-189.
- Jung, C. G. (1954). Commentaire psychologique. In W. Y. Evans-Wentz (Ed.), *Le livre tibétain de la grande libération: ou la méthode pour réaliser le Nirvana par la connaissance de l'esprit*. 230 p. Paris: Adyard.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living : Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self regulation of chronic pain. *Journal of Behavior Medicine*, 8(2), 163-190.
- Killaspy, H., Benerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance: characteristics and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 176(2), 160-165.
- Klimke, A., Klieser, E., Lehmann, E., & Miele, L. (1993). Initial improvement as a criterion for drug choice in acute schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 26, 25-29.
- Koch, A., & Gillis, L. S. (1991). Non-attendance of psychiatric out-patients. *South African Medical Journal*, 80(6), 289-291.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Kopala, L. C., Fredrikson, D., Good, K. P., & Honer, W. G. (1996). Symptoms in neuroleptic-naive, first-episode schizophrenia: response to risperidone. *Biological Psychiatry*, 39, 296-298.

- Kopelowicz, A., Corrigan, P., Wallace, C. J., & Liberman, R. P. (1996). Biopsychosocial rehabilitation. In A. Tasman, J. Kay & J. A. Lieberman (Eds.), *Psychiatry* (pp. 1513-1534). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kraepelin, E. (1970). *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Toulouse: Privat Éditeur.
- Lalonde, P. (2007). Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 183-186.
- Lalonde, P., Aubut, J., & Grunberg, F. (1999). *Psychiatrie clinique: Une approche bio-psycho-sociale* (Vol. 1). Montréal: Gaëtan Morin.
- Lalonde, P., Aubut, J., & Grunberg, F. (2001). *Psychiatrie clinique: Une approche bio-psycho-sociale* (Vol. 2). Montréal: Gaëtan Morin.
- Lamb, H. R. (1988). One-to-one relationships with the long-term mentally ill: issue in training professionals. *Community Mental Health Journal*, 24, 328-337.
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1964). *The psychedelic experience: a manuel based on the Tibetan book of the dead*. New York: University Books.
- Leclerc, C. (1996). Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, XXI(2), 53-72.
- Leclerc, C., & Lecomte, T. (2004). Approches de groupe destinées aux personnes souffrant de troubles mentaux graves: De la mise en place aux résultats potentiels. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (Éds), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (pp. 31-64). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Leclerc, C. (2008). L'efficience des stratégies de réhabilitation. *L'information psychiatrique*, 84, 903-906.
- Leclerc, C., Lesage, A., & Ricard, N. (1994). *Analyse du processus cybernétique*. Montréal: document inédit.
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Research*, 143(1), 99-108.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2007). Implementing Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Issues and Solutions. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44, 588-597
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, G. W., Greaves, C., & Bentall, R. P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 102(1), 295-302.

- Lesage, A., & Morissette, R. (2002). Chronic My A**. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7), 619-620.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14 (4), 245-255.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., & Smith, T.E. (2000). Psychiatric Rehabilitation. Dans B. J. Sadock & Sadock V.A., (Eds.), Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7^e éd. Vol. 2, p. 3218-3245. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59 (5), 487-496.
- Lieberman, J. A., Scoup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., et al. (2005). Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353 (12), 1209-1223.
- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Loebel, A., D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M. J., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H., & Szymanski, S. R. (1992). Duration of Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1183-1188.
- Lysaker, P. H., & Bell, M. (1995). Negative symptoms and vocational impairment in schizophrenia: repeated measurements of work performance over six months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 205-208.
- Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Knight, E. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric Services*, 53(3), 310-316.
- Malla, A., Norman, R., Manchanda, R., Ahmed, M. R., Scholten, D., Harricharan, R., Cortese, L., Takhar, J. (2002). One year outcomes in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophrenia Research*, 54, 231-242.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and Meditation. In I. W. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. p. 67-84. Washington: American Psychological Association.
- May, P. R., Van Putten, T., & Yale, C. (1980). Predicting outcome of antipsychotic drug treatment from early response. *American Journal of Psychiatry*, *137*, 1088-1089.
- McGlashan, T. H. (1984). The Chestnut Lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 586-601.
- McGlashan, T. H. (1988). A selective review of recent North American long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *14*, 515-542.
- McGlashan, T. H. (1996). Early detection and intervention in schizophrenia: Research. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 327-345.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 305-326.
- Messier, M. J. (2001). Réadaptation. In P. Lalonde, J. Aubut & F. Grunberg (Eds.), *Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale* (Vol. 2) p. 1876-1890. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Morissette, R. (1996). *Traitement, réadaptation, réhabilitation*. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Morrison, A. P. (2002). *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. Londres: Taylor & Francis, Inc.
- Morrison, R. L., Bellack, A. S., Wixted, J. T., & Mueser, K. T. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: a cluster analytic approach. *Journal of Nervous and mental Disease*, *178*, 377-384.
- MSSS. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Mueser, K. T., Corrigan, P., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery for severe mental illness: A review of the research. *Psychiatric Services*, *53*, 1272-1284.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders : A Guide to Effective Practice*. New York: The Guildford Press
- Neveu, C., & Dionne, F. (2009). La thérapie d'acceptation et d'engagement: une approche novatrice. *Psychologie Québec*, *26*(6), 29-31.

- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Gitlin, M., Dawson, M. E., Ventura, J., Snyder, K. S., Fogelson, S.S., & Mintz, J. (1999). Neurocognitive and environmental contributors to work recovery after initial onset of schizophrenia: answers from path analyses. *Schizophrenia Research*, 36, 179.
- Nugent, W., & Thomas, J. (1993). Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research and Social Work Practice*, 3, 208-218.
- OIIQ. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale*. Montréal: OIIQ.
- OIIQ. (2003). *L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie*. Montréal: OIIQ.
- OIIQ. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier: La trace des décisions cliniques de l'infirmière*. Montréal: OIIQ.
- OIIQ (2009). *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider. Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques*. Montréal: OIIQ.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000). Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222.
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799-812.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacological Bulletin*, 24, 97-99.
- Overall, J. E., & Klett, C. J. (1972). *Applied Multivariate Analysis*. New York: McGraw Hill.
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-617.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S64-S80.
- Pharoah, F. M., Mari, J. J., Rathbone, J. & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006 (4)

- Pierson, H., Hayes, S. C., Gilbert, P., & Leahy, R. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. In *The Therapeutic Relationship in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 205-228). London: Routledge.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuiper, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatment in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behavioral therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Pogue-Geile, M. F., & Harrow, M. (1987). The longitudinal study of negative symptoms in schizophrenia. In R. R. Grinker & M. Harrow (Eds.), *Clinical research in schizophrenia: a multidimensional approach* (pp. 189-199). Springfield: Charles C. Thomas.
- Powers, M., Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 246, 2511-2518.
- Ricard, M. (2008). *L'art de la méditation*. Paris: NIL.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S. H., et al. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 241-247.
- Sakheim, D. K., Flanagan, E., Hawkins, D., & Davidson, L. (2010). La pertinence du mouvement de rétablissement pour les personnes diagnostiquées Trouble de personnalité limite. In C. Leclerc (Ed.), *Troubles de personnalité et réadaptation. Tome II*. p. 1.02-1.25, St-Jérôme: Éditions Ressource.
- Schooler, N. R. (2003). Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *Journal of clinical psychiatry*, 64(suppl 16), 14-17.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press.
- Sheehan, D.V. (2008). Sheehan Disability Scale. Dans A.J. Rush, M.B. First, & Blacker, D. (Eds). *Handbook of Psychiatric Measures*. 2^e éd. p. 100-102. Washington, D.C.: American Psychiatric Publication.
- Sheitman, B. B., Lee, H., & Strauss, R. (1997). The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 653-661.

- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1108-1124.
- Stassen-Berger, K. (2000). *Psychologie du développement*. Montréal: Modulo.
- Swafford, C. D., Kasckow, J. W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L. B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 20*(1-2), 145-151.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy, 33*, 25-39.
- Thera, N. (1972). *The power of mindfulness*. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Tsuang, M. T., Simpson, J. C., & Kronfol, Z. (1982). Subtype of drug abuse with psychosis: demographic characteristics, clinical features, and family history. *Archives of General Psychiatry, 39*, 141-147.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 189*, 36-40.
- Van Der Does, A. J., Dingemans, P. M., Linszen, D. H., Nugter, M. A., & Scholte, W. F. (1993). Symptom dimensions and cognitive and social functioning in recent-onset schizophrenia. *Psychological Medicine, 23*, 745-753.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of the family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry, 129* (2), 125-137.
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "the drift busters". *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3*, 221-244.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Liberman, R. P., Green, M. F., & Shaner, A. (1993). Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3*, 221-224.
- Vigneault, L. & Décary, R. (2009). *Chaise berçante à vendre...*[DVD] 22 min. Montréal: Communication Bastien / Décary.
- Vincent, M., Gagné, C., & Thérien, J. (2001). Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie. *Santé mentale au Québec, XXVI*(2), 92-105.

- Walser, R. D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Weiden, P., Olfson, M., Essock, S., & Blackwell, B. (1997). Medication noncompliance in schizophrenia: effects on mental health service policy. In *Treatment compliance and the therapeutic alliance* (pp. 35-60). New York: Harwood Academic Publishers.
- Whitehorn, D., Lazier, L., & Kopala, L. C. (1998). Psychosocial rehabilitation early after the onset of psychosis. *Psychiatric Services, 49*, 1135-1137.
- Wolkow, K. E., & Ferguson, H. (2001). Community factors in the development of resiliency. *Community Mental Health Journal, 37*, 489-498.
- Zettle, R. D. (2007). *ACT for Depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Zettler, R., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional Control by verbal behavior: the context of reason-giving. *Anal of Verbal Behavior, 4*(30), 30-38.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1653-1664.

Appendices

Appendice A

Formulaire de consentement (CHRTR)

**Effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le
rétablissement de jeunes adultes recevant des services en
santé mentale**

Lettre d'information et formulaire de consentement

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche *Effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes recevant des services en santé mentale*

Alexandre Benoit, inf. B.Sc.

Département des sciences infirmières

**Sous la supervision de Claude Leclerc, Ph.D., infirmier et professeur au
Département de sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières et
directeur d'études de deuxième cycle.**

**Cette recherche est conduite avec l'autorisation et la participation du Centre
hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et le Centre de santé et services
sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR).**

Vous êtes invités à participer à une recherche qui vise à mieux comprendre les effets d'une intervention thérapeutique favorisant le rétablissement de jeunes adultes qui reçoivent des services en santé mentale. Votre participation serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de mesurer les effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes recevant des services en santé mentale. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre participation afin que vous puissiez prendre une décision éclairée. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser avant de décider de participer ou non à l'étude. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin et consulter les personnes de votre choix avant de prendre votre décision.

Tâche

Pour ce projet de recherche, un groupe sera formé. Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à des questions lors de deux entrevues avec le chercheur, qui vous interrogera sur différents aspects de votre vie. Ces entrevues auront lieu une fois par mois sur une période de deux mois. Chaque entrevue aura une durée moyenne d'une heure trente. Durant le projet, vous serez invité à participer à quatre activités de groupe, qui se dérouleront sur une période d'un mois à raison d'une rencontre d'une heure par semaine. Ces activités seront en complément à vos traitements habituels. L'horaire des rencontres de groupe sera établi en fonction des disponibilités des participants.

Initiales du participant: _____

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est directement associé à votre participation. Cependant, lors de l'activité de groupe, il est possible que vous éprouviez des émotions intenses, de l'inconfort, de la gêne ou de l'anxiété. Le temps consacré au projet peut aussi être un inconvénient, soit environ sept heures (deux entrevues de 1h30 avec le chercheur et quatre activités de groupe de 1h chacune).

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes souffrant d'un trouble mental est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Une compensation monétaire symbolique de 10 \$ vous sera accordée pour les déplacements que vous aurez à effectuer à chacune des entrevues avec le chercheur. Aucune somme supplémentaire ne sera accordée pour votre participation au groupe d'activité.

Confidentialité

Les données recueillies au cours de cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en vous identifiant à l'aide de codes numériques. Les résultats de la recherche seront diffusés sous forme de mémoire de maîtrise, d'articles, de communications ou de conférences, mais ne permettront en aucun cas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé au laboratoire de recherche en sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières et les seules personnes qui y auront accès seront les membres de l'équipe de recherche. Les données seront détruites dès la fin de l'étude et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer à y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision. La personne retirée sera prise en charge par un intervenant. Il est prévu que de l'aide appropriée sera fournie en cas de besoin.

Initiales du participant: _____

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

Alexandre Benoit, infirmier clinicien
Candidat à la Maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
Département des sciences infirmières
3351, boulevard des Forges C.P. 500
Trois-Rivières (Qc)
G9A 5H7
Tél. : (819) 699-0249

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières a approuvé cette recherche et il en assure le suivi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez joindre monsieur François Lemire, président du Comité d'éthique de la recherche au 819-697-3333 poste 64399.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler à l'égard de la présente recherche, veuillez communiquer avec madame Andrée Proulx, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services au 819-697-3333 poste 53411.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-09-144-06.06 a été émis le 25 février 2009.

Initiales du participant: _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Alexandre Benoit, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet Effets de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes recevant des services en santé mentale. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucune pénalité.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant :	Chercheuse ou chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Initiales du participant: _____

Appendice B

Approbation du projet de recherche

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Effets d'une intervention découlant de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique (2e demande)

Chercheur : Alexandre Benoit, Étudiant à la maîtrise

Département : Département des sciences infirmières

Organisme : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 25 février 2009

Date de fin : 30 septembre 2009

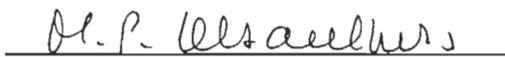
COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

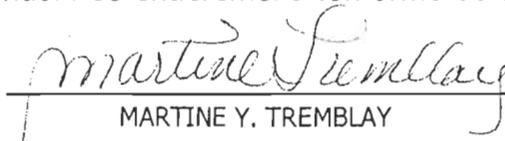
SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



MARIE-PAULE DESAULNIERS

Présidente du comité



MARTINE Y. TREMBLAY

Secrétaire du comité

Date d'émission : 25 février 2009

N° du certificat : CER-09-144-06.06



Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Effets d'une intervention découlant de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique (2e demande)

Chercheurs : Alexandre Benoit
Département des sciences infirmières

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 18 septembre 2009

Date de fin : 18 septembre 2010

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Martine Y. Tremblay

Secrétaire du comité

Date d'émission : 18 septembre 2009

N° du certificat : CER-09-144-06.06

DECSR

APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

TITRE : Effets d'une intervention découlant de la
thérapie d'acceptation et d'engagement sur le
rétablissement de jeunes adultes présentant un
premier épisode psychotique

LIEU : Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

CHERCHEUR : Monsieur Alexandre Benoît, UQTR

PROVENANCE DES FONDS : Aucun

**DATE INITIALE DE L'ÉTUDE DU
PROJET PAR LE COMITÉ :** 23 avril 2009

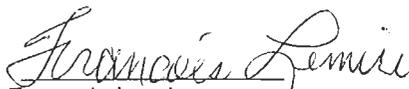
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : Version : 27 avril 2009

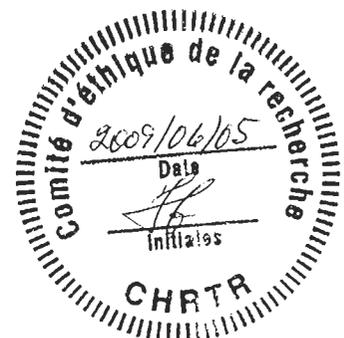
**NO D'APPROBATION DU
COMITÉ D'ÉTHIQUE :** CÉR-2009-171-00

**PÉRIODE DE VALIDITÉ
DU PRÉSENT CERTIFICAT :** du 23 avril 2009 au 23 avril 2010

AVIS FAVORABLE : Étaient présents

Madame Francine Boulé
Monsieur Denis Bournival
Docteur André F. Gagnon
Maître Marc-André Houle
Madame Nicole Landry
Monsieur François Lemire
Monsieur Michel Mercier
Docteur Richard Turcot
Madame Catherine Wolowski


François Lemire
Président du comité d'éthique de la recherche



N.B. : Le comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier régional de Trois-Rivières poursuit ses activités en accord avec *Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada)* et tous les règlements applicables.

Cette approbation est valable pour une période d'un an seulement. Une demande de renouvellement doit être faite après cette période.

Trois-Rivières, le 3 juin 2009

Monsieur Alexandre Benoît
504, rue du Quai
Ste-Anne-de-Sorel (Québec) J3P 2Z5

Objet : Acceptation du projet de recherche: «Effets d'une intervention découlant de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique »

Monsieur,

Par la présente, je désire vous annoncer que votre projet de recherche ci-haut mentionné a été étudié par le Comité d'éthique de la recherche lors de leur réunion du 23 avril dernier et suite aux recommandations du CÉR, les documents modifiés ont été approuvés. L'étude peut donc débuter au sein de notre établissement avec le formulaire d'information et de consentement dans sa version datée du 27 avril 2009

Un certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières portant le numéro CÉR-2009-171-00 vous sera émis.

L'acceptation de ce protocole est d'une durée de un an, soit jusqu'au 23 avril 2010. À ce moment, vous devrez soumettre une nouvelle demande pour la reconduction de l'étude. Cette demande devra contenir un rapport d'évolution de la recherche (en incluant le nombre de patients recrutés jusqu'à maintenant). Vous devrez nous faire part des nouveaux amendements portant sur les conditions de recrutement, les modifications au formulaire de consentement éclairé ainsi que les événements graves ou inattendus survenus en cours d'étude. Vous devez aussi nous informer de la clôture ou de la suspension de la recherche, des décisions significatives prises par d'autres comités d'éthique et le résumé du rapport final s'il y a lieu. Vous devrez aussi, tel que stipulé dans la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*, tenir un registre des participants à ce projet de recherche et veillez à ce que les informations qui y sont contenues soient régulièrement mises à jour. Vous devrez être en mesure de nous fournir la liste, sur demande, en tout temps.

Je vous remercie de votre collaboration et je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.



François Lemifé
Président du Comité d'éthique de la recherche
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

FL/cp

c.c. : Docteur Daniel Lecoeur
Monsieur Claude Leclerc

p.j. : (1)



Le 20 avril 2009

Monsieur Alexandre Benoit
1700 Père-Daniel app. 2
Trois-Rivières (Québec) G8Z 2K3

Monsieur,

Après étude des documents soumis à notre attention concernant le projet de recherche intitulé *Effets d'une intervention découlant de la thérapie d'acceptation et d'engagement sur le rétablissement de jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique*, nous répondons favorablement à votre demande.

Nous vous invitons à contacter la personne désignée à titre de ressource dans le cadre de cette étude, M. André Sauvé, chef de programme au numéro suivant : (819) 370-2200 poste 47413, pour toutes questions de logistique ou de suivi.

Nous vous prions de recevoir, Monsieur, nos plus sincères salutations.

Carole Paquin
Directrice des soins infirmier et de la recherche

CP/nb

c.c. : M^{me} Lise Bergeron, directrice des programmes santé physique, santé mentale et dépendances
D^r Éric Dauth, directeur des services professionnels
M. André Sauvé, chef de programme santé mentale adulte

Résidence Cooke
3450, Ste-Marguerite
Trois-Rivières (Québec) G8T 1X3

Résidence Joseph-Denys
1274, Lavolette
Trois-Rivières (Québec) G9A 1W4

Résidence La Providence
731, Ste-Julie
Trois-Rivières (Québec) G9A 1Y1

Résidence Louis-Denoncourt
435, St-Roch
Trois-Rivières (Québec) G9A 2L9

Centre Cloutier-du Rivage
155, Toupin
Trois-Rivières (Québec) G8T 3Z8

Centre de services ambulatoires
de gériatrie
3350, Gene-H.-Kruger
Trois-Rivières (Québec) G9A 4M3

Centre de services de l'Horloge
50, Toupin
Trois-Rivières (Québec) G8T 3Y5

Centre de services Les Forges
500, St-Georges, C.P. 1298
Trois-Rivières (Québec) G9A 5L2

Centre de services
Marguerite-Bourgeois
1025, Marguerite-Bourgeois
Trois-Rivières (Québec) G8T 3T1

Appendice C

Questionnaire I

Données sociodémographiques

Informations socio-démographiques du client

1 - Informations de base

Numéro de dossier du client

Date

 - -
Année Mois Jour

Date de naissance

 - -
Année Mois Jour

Sexe Féminin
Masculin

Statut civil Célibataire Séparé Conjoint de fait
Marié Divorcé

Nombre d'enfants: (Entrer "0" si aucun)
(Entrer "99" si ne sait pas)

Origine ethnique

Noire Latine
Asiatique Américain
Blanche Autre

spécifiez

Pays de naissance

Occupation du temps: Travail Oui Temps partiel Temps complet
Non

Études Oui Temps partiel Temps complet
Non

Autre Précisez

Années de scolarité complétées au:

primaire

secondaire

post-secondaire

Appendice D

Questionnaire II

Échelle brève de cotation psychiatrique

Bref Psychiatric Rating Scale

Évaluez chacun des symptômes ci-dessous en entourant le degré de sévérité qui correspond le mieux à votre perception de la condition actuelle de la personne.

		1 Absent	2 Très léger	3 Léger	4 Modéré	5 Modérément Sévère	6 Sévère	7 Extrêmement Sévère
1.	Préoccupation somatique : (Préoccupation de sa santé physique, peur d'une maladie physique).	1	2	3	4	5	6	7
2.	Anxiété : (Inquiétude, crainte, très préoccupée par le présent ou le futur).	1	2	3	4	5	6	7
3.	Dépression : (Chagrin, tristesse, découragement, pessimisme).	1	2	3	4	5	6	7
4.	Tendances suicidaires : (Exprime désirs ou intentions, ou actions actuelles pour se faire du mal ou se tuer).	1	2	3	4	5	6	7
5.	Sentiment de culpabilité : (Se blâme, honte, remords pour des comportements antérieurs).	1	2	3	4	5	6	7
6.	Hostilité : (Animosité, dédain, attitude belliqueuse, mépris pour les autres).	1	2	3	4	5	6	7
7.	Humeur élevée : (Euphorie, optimisme qui est hors de proportion dans les circonstances).	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mégalomanie : (Opinion exagérée de soi-même, arrogance, certitude de posséder des habiletés ou des pouvoirs inhabituels).	1	2	3	4	5	6	7
9.	Suspicion : (Croit que les autres ont des intentions malicieuses ou discrimination envers elle).	1	2	3	4	5	6	7
10.	Hallucinations : (Perceptions qui ne correspondent pas à un stimulus externe normal).	1	2	3	4	5	6	7
11.	Pensées inhabituelles : (Pensées inusitées, étranges, contenu de la pensée bizarre).	1	2	3	4	5	6	7
12.	Comportement bizarre : (Rapporte des comportements bizarres, inhabituels ou criminels (psychotiques)).	1	2	3	4	5	6	7
13.	Négligence personnelle : (Hygiène, apparence, ou se nourrir en dessous des standards sociaux).	1	2	3	4	5	6	7
14.	Désorientation : (Confusion concernant les personnes, les lieux, ou le temps).	1	2	3	4	5	6	7
15.	Désorganisation conceptuelle : (Processus de pensée confus, déconnecté, désorganisé, interrompu).	1	2	3	4	5	6	7

		1 Absent	2 Très léger	3 Léger	4 Modéré	5 Modérément Sévère	6 Sévère	7 Extrêmement Sévère
16.	Affect émoussé : (Réduction du tonus, émotionnel, réduction de l'intensité normale des sentiments, affect plat).	1	2	3	4	5	6	7
17.	Retrait émotionnel : (Manque d'interactions spontanées, isolement, déficience dans la façon de se lier aux autres).	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ralentissement moteur : (Ralentissement des mouvements et de la parole, réduction du tonus musculaire).	1	2	3	4	5	6	7
19.	Tension : (Manifestations physiques et motrices de tension ou nervosité, hyperactivité).	1	2	3	4	5	6	7
20.	Absence de coopération : (Résistance, rejet de l'autorité).	1	2	3	4	5	6	7
21.	Excitation : (Augmentation du tonus, émotionnel, niveau d'activité augmenté, impulsivité).	1	2	3	4	5	6	7
22.	Distractibilité : (Actions et parole interrompues par des stimuli externes mineurs ou des hallucinations/illusions)	1	2	3	4	5	6	7
23.	Hyperactivité motrice : (Mouvements fréquents et/ou langage rapide).	1	2	3	4	5	6	7
24.	Maniérismes et attitude : (Particuliers, bizarres, comportement moteur inhabituel).	1	2	3	4	5	6	7

Appendice E

Questionnaire III

Auto-évaluation des symptômes

Nom : _____

Auto-évaluation des symptômes

Pour chacune des questions, cochez l'énoncé qui répond le mieux à votre situation pour les 2 dernières semaines.

1. À quelle fréquence présentez vous des symptômes liés à votre diagnostic (par exemple, croire que quelqu'un vous espionne, entendre des messages qui s'adresse à vous à la radio, etc.)?

- 1) Je n'ai pas de symptôme _____
- 2) Moins d'une fois par semaine _____
- 3) Environ une fois par semaine _____
- 4) Plusieurs fois par semaine _____
- 5) À chaque jour _____
- 6) Presque constamment _____
- 7) Tout le temps _____

2. Quel est votre niveau de détresse lorsque ces symptômes se présentent?

- 1) Je ne ressens pas de détresse _____
- 2) Mon niveau de détresse est faible _____
- 3) Mon niveau de détresse est moyennement faible _____
- 4) Mon niveau de détresse est moyen _____
- 5) Mon niveau de détresse est légèrement élevé _____
- 6) Mon niveau de détresse est très élevé _____
- 7) Mon niveau de détresse est insupportable _____

3. Quel est votre niveau de conviction lié à ces symptômes (par exemple, croire que quelqu'un vous espionne, entendre des messages qui s'adressent à vous à la radio, voix disant que vous êtes une mauvaise personne, etc.)?

- 1) Je ne crois pas avoir de symptômes _____
- 2) Je ne crois jamais qu'ils sont réels _____
- 3) Je ne crois presque jamais qu'ils sont réels _____
- 4) Je crois parfois qu'ils sont réels _____
- 5) Je crois souvent qu'ils sont réels _____
- 6) Je crois très souvent qu'ils sont réels _____
- 7) J'ai la certitude qu'ils sont réels _____

Appendice F

Questionnaire IV

Inventaire d'anxiété de Beck

Nom/Numéro du client : _____

Date: _____

Beck's Anxiety Inventory

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement.

Indiquez en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté (e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

		<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu Cela ne m'a pas dérangé</i>	<i>Modérément C'était déplaisant mais supportable</i>	<i>Beaucoup Je pouvais à peine le supporter</i>
1	Sensations d'engourdissement ou de picotement				
2	Bouffées de chaleur				
3	Jambes « molles », tremblements dans les jambes				
4	Incapacité de se détendre				
5	Crainte que le pire ne survienne				
6	Étourdissement ou vertige, désorientation				
7	Battements cardiaques marqués				
8	Mal assuré (e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9	Terrifié (e)				
10	Nervosité				
11	Sensation d'étouffement				
12	Tremblements de mains				
13	Tremblements, chancelant				
14	Crainte de perdre le contrôle				

		<i>Not at all</i>	<i>A little It did not bother me much</i>	<i>Moderately It was unpleasant but bearable</i>	<i>A lot I could hardly bear it</i>
15	Respiration difficile				
16	Peur de mourir				
17	Sensation de peur, « avoir la frousse »				
18	Indigestion ou malaise abdominal				
19	Sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20	Rougisement du visage				
21	Transpiration (non associée à la chaleur)				

Appendice G

Questionnaire V

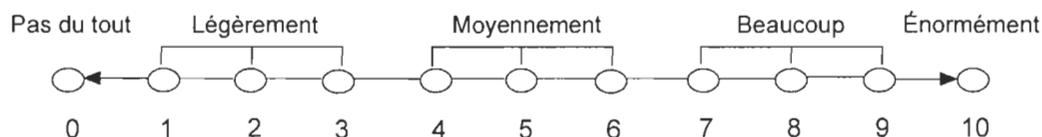
Échelle d'incapacité de Sheehan

Questionnaire de David Sheehan
(SDS)
Canadian French version

INSTRUCTION : Tous les énoncés se rapportent aux 14 derniers jours. Veuillez cocher UNE SEULE case pour chaque question.

TRAVAIL* / ÉTUDES

Vos symptômes ont perturbé votre travail / vos études :

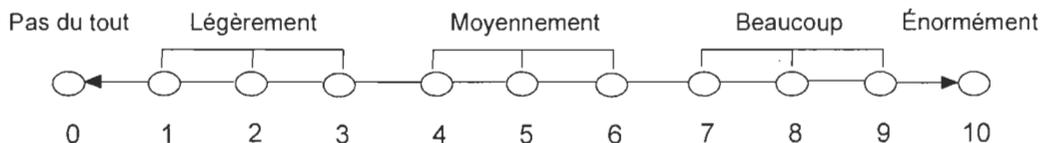


Je n'ai pas travaillé ou étudié du tout pour des raisons non liées au problème.

**Ici, « travail » comprend le travail rémunéré, le bénévolat et la formation.*

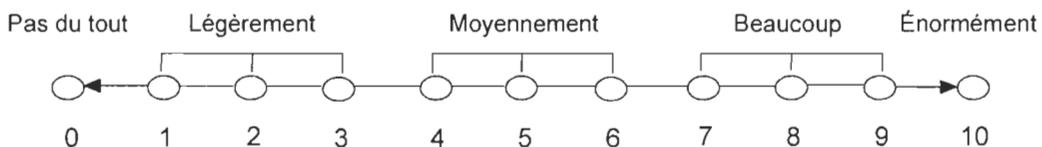
VIE SOCIALE

Vos symptômes ont perturbé votre vie sociale / vos loisirs :



VIE FAMILIALE / TÂCHES DOMESTIQUES

Vos symptômes ont perturbé votre vie familiale / vos tâches domestiques :



Appendice H

Questionnaire VI

Échelle des habiletés de vie autonome

L'Échelle des Habiletés de Vie Autonome

Évaluateur : _____ Date : _____

Pour chacune des questions, encerclez la réponse qui décrit le mieux la situation.

I - HYGIÈNE PERSONNELLE

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Prenez-vous un bain ou une douche au moins une fois par semaine sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 2. Vous lavez-vous les cheveux au moins une fois tous les 15 jours (1 fois par semaine pour les femmes) sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 3. Utilisez-vous un déodorant tous les matins sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 4. Vous coiffez vous tous les matins sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 5. Vous nettoyez-vous les ongles régulièrement sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 6. Vous brossez-vous les dents avec du dentifrice au moins une fois par jour sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |

II - APPARENCE ET TENUE VESTIMENTAIRE

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Changez-vous de sous vêtements au moins deux fois par semaine sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 2. Achetez-vous vous-même vos vêtements ? | OUI | NON |
| 3. Lavez-vous votre linge avec du savon ? | OUI | NON |
| 4. Pliez-vous ou suspendez vous le linge que vous venez de laver ? | OUI | NON |
| 5. Rangez-vous soigneusement vos vêtements sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 6. Mettez-vous votre linge sale à part de votre linge propre sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |

III - ENTRETIEN MÉNAGER

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Faites-vous votre lit tous les jours sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 2. Ramassez- vous les choses qui traînent et remettez-vous vos vêtements, revues, cigarettes, etc., à leur place sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |
| 3. Essuyez-vous vos meubles ou nettoyez-vous vos tapis ou vos planchers lorsque vous venez d'y renverser du café, par exemple, sans que le personnel soignant en fasse la demande ? | OUI | NON |

IV - ENTREPOSAGE ET PRÉPARATION DES ALIMENTS

Habituellement,

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Mangez-vous une portion de légumes par jour ? | OUI | NON |
| 2. Mangez-vous une portion de produits laitiers par jour ? | OUI | NON |
| 3. Mangez-vous une portion de céréales (pain, nouilles, etc.) par jour ? | OUI | NON |
| 4. Mangez-vous une portion de viande, volaille ou poisson par jour ? | OUI | NON |
| 5. Vous préparez vous des plats simples comme des sandwiches, des céréales dans du lait, etc., qui ne requièrent aucune cuisson ? | OUI | NON |
| 6. Vous préparez vous des plats qui ne requièrent qu'une cuisson rapide, comme des œufs miroirs ou des « TV dinners" ? | OUI | NON |

V - SANTÉ

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Si vous ne prenez pas vos médicaments seul, coopérez-vous avec la personne qui vous les donne ? | OUI | NON |
|--|------------|------------|

VI - GESTION FINANCIÈRE

Habituellement,

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Gérez-vous vous-même votre argent ? | OUI | NON |
| 2. Avez-vous un compte d'épargne ? | OUI | NON |
| 3. Avez-vous un compte chèques ? | OUI | NON |
| 4. Établissez-vous un budget ou prévoyez vous vos dépenses ? | OUI | NON |

VII - DÉPLACEMENTS

Habituellement,

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Prenez-vous l'autobus ? | OUI | NON |
| 2. Savez-vous lire les horaires d'autobus ? | OUI | NON |
| 3. Appelez-vous les compagnies de transport pour obtenir des renseignements lorsque vous voulez vous rendre à un endroit où vous n'êtes jamais allé ? | OUI | NON |
| 4. Demandez-vous le chemin à prendre à d'autres personnes lorsque vous voulez aller à un endroit qui vous est inconnu ? | OUI | NON |

VIII - LOISIRS

Habituellement, chaque semaine,

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Avez-vous un passe temps auquel vous vous adonnez régulièrement (exclure la lecture, le cinéma, l'écoute de la radio et de la télévision de cette catégorie) ? | OUI | NON |
| 2. Écoutez-vous régulièrement la radio ou regardez vous régulièrement la télévision ? | OUI | NON |
| 3. Écrivez-vous des lettres, parlez vous au téléphone ou rencontrez vous régulièrement des amis ou des membres de votre famille qui sont à l'extérieur de l'hôpital ? | OUI | NON |
| 4. Allez-vous au cinéma une ou deux fois par mois ? | OUI | NON |
| 5. Lisez-vous régulièrement des livres, des journaux ou des revues ? | OUI | NON |
| 6. Assistez-vous régulièrement à des réunions de divers organismes communautaires, de loisirs, paroissiaux ou de quartier ? | OUI | NON |

IX - CAPACITÉ DE GARDER SON EMPLOI

Si vous avez un travail, habituellement, durant le dernier mois,

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Arrivez-vous à l'heure à l'ouvrage ? | OUI | NON |
| 2. Est-ce que vous vous entendez bien avec vos compagnons de travail ? | OUI | NON |
| 3. Est-ce que vous vous entendez bien avec vos patrons ? | OUI | NON |

Si la personne n'a pas eu de travail durant le dernier mois, indiquer non.

L'Échelle des Habiletés de Vie Autonome

Nom de la personne hospitalisée _____

Évaluateur : _____ Date : _____

Section à répondre par l'évaluateur

I - HYGIÈNE PERSONNELLE

Durant le mois qui vient de s'écouler, selon vos observations au sujet de la personne ci-haut mentionnée.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 8. Son visage, ses mains, ses bras, etc., sont propres ? | OUI | NON |
| 9. Ses cheveux sont propres ? | OUI | NON |
| 10. Ses cheveux sont coiffés ? | OUI | NON |
| 11. Ses cheveux sont bien coupés ? | OUI | NON |
| 12. Absence d'odeur corporelle ? | OUI | NON |
| 13. Ses ongles sont propres ? | OUI | NON |

II - APPARENCE ET TENUE VESTIMENTAIRE

Durant le mois qui vient de s'écouler,

- | | | |
|---|-----|-----|
| 21. Ses vêtements sont propres et bien entretenus ? | OUI | NON |
| 22. Le sujet porte des vêtements appropriés à la saison ? | OUI | NON |
| 23. Ses vêtements sont convenablement assortis (genre et couleur) ? | OUI | NON |

Appendice I

Questionnaire VII

Échelle d'estime de soi – version courte

Échelle d'estime de soi – version courte

Nom _____

du Client _____

Ce questionnaire permet de mesurer ce que vous ressentez à propos de vous-même. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Veuillez répondre à chacune des phrases en utilisant l'échelle ci-dessous :

- 1 = Jamais**
- 2 = Rarement**
- 3 = Quelquefois**
- 4 = Parfois**
- 5 = Souvent**
- 6 = La plupart du temps**
- 7 = Toujours**

- ___ 1. J'ai l'impression que les autres font les choses beaucoup mieux que moi.
- ___ 2. Je suis confiant(e) dans mes capacités à interagir avec les gens.
- ___ 3. Je pense que j'ai tendance à ne pas réussir les choses que je fais.
- ___ 4. Je pense que les gens ont du plaisir à parler avec moi.
- ___ 5. Je pense être une personne compétente.
- ___ 6. Quand je suis avec des gens, j'ai l'impression qu'elles sont contentes en ma présence.
- ___ 7. Je pense faire bonne impression sur les autres.
- ___ 8. Je suis confiant(e) dans mes capacités à débiter de nouvelles relations, si je le souhaite.
- ___ 9. J'ai honte de moi-même.
- ___ 10. Je me sens inférieur(e) aux autres.
- ___ 11. Je pense que mes ami(e)s me trouvent intéressant(e).
- ___ 12. Je crois avoir un bon sens de l'humour.
- ___ 13. Je suis en colère contre moi-même.
- ___ 14. Mes ami(e)s me valorisent beaucoup.
- ___ 15. J'ai peur d'avoir l'air stupide face aux autres.
- ___ 16. Je voudrais disparaître quand je suis entouré(e) de monde.
- ___ 17. Je crois que si je pouvais davantage ressembler aux autres, je me sentrais mieux avec moi-même.
- ___ 18. Je crois que je me laisse marcher sur les pieds plus que les autres.
- ___ 19. Je pense que les gens ont du plaisir lorsqu'ils sont avec moi.
- ___ 20. Je voudrais être quelqu'un d'autre.

Appendice J

Questionnaire VIII

Échelle de provisions sociales

ECHELLE DE PROVISIONS SOCIALES (EPS),
traduction par J. Caron (UQAT)

lxxvii

Nom: _____

Unité: _____

Nous aimerions que vous répondiez le plus honnêtement possible à une série de questions portant sur votre réseau social. Lorsque vous répondez, essayer de penser aux gens qui vous entourent.

VRAI	un peu vrai	un peu faux	FAUX
1	2	3	4

- 1- Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin. _____
 2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres. _____
 3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress. _____
 4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide. _____
 5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi. _____
 6. Les autres ne me considèrent pas compétent. _____
 7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne. _____
 8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances. _____
 9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et mes habiletés. _____
 10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide. _____
 11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être. _____
 12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie. _____
-

VRAI	un peu vrai	un peu faux	FAUX
1	2	3	4

13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire. _____
14. Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations. _____
15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être. _____
16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes. _____
17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne. _____
18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin. _____
19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes. _____
20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés. _____
21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un. _____
22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi. _____
23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence. _____
24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais. _____
-

Appendice K

Cahier du facilitateur

THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT

A large, stylized, black graphic of the letters 'ACT'. The 'A' is on the left, followed by a 'C' and a 'T'. The letters are thick and have a hand-drawn, calligraphic feel. A long, curved line extends from the bottom of the 'C' and 'T' across the width of the graphic.

CAHIER DU FACILITATEUR

Alexandre Benoit, inf. M.Sc (c)

2010

Étapes cliniques de l'ACT

Les exercices qui sont présentés dans ce cahier proviennent du livre *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach To Behavior Change* (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Les exercices rejoignent chacune des six étapes cliniques de l'ACT (Hayes & Strosahl, 2004):

1. Le désespoir créatif
2. Le contrôle comme source du problème
3. La défusion cognitive ou distanciation face aux pensées
4. Le Soi observateur
5. La clarification des valeurs
6. L'engagement envers les valeurs ou dans l'action

Vous trouverez à chaque exercice présenté dans ce cahier le numéro de l'étape ci-haut mentionné qui y correspond.

Ces étapes sont en lien avec les concepts centraux de l'ACT qui sont représentés dans l'hexagramme suivant :

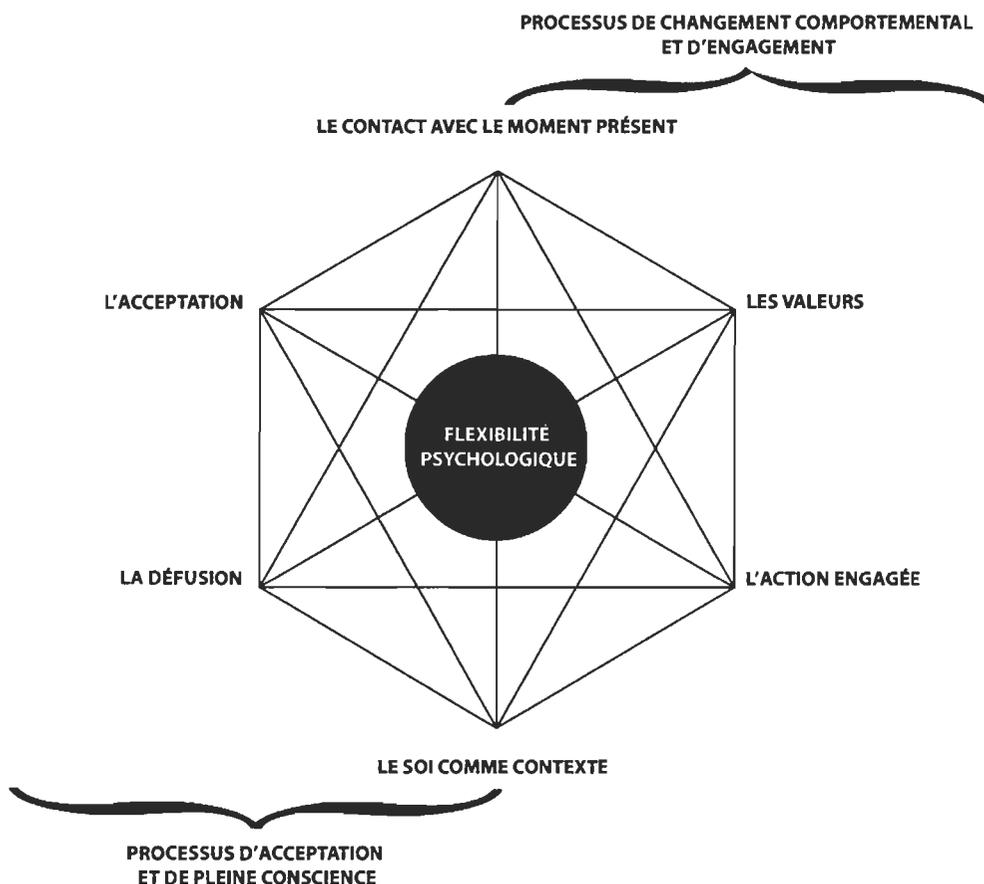


Figure tirée de Hayes & Strosahl, 2004 [traduction libre]

1^{ere} RENCONTRE

Présentation

Durée : environ 15 min

Présentation des facilitateurs et des participants

Explication de la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Préciser :

- L'importance accordée à l'accueil de l'expérience (pensées, émotions, etc.).
- Le principe de ne pas venir en aide aux autres durant le groupe (évitement émotionnel) : un degré d'inconfort au niveau personnel ou chez les autres est probable. On s'engage à ne pas rassurer ni voler au secours de la détresse des autres.
- L'importance accordée à l'engagement et aux valeurs durant cette thérapie.
- Les facilitateurs sont souvent aux prises avec des problèmes similaires à ceux des participants et en aucun cas, ils n'en savent plus sur la vie que ces derniers.
- Engagement à la confidentialité (ce qui se dit dans le groupe reste dans le groupe).

Débuter le groupe en investiguant les raisons pour lesquelles les participants ont choisi de faire partie de ce groupe.

Exercice 1 : Introduction (5)

Durée : environ 15 min.

Demander aux participants de compléter l'exercice d'introduction dans leur cahier. Leur expliquer que ces questions serviront de base de réflexion au cours des quatre rencontres du groupe.

Questions:

1. Que voulez-vous vraiment dans la vie?
2. Quelles sont les barrières (pensées, émotions, etc.) qui se dressent entre vous et ce que vous voulez vraiment dans la vie?
3. Parmi ces barrières, laquelle ou lesquelles désirez-vous partager avec ce groupe?
4. Quelles sont quelques-unes de ces barrières que vous ne voudrez jamais aborder? (Si les participants craignent que quelqu'un regarde leurs réponses, ils peuvent utiliser des symboles qu'eux seuls peuvent comprendre).

Exercice 2 : Les stratégies d'adaptation (1)

Durée : environ 15 min

Pour commencer, demander aux participants quelles sont les stratégies qu'ils utilisent ou qu'ils ont utilisées pour se débarrasser de leurs problèmes dans le passé. S'ils hésitent à en faire part d'entrée de jeu, on peut poser des questions comme les suivantes :

« Saviez-vous qu'il y a des gens qui consomment de l'alcool lorsqu'ils sont stressés? ».

« Y a-t-il des gens parmi vous qui se chicanent avec une telle personne lorsqu'ils sont en colère contre une autre? »

Les participants peuvent passer en revue leurs propres efforts infructueux pour contrôler des expériences de leur vie (pensées, émotions, etc.) qui sont indésirables, de même que ceux des autres.

La compilation de toutes ces stratégies, écrite sur un tableau pour que tout le monde les voie, tend à générer un puissant sens de désespoir créatif, sans amener de blâme sur soi ou de jugement, car la futilité des stratégies de contrôle devient apparente.

Exercice 3 : Signes d'inconfort et événements de la vie personnelle (1, 2)

Durée : environ 15 min.

Demander aux participants de noter les signes d'inconfort qui se manifestent le plus souvent chez eux (par exemple: entendre des voix, croire que quelqu'un leur veut du mal, tremblements, impression que les idées défilent rapidement, etc.).

Leur demander par la suite de penser aux circonstances qui entourent l'apparition de ces signes d'inconfort. À quoi peuvent-ils être associés? À quelles expériences?

Finalement, pour faire suite à l'exercice précédent, demander quelles sont leurs stratégies d'adaptation face à ces signes d'inconfort lorsque ceux-ci se présentent.

Si des gens veulent en discuter, on peut explorer l'espace que prennent ces signes d'inconfort dans la vie de la personne.

Exercice 4 : La parade des soldats (3, 4)

Durée : environ 15 min.

Nous allons faire un exercice pour montrer à quelle vitesse les pensées nous mènent loin de notre expérience immédiate lorsque nous les achetons, c'est à dire lorsque nous y sommes plongés profondément.

Pour cet exercice, tout ce que vous avez à faire est de penser à n'importe quoi et de permettre à ces pensées de s'écouler, une après l'autre.

Note pour le facilitateur : Le but de cet exercice est de noter s'il y a un changement entre regarder une pensée et regarder la vie à partir d'une pensée.

* * *

Tout d'abord, installez-vous confortablement.

Lentement, prenez conscience des sons qui se font entendre à l'extérieur de la pièce.

Tout aussi lentement, portez toute votre attention sur votre ventre et votre respiration.

Imaginez que vous êtes assis dans des estrades pour regarder une parade de soldats.

Chaque soldat qui passe devant vous porte un drapeau blanc. Ces drapeaux servent à faire défiler vos pensées.

Portez toute votre attention sur cette parade.

Si une pensée vous vient à l'esprit, inscrivez-la sur un de ces drapeaux, soit sous forme d'image ou de mot.

Dans une minute, je vous demanderai de vous concentrer et de commencer à laisser défiler vos pensées qui sont inscrites sur les drapeaux des soldats. Votre tâche est de simplement regarder la parade sans avoir à l'arrêter ou sans sauter d'un endroit à l'autre dans la parade. Vous devez la laisser défiler doucement. Il est peu probable, par contre, que vous réussissiez cela sans interruption. Et c'est là le point important de cet exercice. À quelques reprises, il est possible que vous ayez l'impression que la parade se soit arrêtée, que vous n'êtes plus concentré sur l'exercice ou bien que vous ayez rejoint la parade plutôt que de la regarder des estrades où vous étiez depuis le début. Quand cela se produit, ne vous jugez pas. Prenez quelques secondes de recul afin de voir ce que vous pensiez lorsque la parade s'est arrêtée. Posez ensuite cette pensée sur un drapeau et continuez de laisser défiler la parade jusqu'à ce que la parade s'arrête de nouveau et ainsi de suite. Ce qui est important est de savoir quand la parade s'arrête, pour

n'importe quelle raison que ce soit, et de voir si vous pouvez vous rappeler ce qui s'est passé juste avant que la parade s'arrête.

Une dernière chose. Si la parade n'avance absolument pas et que la seule chose que vous pensez est que ça ne fonctionne pas ou bien que vous ne faites pas les choses correctement, mettez cette pensée sur un des drapeaux et laissez-la aller avec la parade.

Maintenant, installez-vous confortablement, fermez vos yeux et concentrez-vous. Laissez doucement défiler les soldats...

[5 minutes]... Les derniers soldats passent maintenant. Lorsqu'ils seront hors de votre vue, vous pourrez prendre trois grandes respirations. Par la suite, pensez à revenir dans la pièce où vous vous trouvez.

Ouvrez vos yeux.

* * *

Interrogez les participants sur leur expérience. Comment ont-ils vécu l'expérience? Qu'ont-ils ressenti? Renforcez ensuite le fait que les pensées défilent dans nos têtes sans que nous ne nous en rendions compte et que ces pensées ne font pas partie de nous pour autant.

Exercice 5 : Questionnaire Valeurs, intentions, obstacles (5)

Expliquez le questionnaire Valeurs, intentions, obstacles.

Demandez aux participants de répondre aux questions durant la semaine.

Préciser que cet exercice est important puisque nous y reviendrons au fil des rencontres.

Le RENCONTRE

Exercice 6 : L'éléphant rose (2)

Durée : environ 10 min.

Demandez aux participants s'il leur arrive de ne pas vouloir penser à certaines choses. Explorer ce qu'ils se disent pour y arriver.

Demandez-leur ensuite, pendant 1 minute, de ne pas penser à...un éléphant rose.

Après 1 minute, demander ce qui s'est produit. Soulever le fait paradoxal que de se dire de ne pas penser à quelque chose en particulier fait en sorte qu'on doit y penser pour ne pas y penser. Discussion.

Exercice 7 : Les passagers de l'autobus (2, 3, 4, 5, 6)

Durée : environ 20 min.

Pour conduire cet exercice, un espace large doit être disponible pour que les membres du groupe puissent bouger librement.

Un des membres du groupe incarne le conducteur.

Le conducteur se promène dans la pièce et les passagers doivent suivre. Les passagers ne peuvent pas toucher au conducteur mais ils peuvent s'en approcher, agiter leurs doigts pour le diriger ou lui donner des instructions sur ce qu'il doit faire et même crier.

Les participants qui jouent les passagers se font donner des instructions écrites sur comment ils doivent agir.

Le facilitateur décide donc combien de membres du groupe incarneront les passagers. Chacun de ses passagers aura un rôle écrit sur une carte. Par exemple :

- **L'anxiété** : Encourager le conducteur à tourner dans la direction inverse de celle où il veut tourner tout en agissant avec peur.
- **La colère** : Agiter le doigt avec intensité et colère face au conducteur.

- **La critique** : Dire « Tu ne conduis pas bien » et « Tu ne vaux pas cher comme conducteur » sans arrêt.
- **La culpabilité** : Dire « Tu es égoïste, tu ne penses jamais aux autres » et « Tu vas où tu veux sans considérer les passagers » sans arrêt.
- **La honte** : Dire « Tu es une mauvaise personne » et « Tu fais honte à tout le monde » sans arrêt.
- **L'éloge** : Dire « Tu es un grand conducteur » et « Tout va bien quand c'est toi qui conduis » sans arrêt.

Laisser le groupe agir seul pendant quelques minutes.

Partager ensuite sur l'expérience d'être un passager, d'être le conducteur ou d'être observateur.

Exercice 8 : Emmenez vos pensées prendre une marche (3, 4)

Durée : environ 20 min.

Demandez aux participants de se mettre en équipe de deux.

Dans cet exercice, un des participants agira comme une personne et la seconde comme l'esprit de cette personne.

La personne qui joue son propre rôle est appelée à circuler où bon lui semble dans le local. Le participant qui joue l'esprit de cette personne doit constamment la suivre tout en commentant tout ce qui se trouve sur le chemin de la personne. Elle doit donc analyser, interroger, décrire, juger, questionner tout ce qui se trouve sur le chemin de la personne.

La personne qui joue son propre rôle ne peut en aucun temps se séparer de son esprit et ne doit pas lui parler.

Laisser les participants circuler pendant cinq minutes ainsi, puis demander que les rôles s'inversent. Recommencez l'exercice pendant cinq minutes puis revenez en groupe.

Demandez les impressions des participants.

Exercice 9 : Métaphore des trappes chinoises (2)

Durée : environ 10 min.

Distribuer les trappes chinoises.

Demander aux personnes qui sont familières avec ces objets de ne rien dire aux autres membres du groupe.

Laisser les participants jouer avec ces objets pendant quelques minutes. Ici, l'expérience personnelle est importante. On demande donc aux membres du groupe de ne pas regarder ce que font les autres et de se concentrer sur leur propre expérience durant cette période.

On peut donner l'indication aux participants d'insérer leurs doigts dans les trappes chinoises pour qu'ils y restent coincés et d'ensuite tenter des les dégager sans briser la menotte.

Après quelques minutes, poser les questions suivantes :

- « Lorsque vos doigts étaient coincés, que sentiez-vous que vous étiez en train de faire? »
- « Qu'avez-vous remarqué par rapport à ce qui fonctionnait pour vous? »
- « Quand avez-vous tenté de faire quelque chose de différent? »
- « Quels sentiments, pensées, actions ou évaluations se sont montrés durant cet exercice? »
- « Est-ce que certaines de ces émotions ou de ces pensées vous étaient familières? »

Il peut parfois arriver que quelqu'un tire tellement fort qu'il brise la trappe. Cette personne pourrait dire: « Ne m'en suis-je pas sorti quand même? » Le facilitateur peut faire ressortir le coût de faire une telle chose.

Si des membres du groupe cherchent à comprendre et demandent des réponses, il peut s'agir d'une bonne occasion de leur faire prendre conscience de l'importance de l'expérience directe et de la futilité de l'analyse verbale. Par exemple, on peut demander :

« Quel impact cet exercice aurait-il eu sur vous si j'avais dit, sans distribuer les menottes : Maintenant je vais vous passer des trappes chinoises, vous allez tenter de mettre vos doigts dedans et en tirant, ils resteront pris. Plus vous tirez dessus, plus ils seront pris. Vous devrez donc pousser pour faire sortir vos doigts ».

« Supposons que la trappe représente votre vie. Plus vous tirez dessus, plus vous serez coincé et moins vous aurez d'espace pour vivre. Le but n'est pas de se sortir du tube, c'est de savoir de combien d'espace vous voulez disposer dans votre vie ».

Exercice 10 : Métaphore du Polygraphe (2)

Durée : environ 10 min.

Expliquer d'abord en quoi consiste un polygraphe (demander avant tout l'avis des participants)

Raconter aux participants la métaphore suivante :

« Imaginez que vous êtes branché au meilleur polygraphe jamais construit. C'est une machine parfaite, la plus sensible jamais réalisée. On dit qu'elle ne se trompe jamais. Quand vous y êtes connecté, il n'y a pas moyen d'être anxieux le moindrement sans que la machine ne s'en aperçoive. Donc, je vous donne une tâche très simple à effectuer : restez calme. Si vous êtes le moindrement anxieux, je le saurai. Je sais que vous travaillerez très fort pour y arriver, mais je veux quand même vous donner un autre incitatif. J'installerai sur vous des électrodes. Si vous restez calme, je ne vous donnerai pas de choc électrique. Par contre, si vous devenez le moindrement nerveux, je le saurai car la machine me le dira, je devrai vous électrocuter. Donc, relaxez! »

Que pensez-vous qu'il arrivera?

Comment cela pourrait-il fonctionner autrement?

1. Cet exercice peut montrer le contraste qui existe entre des comportements qu'on peut contrôler et d'autres auxquels des règles verbales ne s'appliquent pas.
2. Il peut aussi refléter la position des participants par rapport à des événements de leur vie personnelle qu'ils trouvent indésirable.
3. Finalement, il montre que lorsqu'on veut absolument contrôler quelque chose, ça ne peut pas fonctionner bien longtemps.

3e RENCONTRE

Retour sur la dernière rencontre

Durée : environ 10 min.

Revoir :

- L'importance de vivre ou d'accueillir l'expérience.
- L'inefficacité de contrôler des choses par le langage verbal.
- La distanciation face aux pensées.

Exercice 11 : Les signes d'inconfort et la détresse

Durée : environ 15 min.

Faire un retour sur l'exercice 3 (Signes d'inconfort et événements de la vie personnelle).

Demander ensuite aux participants de répondre aux questions dans leur cahier le plus précisément possible.

- 1) Décrire en détail les signes d'inconfort.
- 2) Ressortir toutes les émotions et les pensées qui leur viennent en tête lorsqu'ils présentent ces inconforts.

Exercice 12 : Souque à la corde avec un monstre (2)

Durée : environ 15 min.

Vous avez sans doute remarqué que plus vous pensez à régler un problème, plus ce problème prend de l'importance et plus il semble dérangeant. C'est comme si vous aviez trouvé un bébé tigre à votre porte et que vous l'avez accueilli chez vous. Vous l'avez nourri, jour après jour, de viande rouge juteuse. Mais un beau jour, le petit tigre qui était à votre porte n'est plus. Il est maintenant un très gros tigre aux dents acérées qui rugit lorsque vous ne lui donnez pas ce qu'il veut. Ce petit tigre est en quelque sorte devenu un monstre avec lequel vous habitez.

Imaginez un instant que vous devez jouer au souque-à-la-corde avec ce monstre.

(Interroger les participants sur ce qu'ils savent du souque-à-la-corde)

Nous allons faire un exercice qui tente de démontrer quelle est la meilleure tactique pour vaincre ce monstre.

Sortir une corde et demander à un participant d'en prendre une extrémité. Lui demander ensuite de tirer dessus, tandis que vous tirez de votre côté.

Interroger les participants sur la meilleure façon de gagner cette partie, sachant que l'adversaire auquel vous faites face est beaucoup plus puissant que vous.

Emmenez les participants à envisager la possibilité de lâcher la corde.

Discuter ensuite de ce que cela pourrait représenter au sein de leur vie.

Exercice 13 : Métaphore de la mauvaise tasse (3)

Durée : environ 15 min

Sortir une tasse et la mettre à la vue de tous les participants.

Demander aux participants quel est cet objet. Assurément, ils diront que c'est une tasse. En profiter pour expliquer les conventions du langage :

"Pour que le langage fonctionne, les choses doivent être ce que l'on dit qu'elles sont quand nous devons les nommer et les décrire. Autrement, nous ne pourrions pas nous parler entre nous. Si nous décrivons quelque chose précisément, l'étiquette ne peut changer jusqu'à ce que la forme de l'événement change. Si je dis: « Voici une tasse », je ne peux plus dire par la suite qu'il ne s'agit plus d'une tasse, mais plutôt d'une voiture de course, à moins que je modifie cette tasse. Par exemple, je pourrais réduire cette tasse en fine poussière et l'utiliser pour construire des morceaux de voiture de course. Mais sans changement dans la forme, la tasse reste une tasse, l'étiquette ne peut pas changer".

À tour de rôle, demander aux participants d'évaluer cette tasse et d'en donner une caractéristique (par exemple. un participant peut dire que la tasse est brune, que la tasse est laide, que la tasse est en céramique, etc.)

Porter l'attention des participants sur la dimension évaluative du langage qu'ils viennent d'explorer :

"Imaginons que toutes les créatures vivant sur la planète meurent demain. Cette tasse reste sur la table. Si c'était une tasse de céramique, avant que tout le monde meure, il est fort probable qu'elle reste en céramique. Mais est-ce toujours une bonne tasse ou une magnifique tasse? Sans que personne ne puisse donner ce type d'opinion, les opinions ne restent pas, parce que bon et magnifique n'ont jamais fait partie de la tasse mais faisaient plutôt partie de l'interaction qu'une personne pouvait avoir avec cette tasse. Notez que la structure du langage masque cette

différence. On dirait la même chose, comme si bonne et céramique signifiaient la même chose. Le problème est que si vous laissez « bon » être le qualificatif de cette tasse, cela voudrait dire que la tasse est ainsi, de la même façon que si elle était en céramique. Ce type de description ne pourrait changer de forme à moins que la tasse change. Et que se passerait-il si quelqu'un disait: « Non, cette tasse est terriblement mauvaise! »? Si je dis que c'est bon et que vous dites que c'est mauvais, il y a un désagrément qui doit être résolu. Un des côtés doit gagner, et un côté doit perdre : les deux côtés ne peuvent gagner. Par contre, si « bon » n'est qu'une évaluation ou un jugement, quelque chose que vous faites avec cette tasse plutôt que quelque chose que cette tasse est, il y a une grande différence. Deux évaluations opposées peuvent facilement coexister. Elles ne reflètent pas un état impossible des choses dans ce monde, comme si une tasse pouvait être à la fois faite en céramique et en métal. Les évaluations reflètent le simple fait que des événements peuvent être évalués d'une manière positive ou négative, dépendamment de la perspective qui est prise. Et, bien sûr, il n'est pas inimaginable qu'une même personne puisse prendre plus d'une perspective."

Savez-vous de quelle façon cette métaphore peut s'appliquer dans votre vie personnelle?

Exercice 14 : Questionnaire « Mes valeurs et les obstacles » (5,6)

Demander aux participants de faire un retour sur le questionnaire « Valeurs, intentions, obstacles ».

Leur demander par la suite de ressortir les valeurs qu'ils chérissent le plus, c'est-à-dire les valeurs auxquelles ils ont une plus grande intention de poursuivre, et des les écrire sur la page « Mes valeurs ».

Demander par la suite de ressortir les obstacles pour lesquels ils ont la plus grande difficulté à surmonter et de les inscrire à la page « Obstacles ».

Les aviser que nous reviendrons à ces réponses lors de la prochaine rencontre et qu'ils n'auront pas l'obligation de les partager avec les autres, si tel est leur désir.

4e RENCONTRE

Exercice 15 : Les feuilles sur la rivière (3, 4)

Durée : environ 15 min.

Cet exercice s'apparente à la parade des soldats. Pour certaines personnes, il peut sembler plus intéressant, car il nous permet de nous centrer un peu plus sur la nature.

* * *

Installez-vous dans une position confortable autant que possible.

Fermez les yeux si cela vous semble approprié et agréable.

Tournez votre attention sur l'espace qui vous entoure, la température de la pièce dans laquelle vous vous trouvez et les sons ambiants.

Tranquillement, posez votre attention sur votre respiration. Ressentez l'air circuler à travers votre abdomen. Si vous avez de la difficulté à ressentir la respiration à votre abdomen, poser une main sur votre ventre afin de saisir les mouvements de votre respiration.

Créez doucement dans votre esprit l'image d'une rivière qui s'écoule au rythme de votre respiration. C'est une rivière sauvage, au milieu de la forêt, où vous êtes seul.

Sous vos yeux, la rivière s'écoule tranquillement. À sa surface, vous pouvez observer des feuilles d'arbres qui flottent et qui défilent au gré du courant.

Tout au long de cet exercice, à chaque fois qu'une pensée vous vient en tête, déposez-là sur une feuille et laissez-là dériver avec le courant. Si, pour une raison ou une autre, votre attention ne se trouve plus sur la rivière où que vous êtes vous-même dans la rivière, ne vous jugez pas. Notez ce qui a fait dériver votre attention et déposez cette pensée sur une feuille qui sera emportée par le courant.

Continuez à vous concentrer sur la rivière et regarder vos pensées défilier l'une à la suite de l'autre, moment par moment.

[5 min.]

Lorsque vous serez prêt, regardez vos dernières pensées défilier sur des feuilles dans la rivière.

Commencez à reprendre conscience de votre respiration. Par la suite, portez votre attention sur l'environnement, sur les sons qui se font entendre autour de vous.

Quand vous serez prêt, ouvrez lentement vos yeux et revenez dans le moment présent.

* * *

Interrogez les participants sur leur expérience. Comment ont-ils vécu l'expérience? Qu'ont-ils ressenti? Renforcez ensuite le fait que les pensées défilent dans nos têtes sans que nous ne nous en rendions compte et que ces pensées ne font pas partie de nous pour autant.

Exercice 16 : Retour sur les valeurs (5)

Durée : environ 10 min.

Reprendre le questionnaire auquel les participants ont répondu lors de la première rencontre.

Faire un retour sur les valeurs des participants.

Leur demander comment cette quête de valeurs fonctionne dans leur vie.

Exercice 17 : Retour sur les obstacles (6)

Durée : environ 10 min.

Ressortir les différents obstacles que les participants ont ressortis à travers le questionnaire.

Qu'est-ce qui fait en sorte que ces obstacles nuisent à leur quête de valeurs?

Leur demander de regarder ces obstacles qu'ils ont écrits. Leur demander de les regarder de plus en plus près, jusqu'à ce que les obstacles leur cachent la vue.

Faire ensuite un parallèle entre la place que prennent ces obstacles dans leur vie et ce qu'ils ne peuvent pas voir car ils sont concentrés sur ces obstacles.

Exercice 18 : Retour sur l'exercice d'introduction

Demander aux participants de revenir sur l'exercice d'introduction, où ils mettaient en quelque sorte leurs limites.

Leur demander si ce qu'ils percevaient comme des valeurs et des obstacles sont aussi présents aujourd'hui.

Leur demander ensuite s'ils ont respecté de ne pas aborder certains sujets précis. Leur demander pourquoi? Qu'est-ce qui a changé, qu'est-ce qui n'a pas changé ?

Exercice de pleine conscience corporelle (3)

Installez-vous dans une position qui vous semble confortable, soit étendu sur le dos ou bien en position assise, avec un support sous vos genoux ou sous votre tête, afin que vous ressentiez le minimum d'inconfort.

Placez vos mains le long de votre corps, mais sans le toucher. Tourner les paumes de vos mains vers le plafond ou vers le ciel, si cela vous semble confortable. Laissez tomber vos pieds sur le côté.

N'hésitez pas à changer de posture durant l'exercice, si vous ressentez de l'inconfort, tout en portant votre attention sur ce qui se passe, moment par moment.

N'oubliez pas que la pleine conscience corporelle est un exercice pour s'éveiller plutôt que de s'endormir, même si vous êtes très relaxé. Il peut donc être important d'ouvrir les yeux de temps à autre si vous ressentez de la somnolence.

Cet exercice est une invitation à oublier le temps et à prendre conscience du moment présent tout en gardant l'esprit et le cœur ouvert à ce qui se passe en vous.

Suivez les instructions du mieux que vous le pouvez, mais gardez en tête que ce qui est le plus important n'est pas ce que je dis, mais bien d'avoir conscience de l'expérience que vous vivez à chaque moment et ce, même à des moments où des sensations indésirables ou des émotions se manifestent. En fait, il est important de prendre conscience de ces moments et de maintenir l'esprit ouvert à ces sensations ou ces émotions du mieux que vous le pouvez.

Personne ne dit que faire tout cela est facile. Mais c'est ce que vous tenterez de cultiver tout au long de cet exercice. Du mieux que vous le pouvez, laissez aller cette tendance que nous avons tous à voir les choses comme nous voulons qu'elles soient plutôt que comme elles le sont.

Permettez à vos pensées, à vos émotions ou à vos sensations d'être identique à ce qu'elles sont vraiment. Permettez-vous d'être exactement comme vous l'êtes.

Cet exercice est un temps que vous vous accordez particulièrement. Une occasion d'être avec vous et d'être vous-même complètement.

Utilisez les instructions pour vous guider du mieux que vous le pouvez, tout en portant une attention particulière sur votre corps et vos pensées.

Laissez tomber les jugements que vous avez face à vous-même. N'oubliez pas qu'il n'y a pas une meilleure façon de se sentir pendant que vous faites cet exercice. La manière dont vous vous sentez est la manière dont vous vous sentez. Donnez-vous la permission de bien le sentir, peu importe comment est cette manière de vous sentir.

Si à un moment ou à un autre vous sentez le besoin de baisser le volume de ma voix pour mieux vous concentrer sur ce que vous ressentez, faites-le sans hésitation. Vous pourrez revenir aux instructions lorsque vous jugerez que ce sera approprié.

Commencez l'exercice en portant votre attention sur votre corps comme étant un tout.

Lorsque vous respirez, rappelez-vous qu'il y a plus de bien en vous que de mauvais, peu importe la condition de votre corps, son histoire ou ce à quoi vous avez fait face ces derniers temps.

Maintenant, portez votre attention sur toutes les surfaces de votre corps qui sont en contact avec la surface sur laquelle vous reposez. Ressentez l'air caresser votre corps lorsqu'il circule à travers la pièce et sous la forme de la respiration, qui entre dans votre corps.

Maintenez votre attention sur la respiration. Ressentez les vagues rythmiques de votre respiration, tandis que l'air se déplace de l'intérieur vers l'extérieur. Ressentez votre abdomen monter et descendre à chaque inspiration et à chaque expiration.

Ressentez l'attention que vous portez à votre corps qui respire. Moment par moment. Respiration par respiration.

Ressentez votre corps relaxer de plus en plus profondément à chaque expiration, tandis que chaque muscle de votre corps se relâche.

Noter si votre esprit s'égaré à travers le flot de vos pensées. Si cela se produit, porter votre attention sur ce qui était dans votre esprit et rapporter doucement votre attention sur votre respiration et sur votre corps qui se détend.

Gardez en tête qu'il est dans la nature de l'esprit de s'égarer et de penser. Il est donc possible que cela se produise régulièrement. Cet égarement ne signifie en aucun cas que vous ne faites pas l'exercice correctement. Maintenant, quand vous vous sentirez prêt, laissez tomber votre attention de votre corps comme un tout, puis portez votre attention sur les orteils de votre pied gauche.

Mettez ces orteils au centre de votre attention. Prenez un moment pour faire la distinction entre chacun de ces orteils et sur la sensation qui se produit en chacune d'eux. Ressentez le contact entre les orteils qui se touchent et toutes les autres sensations qui s'y produisent, que ce soit le froid, la chaleur ou l'humidité. De mettre un qualificatif sur cette sensation n'est pas important. Ce qui l'est est de ressentir vos orteils tels qu'ils sont, ce qui peut inclure aucune sensation, si c'est ce que vous ressentez en ce moment.

Ressentez toutes les émotions qui surgissent en vous en ce moment, que ce soit de l'impatience, du désespoir ou un jugement sévère de vous-même. Permettez de porter à votre conscience toutes les émotions et les sensations que vous ressentez. Encore une fois, si vos pensées s'égarer, rappelez votre attention sur vos orteils.

Tandis que vous vous concentrez sur les orteils de votre pied gauche, imaginez votre respiration descendre à travers votre corps à l'inspiration, passer à travers votre jambe gauche pour se rendre jusqu'à vos orteils. Puis, à l'expiration, imaginez votre souffle remonter à travers votre pied, puis votre jambe et votre abdomen jusqu'à ressortir par votre nez.

Maintenant, quand vous serez prêt, prenez une grande et lente inspiration qui se rendra jusqu'à vos orteils. Respirez normalement à travers vos orteils pendant quelques secondes. Expirez ensuite complètement et lentement à partir de vos orteils. Sentez ensuite vos orteils se dissoudre dans votre esprit pour ensuite porter votre attention sur votre pied gauche. Puis sur votre cheville qui est en contact avec le sol. Tenter de respirer à travers votre pied comme vous le faisiez avec vos orteils, moment par moment. Maintenez votre attention sur cette région. Si vos pensées s'égarer, revenez-y. N'oubliez pas que ce n'est pas tant votre pied qui est important mais les sensations qui s'y produisent.

Quand vous serez prêt, prenez une grande inspiration puis expirez profondément et lentement à partir de votre pied gauche pour rapporter votre attention sur votre jambe gauche en entier. Ouvrez-vous à toutes les sensations qui se produisent dans vos jambes. Ressentez votre mollet, votre genou, votre cuisse et votre hanche. Porter votre attention sur toutes les parties de votre jambe gauche qui sont en contact avec le sol, de même que celles qui ne le sont pas. Acceptez toutes ces sensations en y respirant, moment par moment.

Quand vous serez prêt, prenez encore une fois une inspiration profonde vers votre jambe. Lors d'une expiration lente et profonde, déplacer de nouveau votre attention, cette fois, vers les orteils du pied droit. Ressentez vos orteils comme ils le sont en ce moment.

Prenez quelques respirations tout en centrant votre attention sur vos orteils du pied droit. Quand vous serez prêt, prenez une grande inspiration. Lors de l'expiration, centrez votre attention sur votre pied en entier. Respirez à travers votre pied droit quelques instants. Ressentez ce qu'il y a à ressentir, moment par moment, dans votre pied droit, tandis que vous respirez jusqu'à lui.

Encore une fois, lorsque vous serez prêt, lors d'une expiration, laissez aller votre pied droit. Porter votre attention sur votre jambe droite, incluant la cheville, le mollet, le genou, la cuisse et la hanche. Concentrez-vous sur les sensations que vous ressentez dans cette région de votre corps. Tentez d'être le plus précis possible dans votre description de ces sensations.

Encore une fois, lors d'une expiration lente et profonde, observez l'image mentale de votre jambe droite se dissoudre et votre attention se transporter vers le pelvis, entre vos hanches, vers vos organes génitaux et vers vos fessiers qui sont en contact avec le sol. Ressentez toutes les sensations qu'il y a à ressentir dans cette région, de même que l'absence de sensation.

Quand vous serez prêt, laissez aller toute la région pelvienne lors d'une expiration. Imaginez cette région ramollir et se relâcher tandis que vous plongez plus profondément dans votre concentration et votre conscience de votre corps. Totalement présent à chaque moment. Conscient d'exister comme vous êtes et conscient d'exister dans le moment présent.

Lentement, porter votre attention vers le bas de votre dos, vers votre colonne vertébrale qui débute au sacrum, qui forme une partie du pelvis. Le bas du dos est une région qui est particulièrement sensible aux tensions, à la fatigue dont vous pouvez peut-être prendre conscience tandis que toute votre attention est tournée vers cette région. Sentez votre respiration traverser cette région et porter une attention à toutes les sensations qui se manifestent en vous, tout en les accueillant comme elles le sont. Laissez toutes les sensations inconfortables se mêler à votre respiration et s'écouler avec votre expiration.

Comme vous expirez, laissez aller la région du bas du dos et portez maintenant votre attention sur votre ventre, et les côtés de votre ventre, jusqu'à la base de la cage thoracique. Ressentez votre ventre monter à chaque inspiration et redescendre lors de l'expiration. Prenez le temps de reconnaître les sensations qui se manifestent au niveau de votre ventre, de même que toutes les pensées ou émotions qui ont pu surgir de votre esprit, tandis que vous restez en pleine conscience du présent, moment par moment. Respiration par respiration.

Quand vous serez prêt, prenez une plus grande inspiration intentionnelle et sentez cette respiration être bercée à l'intérieur de votre corps puis ressortir lors de votre expiration.

Tandis que ce souffle se dissout dans l'air, laissez du même coup se dissoudre l'image mentale de votre ventre et transportez votre attention vers la région du torse. Ressentez votre cœur à l'intérieur de votre poitrine, de même que vos poumons et tous les principaux vaisseaux sanguins de votre corps qui respire avec vous. Prenez le temps de ressentir votre cage thoracique, vos épaules de même que vos omoplates et votre colonne vertébrale sur laquelle vous êtes appuyé. Notez toutes les sensations qui se produisent à l'intérieur de votre corps. Ressentez votre cage thoracique s'ouvrir à l'inspiration et se relâcher à chaque expiration. Reconnaissez toutes les sensations ou les tensions qui se sont accumulées dans cette région, ainsi que toutes les

pensées ou émotions qui pourraient surgir dans votre esprit, tandis que vous respirez moment par moment.

Lorsque vous serez prêt, prenez une inspiration lente et profonde. Ressentez l'air entrer profondément dans vos poumons et votre cage thoracique s'ouvrir, aussi bien dans le dos que de face et sur les côtés. Laissez maintenant votre souffle se relâcher. Du même coup, tourner doucement votre attention sur vos deux mains. Ressentez vos doigts et vos pouces, les paumes et le dos de vos mains. Transporter lentement votre attention vers vos poignets et vos avant-bras, jusqu'à vos coudes, vos bras en entier puis vos épaules. Ressentez toutes les sensations qui se produisent dans vos bras en entier, du bout des doigts jusqu'aux épaules. Ressentez votre respiration circuler à travers vos bras, moment par moment.

Quand vous serez prêt, encore une fois, lors d'une expiration, laissez aller l'image de vos mains et de vos bras. Tandis que vous prenez de plus en plus conscience de votre corps, soyez attentif au moment présent. Laissez de côté toutes les pensées qui vous viennent à l'esprit ou toutes les pulsions qui vous demandent de bouger. Ne faites que vivre l'expérience de votre corps qui reste ici, en pleine conscience, dans le moment présent.

Transportez maintenant votre esprit vers la région du cou et de la gorge, en vous ouvrant à tout ce qui peut être ressenti. Cette région, tout comme le bas du dos, est très sensible à l'accumulation de tension et de stress. Observez si ces sensations sont présentes, incluant tout ce que vous pouvez ressentir à l'intérieur de votre gorge et de votre larynx. Rester en contact avec cette région, comme elle est, en pleine conscience, moment par moment.

Quand vous serez prêt, ici encore lors d'une expiration, laissez votre cou et votre gorge se dissoudre tandis que votre esprit remonte vers la région de la tête et du visage. Une autre région qui ressent la tension tout au long de la journée. Ressentez tout ce qu'il y a à ressentir. Observer la sensation de pression qui se produit à l'endroit où la tête est en contact avec le sol. Ressentez tout votre visage se détendre. Ressentez les sensations de vos joues, de vos lèvres, de votre menton, de vos dents et de la langue, de vos oreilles et les sons qui y parviennent. Observer les sensations qui se produisent au niveau de vos yeux de même que ce qu'ils voient s'ils sont ouverts. Ressentez vos paupières, vos cils et l'espace entre vos cils. Ressentez aussi votre souffle qui passe à travers vos narines lors de la respiration. Portez ensuite votre attention sur votre front, sur votre cuir chevelu et votre crâne en entier. Soyez pleinement conscient de votre visage et de votre tête, tout en acceptant toutes les sensations qui s'y produisent, en respirant avec ces sensations et en les berçant moment par moment.

Reconnaissez toutes les images ou pensées qui se déroulent dans votre esprit, qui dérivent comme des nuages dans le ciel.

Quand vous serez prêt, prenez une grande inspiration à travers tout votre visage et votre tête. Lors de l'expiration, laissez se dissoudre cette partie de votre corps comme vous l'avez fait pour les autres. Vous pouvez maintenant rediriger votre attention sur votre corps en entier, comme vous le percevez en ce moment. Ressentez la respiration traverser votre corps détendu, du bout des orteils en passant par les pieds, les jambes, le tronc, les bras, les doigts et la tête. Continuez à percevoir toutes les sensations de votre corps telles qu'elles sont. Portez votre attention sur votre immobilité, sur votre bien-être.

Vous aurez peut-être envie de prendre le temps de vous féliciter de prendre soin de votre corps et de votre esprit comme vous venez de le faire.

Vous aurez peut-être envie de reconduire cet exercice, plusieurs fois par semaine, pendant plusieurs semaines. Ce faisant, vous laisserez vos ressources intérieures nourrir votre corps. N'oubliez pas que cette pleine conscience que vous avez est transportable. Vous pouvez la ressentir n'importe où, à partir d'un seul souffle. Vous verrez peut-être en continuant de pratiquer cet exercice que cette conscience du moment présent, cette capacité de vous concentrer sur le présent, s'étendra dans toutes les sphères de votre vie.

Vous pouvez rester dans cette position aussi longtemps que vous le désirez, pleinement conscient des sensations de votre corps.

Appendice L

Cahier du participant

THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT

A large, stylized, black graphic of the letters 'ACT'. The 'A' is on the left, followed by a 'C' and a 'T'. The letters are thick and rounded. A long, wavy horizontal line extends from the bottom of the 'C' and 'T' across the width of the graphic.

CAHIER DU PARTICIPANT

Alexandre Benoit, inf. M.Sc (c)

2010

AVERTISSEMENT

LE CONTENU DE CETTE THÉRAPIE EST SUSCEPTIBLE DE PRODUIRE EN VOUS DIFFÉRENTES EXPÉRIENCES INTENSES AFIN D'ENGENDRER L'ACCEPTATION DE SITUATIONS DE VOTRE VIE QUE VOUS TROUVEZ DIFFICILES. PAR CONTRE, CERTAINS EXERCICES POURRAIENT PROVOQUER DE L'INCONFORT. VOTRE DÉSIR ET VOTRE ENGAGEMENT À PARTICIPER À CETTE THÉRAPIE SONT IMPORTANTS.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
1ere RENCONTRE.....	5
2e RENCONTRE.....	24
3e RENCONTRE.....	30
4e RENCONTRE.....	37

INTRODUCTION

Bienvenue à ce programme de groupe de thérapie d'acceptation et d'engagement, communément appelé **ACT** (en un seul mot).

L'**ACT** est un programme qui vous permettra peut-être de mieux vous connaître, de connaître vos valeurs, ce qui est important pour vous et de l'accepter, même si cela peut sembler parfois difficile.

L'**ACT** offre des exercices qui permettent d'explorer différentes facettes de votre vie, de même que vos perceptions d'une multitude de situations. En aucun cas, on ne vous suggèrera de penser d'une façon plutôt qu'une autre. Ce qui est important est d'être soi-même, en toute honnêteté.

L'**ACT** s'appuie sur l'importance de vivre l'expérience du moment présent. Puisque personne n'obtient de diplôme pour savoir comment bien vivre, les personnes qui vous accompagneront dans cette aventure sont au même niveau que vous. Ils ne feront qu'apporter certains éléments à discuter, afin de voir s'il est possible de voir les choses autrement.

Puisque l'absence de jugement de soi est une des valeurs clés de l'**ACT**, n'hésitez pas à participer et donner votre point de vue. En aucun cas, on ne vous jugera et votre contribution sera un atout pour le groupe en entier.

Encore une fois, merci de faire partie de ce groupe !

1^{ere} RENCONTRE

Exercice 1 : Introduction

Pour cette première rencontre, répondez en toute honnêteté aux questions suivantes. Ces réponses vous appartiennent et en aucun temps, vous ne serez obligé de les divulguer ou de les partager avec d'autres personnes.

1. Que voulez-vous vraiment dans la vie?

2. Quelles sont les barrières (par exemple les pensées, émotions, etc.) qui se dressent entre vous et ce que vous voulez dans la vie?

3. Parmi ces barrières (pensées, émotions, etc.), laquelle ou lesquelles désirez-vous aborder dans ce groupe?

4. Quelles sont quelques-unes des barrières dont vous ne voudrez jamais aborder? (Ici, si vous craignez que d'autres personnes lisent vos réponses, vous pouvez utiliser des codes ou des symboles).

Exercice 2 : Les stratégies d'adaptation

Énumérez les moyens ou stratégies que vous avez utilisés dans le passé pour diminuer les inconforts qui vous font souffrir ou bien pour régler différents problèmes que vous rencontrez dans votre quotidien.

Est-ce que ces stratégies ont été aidantes?

Cherchez-vous encore des moyens pour régler vos problèmes?

Ici, vous pouvez dire ce que ces moyens ou stratégies pour diminuer les inconforts ont apporté à votre existence.

Exercice 3 : Signes d'inconforts et événements de la vie personnelle

Quels sont les signes d'inconfort qui se manifestent le plus souvent chez vous?

(Ceci est personnel, vous n'avez pas l'obligation d'en parler aux autres si tel est votre désir.)

Avez-vous remarqué si certains événements de votre vie personnelle influençaient l'apparition ou l'accentuation de ces inconforts? Si oui, quels sont ces événements?

(Encore une fois, la réponse à cette question vous appartient et vous n'êtes pas obligé d'en discuter avec les autres.)

Exercice 4 : La parade des soldats

(Cet exercice est disponible sur le disque audio.)

Cet exercice s'apparente à la méditation. Puisque vous disposez d'un disque audio sur lequel se retrouve cet exercice, vous pourrez le refaire aussi souvent que vous voulez.

La parade des soldats permet de prendre conscience des différentes pensées qui se déroulent sans cesse dans notre tête et de s'en distancer.

Exercice 5 : Questionnaire Valeurs, intentions, obstacles

Vous trouverez, dans le questionnaire suivant, différentes sphères de vie valorisées par plusieurs personnes. Ce questionnaire permet de connaître votre niveau d'engagement dans chacune de ces sphères.

Pour le compléter, en premier lieu, encerclez l'importance que vous accordez à ces sphères de vie sur une échelle de 0, 1 ou 2. Évaluez chaque sphère de votre vie personnellement et non selon l'opinion de quelqu'un d'autre (ex. parents, amis, etc.). N'oubliez pas que ces réponses vous appartiennent et qu'elles sont personnelles. Aucune personne ne jugera ces réponses.

Si vous avez inscrit qu'une sphère n'a pas d'importance (0) pour vous, passez à la suivante. Si vous avez noté "modérée ou très important" (1 ou 2), inscrire à quel niveau vous êtes satisfait de votre vécu par rapport à cette sphère de vie.

Ensuite, inscrivez combien de fois vous avez agi en direction de cette valeur **au cours de la dernière semaine**. Après avoir terminé le pointage, inscrivez vos intentions futures quant à cette sphère de vie (qu'est-ce que vous souhaitez le plus dans cette sphère de vie?)

Finalement, relevez les obstacles qui se dressent devant vous et qui vous empêchent de réaliser ce que vous souhaitez le plus dans chaque sphère de votre vie.

Voici quelques exemples de valeurs et d'actions :

Travail / carrière : Faire un retour aux études, postuler pour un nouvel emploi, demander une augmentation de salaire, consulter un conseiller en orientation, etc.

Récréation / loisirs : Joindre une équipe de sport amateur, aller à l'église, demander à quelqu'un de sortir, aller danser, aller dîner avec un ami, se joindre à un groupe de discussion (AA), etc.

Relations intimes : Passer du temps avec sa conjointe ou son conjoint, visiter de la parenté, faire des activités spéciales, etc.

Famille (autre que votre conjoint ou vos enfants): Comment voulez-vous interagir avec les membres de votre famille? Quel genre de soeur ou frère souhaitez-vous être? Quel genre de fille ou fils souhaitez-vous être?

À quel point cette sphère de vie est-elle importante pour vous (importance)?

0 = pas du tout 1 = modérément 2 = beaucoup

Dans l'ensemble, à quel point votre vécu correspond à ce que vous voulez qu'il soit dans cette sphère de vie (satisfaction)?

0 = pas du tout 1 = modérément 2 = beaucoup

Combien de fois avez-vous agi pour avancer dans cette sphère de vie au cours de la dernière semaine (action)?

0 = aucune action 1 = une ou deux
2 = trois ou quatre fois 3 = plus de quatre fois

Intention:

Obstacles:

Récréation / loisirs: Quel genre d'activités aimez-vous? Dans quelles activités souhaiteriez-vous vraiment vous engager? Pour quelles raisons le souhaitez-vous?

Importance: 0 = pas du tout important 1 = modérément important 2 = très important

Satisfaction: 0 = pas du tout satisfait 1 = modérément satisfait 2 = très satisfait

Actions: 0 = aucune 1 = 1 ou 2 2 = 3 ou 4 3 = + de 4

Intention:

Obstacles:



Santé / Soins physiques: Comment prenez-vous soin de votre bien-être physique (ex. sommeil, alimentation, exercices)? Pour quelles raisons le faites-vous?

Importance: 0 = pas du tout important 1 = modérément important 2 = très important

Satisfaction: 0 = pas du tout satisfait 1 = modérément satisfait 2 = très satisfait

Actions: 0 = aucune 1 = 1 ou 2 2 = 3 ou 4 3 = + de 4

Intention:

Obstacles:



Exercice 8 : Emmenez vos pensées prendre une marche

Cet exercice permet de comprendre que le cours de la pensée ne s'arrête jamais.

Comment je me suis senti durant cet exercice :

Ce que je retiens de cet exercice :

Exercice 10 : Métaphore du Polygraphe

Qu'est-ce qu'un polygraphe?

À la lumière de cet exercice, qu'arrive-t-il si on tente de contrôler ce qui semble être incontrôlable?

Ce que je retiens de cet exercice :

Exercice 13 : Métaphore de la mauvaise tasse

Comment cette métaphore s'applique-t-elle à ce qui touche votre vie personnelle?

Ce que je retiens de cet exercice :

Exercice 14 : Questionnaire « Mes valeurs et les obstacles »

Pour cet exercice, vous pouvez faire un retour sur le questionnaire « Valeurs, intentions, obstacles » que vous avez complété précédemment.

À la lumière de ce que vous avez écrit, vous pouvez sans doute mieux identifier quelles sont les valeurs auxquelles vous accordez le plus d'importance dans votre vie. Ces valeurs vous servent en quelque sorte à diriger votre vie.

Dans le cadre de cet exercice, vous serez appelé à ressortir, d'une part, les valeurs que vous jugez les plus importantes dans votre vie et d'autre part, les obstacles (pensées, émotions, etc.) qui se dressent devant vous, qui vous empêchent de rejoindre ces valeurs.

Vous pouvez compléter cet exercice à la maison, si vous le souhaitez.

Nous y reviendrons lors de notre prochaine rencontre.

4^e RENCONTRE

Exercice 15 : Les feuilles sur la rivière

Cet exercice s'apparente à la parade des soldats. Pour certaines personnes, il peut sembler plus intéressant car il nous permet de nous centrer un peu plus sur la nature.



Exercice 16 : Retour sur les valeurs

Si tel est votre désir, vous pouvez discuter de l'importance des valeurs dans votre vie. Comment faites-vous pour faire de la place à ces valeurs dans votre quotidien?

Mes commentaires :

Exercice 17 : Retour sur les obstacles

Toujours si vous le désirez, vous pouvez partager les obstacles que vous avez relevés dans votre quotidien. Comment agissent ces obstacles dans votre vie?

Mes commentaires :

Exercice 18 : Retour sur l'exercice d'introduction

Retournez à la page 5 de votre cahier d'activités.

Comparez les réponses que vous aviez inscrites aux questions 1 et 2 avec ce que vous venez de décrire.

Ces réponses sont-elles les mêmes? Est-ce que des choses ont changé?

Maintenant, regardez ce que vous aviez écrit aux questions 3 et 4. Avez-vous respecté ces réponses? Pourquoi?

Appendice M

Échelle de codification de la participation

Échelle de codification
Analyse du processus cybernétique (Leclerc, Lesage et Ricard, 1994)

Pour chacun des 8 items, les symboles suivants sont utilisés:

- 0 signifie l'absence de comportement.
- 1 signifie la présence faible du comportement
- 2 signifie la présence modérée du comportement
- 3 signifie la présence forte du comportement
- 4 signifie la présence exceptionnelle du comportement

ATTENTION

Ainsi, pour le premier comportement, soit l'ATTENTION, 0 indique que le participant n'a fourni aucune attention durant la séance, 1 indique une attention plutôt faible durant la séance, 2 indique une attention plutôt modérée durant la séance, 3 indique une attention plutôt élevée durant la séance et 4 indique une attention exceptionnelle durant la séance.

CONTACT VISUEL

Pour le comportement CONTACT VISUEL, 0 indique que le participant n'a établi aucun contact visuel durant la séance, 1 indique la présence de quelques contacts visuels durant la séance, 2 indique un contact visuel modéré durant la séance, 3 indique un contact visuel élevé durant la séance et 4 indique un contact visuel exceptionnel durant la séance

IMPLICATION VERBALE

Pour le comportement IMPLICATION VERBALE, 0 indique que le participant n'a pas dit un mot durant la séance, 1 indique que le participant a rarement pris la parole durant la séance, 2 indique que le participant a quelques fois pris la parole durant la séance, 3 indique que le participant a régulièrement pris la parole durant la séance et 4 indique que le participant a fourni une implication verbale exceptionnelle durant la séance.

QUESTIONS

Pour le comportement QUESTIONS, 0 indique que le participant n'a posé aucune question durant la séance, 1 indique que le participant a posé une question durant la séance, 2 indique que le participant a posé quelques questions durant la séance, 3 indique que le participant a régulièrement posé des questions durant la séance et 4 indique que le participant a posé plusieurs questions qui ont fait progressé le groupe durant la séance.

AIDE

Pour le comportement AIDE, 0 indique que le participant n'a fourni aucune aide aux autres durant la séance, 1 indique une offre d'aide durant la séance, 2 indique la présence de quelques offres d'aide durant la séance, 3 indique la présence de plusieurs offres d'aide durant la séance et 4 indique un offre d'aide exceptionnelle durant la séance.

SOCIALISATION

Pour le comportement SOCIALISATION, 0 signifie une absence complète de conversation non sollicitée durant la période de café, 1 indique la présence de certains signes de socialisation durant la période de café, 2 indique la présence de quelques signes de socialisation durant la période de café, 3 indique la présence de plusieurs signes de socialisation durant la période de café et 4 indique une socialisation exceptionnelle durant la période de café.

COMPORTEMENTS PERTURBATEURS: (SCORE NÉGATIF)

Il s'agit de comportements qui nuisent au fonctionnement du groupe, soit des comportements intempestifs, sans empathie ou de monopolisation du temps. Pour les COMPORTEMENTS PERTURBATEURS, 0 signifie une absence complète de comportement durant la séance, 1 indique la présence de certains comportements durant la séance, 2 indique la présence de quelques comportements durant la séance, 3 indique la présence de plusieurs comportements durant la séance et 4 indique une présence presque constante de comportements perturbateurs durant la séance.

CONFUSION: (SCORE NÉGATIF)

Il s'agit de propos incohérents énoncés par le participant durant la séance. Le score 0 signifie une absence complète de propos confus durant la séance, 1 indique la présence de certains propos confus durant la séance, 2 indique la présence de quelques propos confus durant la séance, 3 indique la présence de plusieurs propos confus durant la séance et 4 indique une présence presque constante de propos confus durant la séance.

TOTAL: Additionnez chacune des lignes pour établir le score de participation de chacun. Les scores aux items Comportements perturbateurs et Confusion doivent être soustraits plutôt qu'additionnés.

Analyse du processus cybernétique: Etude des processus de commande et de communication chez les êtres humains.

Appendice N

Grille d'évaluation de la participation

Grille de participation au Module TCC

Date de la rencontre : 14.02.2002

Nom du participant	Attention	Contact visuel	Implication verbale	Questions	Aide	Socialisation	Comportement perturbateur	Confusion (-)	TOTAL
Total du groupe :									
Moyenne du groupe :									

Tenir compte de la légende au verso pour la codification

Signature des animateurs : _____