

Validation d'un tri de cartes Q pour l'évaluation de l'adaptation sociale en psychiatrie

Validation of a sorting of cards Q for the evaluation of the social adaptation in psychiatry

Robert Groleau, Marc Bigras and Gilles Côté

Volume 42, Number 1, 2013

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1061727ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1061727ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Groleau, R., Bigras, M. & Côté, G. (2013). Validation d'un tri de cartes Q pour l'évaluation de l'adaptation sociale en psychiatrie. *Revue de psychoéducation*, 42(1), 135–160. <https://doi.org/10.7202/1061727ar>

Article abstract

This study presents the development and validation of a Q-Sort for assessing social adaptation of psychiatric patients (Q-ASP). The Q-Method is thought to provide useful qualitative and quantitative data for the participant observers of social adaptation of patients at risk for violence and addiction in the process of psychiatric rehabilitation, 33 patients were evaluated by clinicians using the Q-ASP. The results confirmed that the Q-ASP had an excellent stability ($r = 0.95$) and converged with the HoNOS ($r = 0.62$) as expected. Interrater reliability was fair ($r = 0.70$) and experts agreed ($r = 0.81$) to describe an optimum profile of a patient that is likely to socially adapt to his/her community. The main advantage of the Q-ASP is to provide a behavioral profile of risks and protective factors related to adaptation of psychiatric patients in their social environment.

Mesure et évaluation

Validation d'un tri de cartes Q pour l'évaluation de l'adaptation sociale en psychiatrie

Validation of a sorting of cards Q for the evaluation of the social adaptation in psychiatry

R. Groleau¹

M. Bigras²

G. Côté³

1. Institut Philippe-Pinel de Montréal
2. Université du Québec à Montréal, Département de psychologie
3. Institut Philippe-Pinel de Montréal, Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychologie

Résumé

Cette étude présente la validation d'un instrument d'évaluation de l'adaptation sociale en psychiatrie (Q-ASP). Cet instrument utilise la méthode du tri de cartes Q, car elle présente plusieurs avantages pour les cliniciens qui travaillent en situation de vécu partagé et d'observation participante. Elle permet de construire un instrument qui s'adapte au contexte de pratique de ces professionnels en fournissant des données qualitatives et quantitatives. L'instrument permet une évaluation valide de l'adaptation sociale dans un contexte de réadaptation psychiatrique de patients qui présentent un risque de violence et de toxicomanie. La méthodologie repose sur l'évaluation de 33 patients. Les résultats liés à la validité du Q-ASP démontrent un bon indice de fidélité interjuges ($r=0,70$), une excellente stabilité ($r=0,95$) et une bonne validité de convergence avec le HoNOS ($r=0,62$). Des experts ont pu s'entendre ($r=0,81$) pour décrire un profil optimal d'un patient suffisamment adapté pour vivre dans la communauté. Le principal avantage de cet instrument est qu'il permet de dresser un profil comportemental qui identifie les facteurs de risque et de protection liés à l'adaptation sociale de patients psychiatriques.

Mots-clés : Q-sort, adaptation sociale, schizophrénie, violence, évaluation

Abstract

This study presents the development and validation of a Q-Sort for assessing social adaptation of psychiatric patients (Q-ASP). The Q-Method is thought to provide useful qualitative and quantitative data for the participant observers of social adaptation of patients at risk for violence and addiction in the process of psychiatric rehabilitation, 33 patients were evaluated by clinicians using the Q-ASP. The results confirmed that the Q-ASP had an excellent stability ($r = 0.95$) and converged with the HoNOS ($r = 0.62$) as expected. Interrater reliability was fair ($r = 0.70$) and experts agreed ($r = 0.81$) to describe an optimum profile of a patient that is likely to socially adapt to his/her community.

Correspondance :

Robert Groleau
Institut Philippe-Pinel de Montréal
10 905, Henri-Bourassa-est
Montréal, Québec, H1C 1H1
rgroleau@ssss.gouv.qc.ca

The main advantage of the Q-ASP is to provide a behavioral profile of risks and protective factors related to adaptation of psychiatric patients in their social environment.

Key words: Q-sort, social adaptation, schizophrenia, violence, evaluation

Les personnes qui souffrent de troubles mentaux présentent souvent de sérieux déficits qui nuisent à leur adaptation sociale, ce qui accroît les risques d'hospitalisation, de rechute et de chronicité. Plusieurs auteurs (notamment, Bae, Lee, Park, Hyun, & Yoon, 2010; Corrigan, Schade, & Liberman, 1992; Couture, Penn, & Roberts, 2006; Hooley, 2010; Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006; Liberman, 1982; Pinkham *et al.*, 2012) considèrent que le niveau d'adaptation sociale de ces personnes est un excellent indicateur de la durée de séjour dans leur communauté et de leur santé mentale en général. En conséquence, ces études ont mené les intervenants à mettre en place des programmes qui favorisent le développement des capacités d'adaptation sociale. Toutefois, l'étape préalable à ce processus de réadaptation est l'évaluation de leur capacité d'adaptation sociale. Cette évaluation doit décrire l'habileté avec laquelle l'individu réussit à satisfaire ses besoins d'autonomie personnelle et ses besoins socioaffectifs (Anthony & Cohen, 1984; Anthony, Cohen, & Nemecek, 1986; Anthony & Farkas, 1982; Bellack *et al.*, 2007; Brissos, Molodynski, Dias, & Figueira, 2011; Kuehnel & Liberman, 1988; Vaccaro, Pitts, & Wallace 1992; Wallace, 1986). L'évaluation de l'adaptation sociale de patients qui souffrent de troubles mentaux amène une difficulté supplémentaire lorsque ces personnes présentent également un risque de comportements violents et de toxicomanie. En plus d'avoir des déficits associés aux symptômes de la maladie mentale, ces personnes présentent des troubles du comportement qui ont un impact sur l'évolution de la réadaptation. Il est donc nécessaire d'inclure ces composantes dans l'évaluation de l'adaptation sociale. L'évaluation en établissement soulève aussi la question de la validité écologique; elle est liée au choix de la méthode utilisée. Il est essentiel d'utiliser une technique de collecte de données qui permet de standardiser les observations directes qui sont faites en établissement et qui sont représentatives d'une définition commune de l'adaptation sociale nécessaire pour vivre dans la communauté. Actuellement, aucun instrument ne répond à ces exigences pour soutenir des cliniciens qui travaillent en situation d'observation participante. C'est pour pallier ce manque qu'il est proposé de valider un tri de cartes Q sur l'adaptation sociale en psychiatrie (Q-ASP).

Cadre théorique

Selon Chappuis et Thomas (1995), la position sociale dans laquelle se trouve une personne constitue son statut et à chaque statut correspond des rôles. Chacun de ces rôles implique des conduites attendues par la personne envers autrui ou par autrui envers elle. Les rôles permettent l'articulation des conduites selon les attentes de chacun. Selon les auteurs, les concepts de statut et de rôle servent de pierres angulaires à l'analyse du fonctionnement social. Ainsi, si le fonctionnement social fait référence aux conduites des personnes selon leur statut et leur rôle, l'adaptation sociale doit être évaluée en tenant compte des normes et des valeurs. Selon Chappuis et Thomas (1995), ce rôle comprend trois niveaux : le rôle prescrit, le rôle subjectif et le rôle réel. Le rôle prescrit réfère à l'ensemble des comportements attendus par la société en fonction du statut, mais aussi des

normes et des valeurs. Le rôle subjectif indique la façon dont la personne perçoit et interprète son rôle. Finalement, le rôle réel renvoie à l'extériorisation ou aux actions de l'individu. Pour les auteurs, l'adaptation sociale réfère au degré avec lequel une personne remplit, par ses comportements, les attentes normatives associées à ses rôles et représente le degré de conformité entre le rôle réel et le rôle prescrit.

Dans un contexte de psychiatrie justice, les personnes reconnues non criminellement responsables d'un délit se retrouvent sous une ordonnance de détention gérée par la commission d'examen des troubles mentaux. Leur environnement social est constitué de leurs proches, mais aussi des professionnels qui en prennent soin et charge, de même que des représentants du système de justice. Compte tenu de leur maladie et de leur potentiel de violence, ces dernières personnes ont des attentes quant au fonctionnement social de ces patients. Ces attentes se manifestent par des conditions légales et cliniques qui deviennent une norme sociale à laquelle les patients doivent se conformer. Pour répondre à ces attentes, les patients doivent présenter des comportements qui sont associés à des facteurs reconnus comme indicateurs d'une adaptation dans ce contexte tels que les habiletés sociales, les habiletés d'autonomie à la vie quotidienne, l'introspection, la collaboration au traitement, les comportements compensés et le contrôle de soi.

Les habiletés sociales font référence à la capacité de communiquer efficacement avec son entourage. Elles permettent à la personne de satisfaire ses besoins matériels et relationnels. Liberman (1982) mentionne deux sphères dans le domaine des habiletés sociales : la communication instrumentale et la communication des sentiments. La communication instrumentale fait référence à la capacité de la personne d'obtenir quelque chose ou de réaliser une tâche. Elle permet à la personne d'être en contact avec son entourage et de satisfaire ses besoins matériels, physiques ou financiers. Cela consiste à demander ou à offrir de l'aide, à négocier, à donner son opinion, à expliquer le fonctionnement d'un appareil ou à décrire une situation. Ce type de communication est utilisé dans les relations avec les collègues de travail, avec les commerçants, dans les demandes de services sociaux ou lors des loisirs. La communication des sentiments a pour fonction de permettre à la personne de s'engager dans une relation afin de développer et de maintenir des liens d'amitié ou d'amour avec un ami, un conjoint ou avec la famille. Les habiletés sociales permettent à la personne de mieux faire face aux stress générés par l'environnement et de préserver ou de développer des relations interpersonnelles satisfaisantes, ce qui peut atténuer les risques de rechutes et de réhospitalisation (Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta, 2004; Dixon *et al.*, 2010; Hooley, 2010; Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006; Kurtz & Mueser, 2008; Swartz, Froberg, Drake & Lauriello, 2012).

La dimension des habiletés d'autonomie dans la vie quotidienne concerne l'hygiène personnelle, l'hygiène du milieu et les tâches domestiques. Les personnes souffrant de troubles mentaux présentent souvent de sérieux problèmes d'autonomie qui se manifestent particulièrement dans ces domaines (Laroche, Hodgins, & Toupin, 1995). La réadaptation des fonctions reliées à ces comportements de base prend une grande place dans le traitement, puisque la possibilité d'intégrer un patient à une ressource communautaire est souvent reliée à sa capacité de démontrer son autonomie à cet égard.

L'inclusion des habiletés sociales et des habiletés d'autonomie à la vie quotidienne, dans la définition de l'adaptation sociale, est pertinente, mais elle n'est pas suffisante pour expliquer l'inadaptation sociale de patients qui présentent des antécédents de violence et de toxicomanie. Par conséquent, cinq autres facteurs (introspection difficile, résistance au traitement, symptômes actifs de la maladie mentale grave, impulsivité, attitudes négatives) sont ajoutés pour définir l'adaptation sociale, puisqu'ils sont associés au risque de comportements violents (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997).

Le manque d'introspection face à la maladie mentale a un impact significatif sur l'évolution du traitement. Plusieurs études (Amador *et al.*, 1994; Amador & Kronengold, 2004; Amador & Strauss, 1993; Arango & Amador, 2011; Buckley *et al.*, 2004; Cernovsky, Landmark, Merskey, & Husni, 2004; Lysaker, Bell, Bryson, & Kaplan, 1998; Smith *et al.*, 1999) font ressortir une relation positive entre la reconnaissance de la maladie et la persévérance dans le traitement, d'une part, et des résultats cliniques positifs, d'autre part. Par ailleurs, les patients qui manquent d'introspection présentent des symptômes plus intenses, ont plus de difficulté à fonctionner au quotidien et sont plus violents (Lincoln, Lüllmann, & Rief, 2007). De plus, le manque d'introspection face à la maladie est concomitant au manque de reconnaissance de leur comportement violent (Buckley *et al.*, 2004).

Selon Fenton, Blyer et Heinssen (1997), quatre aspects peuvent expliquer la résistance au traitement pharmacologique : le patient lui-même, l'environnement, la médication et ceux reliés au clinicien. Les aspects reliés au patient concernent la gravité des symptômes (particulièrement le délire de grandeur), les problèmes de toxicomanie et le manque d'introspection. Les aspects environnementaux sont reliés aux différents problèmes de la vie courante, comme le manque d'argent ou la difficulté à se déplacer. Les aspects reliés à la médication concernent les effets secondaires et l'importance de la dose prescrite. Les aspects liés au clinicien concernent la qualité de la relation thérapeutique entre le patient et son médecin ou le personnel traitant. Le refus de se faire traiter est étroitement lié au risque de comportements violents (Torrey, 2004).

Les symptômes actifs de la maladie mentale grave (spectre de la schizophrénie et des troubles de l'humeur) sont associés à des comportements décompensés qui entraînent souvent un manque d'habiletés sociales (Anthony & Liberman, 1986; Anthony & Liberman, 1992; Hooker *et al.*, 2011; Liberman, 1982; Liberman 1986; Liberman, 1988) et d'habiletés à la vie quotidienne (Angell & Test, 2002; Cyr, Toupin, & Lesage 1993; Laroche *et al.*, 1995) ainsi qu'à la manifestation de comportements violents (Hodgin, 2000, 2001; Link & Stueve, 1994). Les comportements violents sont particulièrement prévalents lorsque la personne présente des symptômes délirants menaçants (threat control override) (TCO) comme avoir le sentiment que son cerveau est dominé par des éléments externes, que des pensées sont imposées dans sa tête et qu'elles ne sont pas les siennes et que des gens lui veulent du mal (Link & Stueve, 1994).

Finalement, l'impulsivité et les attitudes négatives sont regroupées, dans le Q-ASP, sous le facteur du contrôle de soi. L'impulsivité est un trait de personnalité qui se rapporte à la capacité de la personne à contrôler ses pensées

et ses comportements (Barratt, 1994); elle fait référence à l'instabilité des émotions (Bech & Mak, 1995; Webster *et al.*, 1997). Les attitudes négatives concernent des comportements associés au fonctionnement antisocial, voire à la psychopathie (Hare, 1991, 2003). Elles concernent les attitudes des individus à l'égard des autres, des institutions et des organismes sociaux, de la loi et de l'autorité. Les personnes qui présentent un fonctionnement antisocial sont plus susceptibles de présenter des problèmes de dépendance aux substances toxiques (Krakowski, 2005; Joyal, 2005; Joyal, Putkonen, Paavola & Tiihonen, 2004). Les patients schizophrènes et toxicomanes, qui ont un trouble de la personnalité antisociale, présentent un profil comportemental différent de ceux qui n'ont pas ces types de diagnostics complémentaires. Ces patients ont davantage tendance à résister à leur traitement (Fenton *et al.*, 1997; Swartz *et al.*, 1998) et sont plus susceptibles de rechuter (Buckley, Miller, Lehrer & Castle, 2009; Haywood *et al.*, 1995; Cantwell *et al.*, 1999). Par ailleurs, certains patients toxicomanes présentent moins de symptômes négatifs, des troubles délirants moins sévères, moins de comportements désorganisés et un meilleur fonctionnement social que les patients qui ne présentent pas de problème de toxicomanie (Côté, Lesage, Chawky, & Loyer, 1997; Joyal, Hallé, Lapierre, & Hodgins, 2003; Potvin, Joyal, Pelletier, & Stip, 2010; Mueser *et al.*, 2000).

Contexte de l'évaluation

L'instrument développé propose d'évaluer des patients hospitalisés en psychiatrie dans une perspective multidimensionnelle de l'adaptation sociale. Les intervenants appelés à utiliser cet instrument travaillent dans un contexte d'observation participante qui consiste à recueillir quotidiennement des faits d'observation auprès des patients dans leur milieu de vie. L'intervenant doit s'engager dans une relation avec le patient et partager avec lui des expériences significatives (Guindon, 1982). Traditionnellement, les éducateurs spécialisés et les psychoéducateurs, qui pratiquent en situation de vécu partagé, organisent des activités, les animent et utilisent les expériences vécues afin d'accompagner les personnes dans une démarche de réadaptation (Gendreau, 1978), ce qui représente autant d'occasions de faire des observations directes d'une grande valeur.

Toutefois, l'observation directe présente plusieurs difficultés d'ordre méthodologique lorsqu'il s'agit de faire l'évaluation des personnes atteintes de troubles mentaux dans un tel contexte. En fait, telle qu'elle est pratiquée par la plupart des intervenants en santé mentale, l'observation participante ne constitue pas en soi une méthode. Il est plutôt fait référence à l'observation *ad lib* telle que définie par Altmann (1974), laquelle consiste, selon l'approche éthologique, à observer sans hypothèse, lors de moments jugés opportuns, puis à noter les événements jugés significatifs. Cependant, contrairement à l'approche de Altmann, les intervenants n'aboutissent pas toujours à la formulation d'hypothèses à soumettre à une analyse systématique qui tienne compte d'une collecte d'observations exhaustives. Leurs notes ne sont pas organisées de façon systématique. La plupart du temps, les événements jugés significatifs sont ceux où le sujet démontre un comportement inhabituel ou jugé inadapté alors que les compétences sont souvent ignorées. Puisque ces notes ne sont pas fondées sur une échelle commune entre les observateurs, de même que sur une définition opérationnelle de l'adaptation sociale, elles ne peuvent être comparées. Il est donc difficile de juger de la valeur

métrologique de l'observation *ad lib* dans un contexte d'évaluation clinique (Van der Maren, 1995).

La difficulté métrologique présentée par l'observation participante ne se situe pas tellement dans la méthode en elle-même, mais plutôt dans la technique utilisée pour enregistrer convenablement les événements significatifs. L'observation participante demeure une approche qui permet de recueillir de nombreux indicateurs comportementaux d'une grande qualité, surtout au plan de leur validité écologique, puisqu'elle donne accès directement aux comportements dans leur contexte naturel. Toutefois, il semble essentiel d'utiliser une technique de collecte de données qui permet de standardiser ces observations en donnant une même définition de l'adaptation sociale et une même échelle aux observateurs, tout en s'adaptant aux contextes variés dans lesquels évolue l'intervenant qui accompagne les patients au quotidien. Ainsi, il est proposé ici d'utiliser un instrument d'enregistrement conçu selon la méthode du tri de cartes Q pour systématiser l'observation participante.

Méthodologie, méthode et technique « Q »

La méthodologie « Q » a été développée dans les années 1930 par William Stephenson (1902-1989) alors qu'il était l'assistant de Charles Spearman, le concepteur de l'analyse factorielle. Le premier article de Stephenson sur le sujet est paru dans *Nature* (Stephenson, 1935) et son principal ouvrage est *The Study of Behavior : Q-technique and its methodology* (Stephenson, 1953). Fondamentalement, l'approche « Q » rend possible l'étude quantitative de la subjectivité humaine. Elle permet d'organiser de façon systématique les perceptions que les personnes ont d'elles-mêmes ou celles qu'elles ont de leur environnement (McKeown & Thomas, 1988).

La méthode « Q » et la méthode « R » se distinguent dans la manière de relier les personnes et les variables (Smith, 2000; Stephenson, 1953; Watts & Stenner, 2005). Avec la méthode « R », des variables sont comparées sur un échantillon de personnes, alors qu'avec la méthode « Q », des personnes sont comparées sur un échantillon de variables. Cette procédure permet des comparaisons intra-individuelles dans une perspective dite ipsative – il s'agit ici d'établir un profil – alors que la méthode « R » s'inscrit dans une perspective normative qui entraîne des comparaisons interindividuelles (Mowrer, 1953).

Le tri de cartes Q fait référence à une procédure de triage d'une série d'énoncés comportementaux qui sont formulés sur de petites « cartes ». En anglais, le tri de cartes Q est désigné sous le terme « Q-sort ». Il existe deux types de tri de cartes Q : celui effectué par la personne elle-même et celui fait par un observateur externe après avoir observé un participant. Lorsque le tri de cartes Q est utilisé par le sujet, celui-ci distribue les items de façon à présenter son point de vue sur un aspect particulier. Par exemple, dans le tri de cartes Q développé par Day, Bentall et Warner (1996), chaque énoncé décrit un point de vue personnel concernant la consommation de neuroleptiques. Les participants doivent classer chacun de ces items les uns par rapport aux autres selon qu'ils sont d'accord ou en désaccord avec chaque énoncé, par exemple, « la médication ne guérit pas la maladie, elle ne fait que contrôler les symptômes ». Ce type de tri de cartes correspond davantage

à la perspective originale proposée par Stephenson (1953), puisque selon Brown (1997, 1999), seul le participant peut exposer sa subjectivité.

D'autres tris de cartes Q ont été développés subséquentement afin de permettre à un observateur externe de dresser le profil d'un participant (Block, 1978; Pederson, *et al.*, 1990; Wampler, Halverson, Moore & Walters, 1989). Toutefois dans ces situations, la technique et la méthode « Q » sont utilisées dans une approche « R », puisque les analyses s'effectuent dans un cadre hypothético-déductif (S. R. Brown, communication personnelle, 17 décembre, 1994). Selon S. R. Brown (communication personnelle, 18 décembre, 1994), il faut distinguer les termes technique-Q, méthode « Q » et méthodologie « Q ». La technique « Q » fait référence à l'utilisation du tri de cartes ou Q-Sort. La méthode « Q » correspond à l'utilisation de l'analyse factorielle dont la matrice est inversée, c'est-à-dire que ce sont les personnes plutôt que les variables qui sont soumises à l'analyse factorielle. La méthodologie « Q » réfère à l'étude du point de vue subjectif des personnes. Cette distinction permet donc l'utilisation de la technique et de la méthode « Q » dans une perspective « R ». Cela présente plusieurs avantages. Elle permet notamment d'effectuer des analyses factorielles sur un petit nombre de participants (Smith, 2000; Watts & Stenner, 2005), ce qui est pratique d'un point de vue clinique, puisque les analyses portent sur un échantillon d'items, alors que les sujets sont les variables corrélées. Elle permet également d'effectuer des tests de fidélité interjuges et de stabilité pour une approche de type « Q », tests qui sont habituellement effectués pour les instruments de type « R ». Finalement, même si la méthode « Q » est utilisée dans une perspective « R », elle permet tout de même d'effectuer une analyse de profils comportementaux qui est propre à une personne ou à un groupe, ce qui caractérise une analyse dite ipsative. C'est de cette façon que sont utilisées ici la technique et la méthode du tri de cartes Q. Des intervenants décrivent le profil d'un patient en triant des cartes selon que les comportements caractérisent le patient qu'ils décrivent.

Lorsque c'est un observateur qui utilise le tri de cartes Q pour décrire un participant, cela lui demande concrètement d'observer le comportement d'une autre personne sur une période jugée significative, soit de 7 à 10 jours dans le cas du présent tri de cartes Q, période habituellement représentative du fonctionnement général. Après cette période d'observation, l'évaluateur prend environ une heure pour classer, d'abord en deux piles, des énoncés inscrits sur de petites cartes (81 cartes dans le cas du présent tri de cartes Q) selon que l'énoncé est caractéristique ou non du patient observé. Par la suite, l'évaluateur ordonne les énoncés en neuf rangs, allant de ceux qui caractérisent le mieux le patient à ceux qui le caractérisent le moins (neuf cartes dans chaque rang dans le cas du présent tri de cartes Q). Les énoncés les plus caractéristiques reçoivent le score 9 alors que les moins caractéristiques obtiennent le score 1. Les scores entre 6 et 9 indiquent que l'énoncé est caractéristique du patient, alors que les scores entre 1 et 4 indiquent que l'énoncé est non caractéristique du patient. Le score 5 indique que l'item est neutre. Le nombre de rangs est habituellement impair; il varie d'un tri de cartes Q à l'autre selon le nombre d'items (Smith, 2000). Le nombre d'items par rang peut varier ainsi que leur distribution, qui peut représenter une distribution normale ou quasi normale (Brown, 1997; Smith, 2000; Watts & Stenner, 2005). Certains tris de cartes Q comptent le même nombre d'items dans chacun des rangs (ex. Pederson, *et al.*, 1990).

La principale qualité de la technique « Q » réside dans l'exploitation des données à des fins cliniques et de recherche. En effet, trois types d'analyses sont possibles : 1) l'analyse ipsative, 2) l'analyse de similarité, 3) l'analyse d'énoncés.

1) L'analyse ipsative : Tel que mentionné, l'analyse ipsative est une analyse de profils comportementaux propres à une personne ou à un groupe (Stainton, 1995). Dans cette approche d'évaluation, il n'y a pas de formulation d'hypothèse ou une conception a priori faite par des théoriciens, l'objectif étant plutôt de vérifier s'il est possible de dégager, dans les données du tri de cartes Q, un profil comportemental d'une personne ou d'un groupe de personnes décrites par des cliniciens.

2) L'analyse de similarité : L'analyse de similarité s'effectue en comparant un profil optimal avec le profil comportemental du patient évalué. Ce profil optimal est constitué à partir de la description consensuelle faite par un groupe d'experts décrivant, par exemple, un patient psychiatrique qui serait jugé suffisamment adapté socialement pour vivre dans la communauté. La constitution d'un profil optimal est possible, puisque chaque carte possède une valeur selon la position qu'elle occupe sur l'échelle. Cette procédure permet d'établir un score moyen selon la position où chacun des experts place les énoncés. L'analyse de similarité s'établit à l'aide d'une corrélation entre la description d'un patient telle qu'elle a été faite par un intervenant qui le côtoie quotidiennement et la description d'un profil optimal. Cette corrélation est appelée indice-Q. Ainsi, plus cet indice est élevé (variation s'étendant de -1,00 à 1,00), plus la description du patient s'apparente à celle du profil optimal. Il est possible aussi pour les experts de constituer un profil qui décrit différents types de patients allant des plus adaptés aux moins adaptés et de les comparer au patient qui fait l'objet d'un suivi. Par exemple, Block (1978) ainsi que Reise et Oliver (1994) ont constitué des profils types décrivant un trouble de la personnalité pour le comparer au profil d'un patient décrit à la suite d'une période d'observation afin de proposer un diagnostic.

3) L'analyse d'énoncés : Cette analyse plus fine de l'information tirée d'un tri de cartes Q consiste à analyser le placement des énoncés de très typiques à très atypiques qui décrivent le profil du patient. À titre d'exemple, considérons le tri de cartes Q sur les comportements maternels (Q-CM; Pederson *et al.*, 1990). Les résultats de la validation du Q-CM révèlent que 24 cartes sur 90 (12 positives, 12 négatives) sont d'excellents indices de la qualité ultérieure de l'attachement de l'enfant. Tel que le proposent Fontaine et Bigras (1996), l'intervenant décrit la sensibilité maternelle de la façon habituelle, mais il souligne le placement qu'il fait de ces 24 cartes critiques pour le développement de l'enfant. Il souhaite que les 12 cartes positives se retrouvent parmi les plus typiques possible et les 12 cartes négatives, les plus atypiques possible. Lorsque le clinicien constate qu'un énoncé positif est atypique et, qu'à l'inverse, un énoncé négatif est typique, il note ces écarts comme des objectifs d'intervention. Rappelons que l'énoncé de chaque carte est une description comportementale, ce qui facilite la conversion en objectif d'intervention.

La particularité de la méthode Q permet de faire l'hypothèse que des cliniciens qui pratiquent dans un contexte de vécu partagé pourront s'entendre

pour décrire le profil comportemental d'un patient psychiatrique qui présente un risque de violence et de toxicomanie. L'objectif de cette recherche est de valider un instrument d'évaluation qui permet une analyse clinique utile pour comprendre l'évolution de la réadaptation psychiatrique de ce type de patient. La prochaine section présente la méthode et la procédure utilisées pour atteindre cet objectif.

Méthode

Participants

Deux types d'acteurs ont participé à cette étude : des patients hospitalisés à l'Institut Philippe-Pinél de Montréal et des membres du personnel traitant. Les patients ont été choisis parce qu'ils se trouvaient dans les unités psychiatriques où pratiquent les intervenants qui ont accepté de participer à cette étude. Trente-trois patients ont ainsi été évalués à l'aide du Q-ASP. Parmi ces patients, 14 ne présentent qu'un diagnostic sur l'axe 1 du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), 16 présentent un diagnostic à la fois sur les axes 1 et 2, alors que trois autres ont un diagnostic sur l'axe 1 tout en présentant un retard mental. Trois patients n'ayant qu'un diagnostic sur l'axe 1 présentent des problèmes de toxicomanie. Parmi les 16 patients qui présentent un diagnostic sur l'axe 2, 10 présentent des problèmes de toxicomanie selon leur dossier. L'âge moyen des patients est de 40,58 ans (écart type : 10,24), et lors de leur évaluation, ils en étaient en moyenne à leur cinquième hospitalisation (écart type : 6,14). La durée de séjour à l'Institut lors de la dernière hospitalisation est de 3,50 ans (écart type : 4,51) en moyenne. Ils résidaient à l'unité où ils ont été évalués depuis 2,14 années (écart type : 2,44) en moyenne. Tous les patients ont été rencontrés afin de les inviter à lire la formule de consentement (Groleau, 2007) et à la signer pour attester qu'ils ont lu et compris le document de présentation du projet et qu'ils ont reçu une réponse claire et satisfaisante à leurs questions. Le consentement à participer des patients inaptes a été obtenu par l'intermédiaire de la curatelle.

Les intervenants qui ont participé à ce projet ont été choisis parce qu'ils ont de l'expérience et qu'ils souhaitent s'engager dans l'étude. Ils ont participé à titre d'experts aux différentes étapes d'évaluation. Vingt-trois intervenants ont contribué à établir la validité de contenu. De ce nombre, il y a 11 éducateurs, trois infirmières, deux chercheurs et sept cadres cliniques qui sont aussi éducateurs, infirmières ou criminologues. Au total, 32 intervenants ont participé aux tests de fidélité interjuges et de stabilité. Ces personnes (26 éducateurs et six infirmières) ont constitué 94 profils de patients à l'aide du Q-ASP. Ces intervenants ont 17,6 années d'expérience en moyenne (écart type : 8,83) et pratiquent dans l'établissement depuis 14,1 années en moyenne (écart type : 8,89). Au moment de l'évaluation, ils travaillaient sur l'unité où résidait le patient depuis 6,4 années en moyenne (écart type : 6,96). Finalement, 10 intervenants ont constitué deux profils optimaux. Parmi ces intervenants, il y a huit éducateurs, un psychoéducateur et un chercheur concerné par le phénomène de l'adaptation sociale en psychiatrie. Tous les intervenants ont été rencontrés afin d'obtenir leur consentement à participer à l'étude. Ils ont lu le formulaire de consentement (Groleau, 2007) et l'ont signé pour attester qu'ils ont lu et compris le document de présentation du projet et qu'ils ont reçu une réponse claire et satisfaisante à leurs questions.

Procédure

Le tableau 1 présente les différentes étapes nécessaires pour atteindre l'objectif de l'étude. La première étape consiste à reconnaître et à valider les principaux facteurs (validité de contenu) qui caractérisent les personnes qui souffrent de troubles mentaux et qui présentent un risque de comportements violents et de toxicomanie. À cette fin, une recension des écrits scientifiques est effectuée et des experts (23 intervenants) sont consultés. Il s'agit de faire un relevé systématique de tous les critères nécessaires pour décrire ces patients et de choisir, parmi tous les énoncés générés, les items les plus pertinents, clairs, précis et complémentaires (Groleau, 2007). Cette première étape permet de créer un instrument constitué d'un jeu de 81 cartes appelé Q-ASP. Dans une deuxième étape, les intervenants peuvent, après une période d'observation participante, dresser le profil des patients en classant chacune des cartes selon la procédure décrite précédemment. Les intervenants ont tous reçu une journée de formation afin d'être aptes à utiliser l'instrument.

La troisième étape sert à établir deux profils optimaux : celui du patient qui souffre de troubles mentaux, qui présente un risque de comportements violents, mais qui est suffisamment adapté pour réintégrer la communauté et celui du patient qui souffre de troubles mentaux, qui a un problème de toxicomanie en plus de ses antécédents violents, mais qui est, lui aussi, suffisamment adapté pour vivre dans la communauté. Dix juges experts ont constitué ces deux profils optimaux. Une corrélation intraclasses (accord absolu) entre les deux profils optimaux sera effectuée. L'hypothèse est qu'il devrait y avoir une corrélation significative entre les deux profils, puisqu'il s'agit de deux profils optimaux d'adaptation sociale. La différence devrait plutôt se trouver dans la description particulière de chacun des profils liée à leurs caractéristiques propres qui découlent de leur dynamique clinique.

Tableau 1. Méthodologie de l'élaboration et de la validation du Q-ASP

Étapes		Objectifs poursuivis
1	Validité de contenu	Fabriquer une série de cartes représentatives des aspects liés à l'adaptation sociale
2	Constitution des profils	Constituer, à l'aide du Q-ASP, le profil comportemental des patients concernés
3	Profils optimaux	Constituer deux profils optimaux de patients adaptés avec et sans toxicomanie
4	Constituer les indices-Q	Comparer le profil de chaque patient avec un des deux profils optimaux
5	Fidélité interjuges du Q-ASP	Déterminer si les données sont comparables entre les évaluateurs
6	Stabilité du Q-ASP	Déterminer la stabilité test-retest
7	Validité de convergence	Comparer les évaluations du Q-ASP à celles du HoNOS

La quatrième étape consiste à comparer le profil de chaque patient avec l'un des deux profils optimaux afin de déterminer l'indice-Q qui correspond au niveau d'adaptation sociale démontrée par chacun. La constitution de l'indice-Q s'établit en corrélant le profil d'un patient constitué à l'aide du Q-ASP avec l'un des profils optimaux selon que le patient présente ou non un problème de toxicomanie. Plus l'écart entre le profil actuel du patient et celui du profil optimal est grand, moins le patient est adapté socialement ou apte à réintégrer la communauté. Une corrélation intraclasse (accord absolu) entre les deux profils (profil optimal – profil du patient) permet de préciser le niveau d'adaptation sociale du patient.

Les cinquième et sixième étapes consistent à démontrer la fidélité interjuges et la stabilité des évaluations faites par les intervenants à l'aide du Q-ASP. L'indice de fidélité interjuges détermine le niveau d'accord entre deux juges qui évaluent un même patient, alors que l'indice de stabilité détermine le niveau d'accord de deux évaluations effectuées par un même juge dans un intervalle de temps relativement rapproché (environ 10 jours). Les tests de fidélité (n=31) et de stabilité (n=30) sont effectués à partir des indices-Q établis à la quatrième étape par une corrélation de Pearson. Des tests de fidélité interjuges et de stabilité sont également effectués entre les juges experts afin d'établir leur degré de concordance. Ces analyses s'effectuent à partir des corrélations intraclasses obtenues entre chacun des juges pour chacun des deux profils optimaux (tests de fidélité interjuges) et entre le temps 1 et le temps 2 réalisées par un même juge expert (tests de stabilité). Pour chacune de ces corrélations, les variables corrélées sont les deux juges alors que l'échantillon est constitué des 81 items.

La validité de convergence est établie avec l'utilisation d'un autre instrument (HoNOS) (Lauzon *et al.*, 2001; Wing *et al.*, 1998), permettant l'évaluation de l'adaptation sociale. Le HoNOS couvre une gamme de symptômes et de comportements qui sont caractéristiques des patients qui souffrent de troubles mentaux. L'instrument comprend 12 items, ce qui réduit sa capacité à bien décrire le patient. Toutefois, le score qu'il génère permet d'établir la validité de convergence du Q-ASP. Il s'agit de la septième étape.

La séquence de ces étapes s'inspire d'une approche mixte d'élaboration et de validation d'instruments d'observation telle que proposée par Golden, Sawicki, & Franzen (1990). L'approche mixte dans ce contexte consiste à combiner une approche théorique et empirique pour obtenir un instrument fidèle et valide. Dans le cadre de l'étude, l'approche théorique consiste à s'appuyer sur la conception de l'adaptation sociale telle que définit dans l'étude afin de générer des énoncés. L'approche empirique consiste à soumettre ces énoncés à des experts pour déterminer leur pertinence; elle concerne également l'estimation de la fidélité et de la validité en mettant l'instrument à l'épreuve sur le terrain.

Résultats

Profils optimaux constitués par les juges experts

Les tableaux 2 et 3 présentent les comportements qui sont extrêmement caractéristiques et extrêmement non caractéristiques des deux profils optimaux

décrits par les juges experts. Rappelons que ces items sont utiles pour l'analyse d'énoncés parce qu'ils permettent de repérer, dans le profil du patient qui est évalué, les comportements identifiés par les experts comme des facteurs de protection ou des facteurs de risque pour l'adaptation sociale en psychiatrie. Les tableaux présentent le numéro de chacun des items, les énoncés et le score de chacun d'entre eux. Le score situe le rang (entre 1 et 9 pour le Q-ASP) dans lequel les juges ont classé l'énoncé. Un score de 9 signifie que l'énoncé est extrêmement caractéristique du profil optimal, alors qu'un score de 1 signifie que l'énoncé est extrêmement non caractéristique.

Tableau 2. Comportements considérés par les experts comme des facteurs de protection pour l'adaptation sociale en psychiatrie

Profil optimal sans toxicomanie			Profil optimal avec toxicomanie		
Items	Énoncés	Score	Items	Énoncés	Score
31	Reconnaît la nécessité de sa médication	8,89	10	Reconnaît le lien entre sa maladie et sa dangerosité	8,75
8	Reconnaît la violence des actes qu'elle a posés	8,71	32	En situation de difficulté émotionnelle, la personne demande de l'aide	8,75
32	En situation de difficulté émotionnelle, la personne demande de l'aide	8,60	35	Reconnaît qu'elle a besoin d'aide	8,71
5	Identifie les signes précurseurs à une rechute psychiatrique	8,50	11	Reconnaît les liens entre : usage de drogue ou d'alcool – risque de rechute – risque de violence	8,63
35	Reconnaît qu'elle a besoin d'aide.	8,33	31	Reconnaît la nécessité de sa médication	8,63
7	Reconnaît les limites que lui impose sa maladie.	8,00	1	Reconnaît les comportements qui lui nuisent.	8,50
10	Reconnaît le lien entre sa maladie et sa dangerosité	8,00	39	Prend le temps de peser le pour et le contre de ses décisions et d'envisager les conséquences de ses actes tant pour elle que pour autrui	8,50
40	Supporte bien les délais	8,00	8	Reconnaît la violence des actes qu'elle a posés	8,43
70	Négocie de façon adaptée lorsqu'elle fait face à un conflit interpersonnel ou à un grief.	8,00	33	Parle des émotions qu'elle ressent.	8,25
1	Reconnaît les comportements qui lui nuisent	7,80	52	Respecte ses engagements	8,00

Tableau 3. Comportements considérés par les experts comme des facteurs de risque pour l'adaptation sociale en psychiatrie

Profil optimal sans toxicomanie			Profil optimal avec toxicomanie		
Items	Énoncés	Score	Items	Énoncés	Score
60	Utilise un objet pour exprimer sa violence	1,14	60	Utilise un objet pour exprimer sa violence	1,00
29	Refuse de prendre sa médication	1,22	62	Fait des menaces claires de violence à l'égard des autres ou d'elle-même	1,00
62	Fait des menaces claires de violence à l'égard des autres ou d'elle-même	1,22	56	Intimide, fait peur	1,25
63	Se mutilé	1,25	59	Agresse physiquement autrui	1,25
20	Présente des comportements désorganisés	1,38	61	Hurle des insultes personnelles	1,29
59	Agresse physiquement autrui	1,44	63	Se mutilé	1,38
56	Intimide, fait peur	1,56	29	Refuse de prendre sa médication	1,43
13	Entend des voix	1,57	13	Entend des voix	1,57
44	Présente des comportements à connotation sexuelle déplacés	1,63	12	Nie son problème de toxicomanie	1,75
18	A le sentiment que des gens lui veulent du mal, se sent menacée	1,75	42	Se place dans des situations conflictuelles ou dangereuses	2,00

Le profil optimal du patient toxicomane et le profil optimal du patient ne présentant pas cette problématique ont été corrélés. Le résultat montre une corrélation intraclasse de 0,96 ($p < 0,0001$).

Fidélité interjuges et stabilité du Q-ASP

La fidélité interjuges ($n=31$) établie à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson sur l'indice-Q est de 0,70 ($p < 0,001$). La stabilité ($n=30$) établie à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson sur l'indice-Q est de 0,95 ($p < 0,001$). Des tests de fidélité interjuges ont été effectués entre les dix juges experts afin de déterminer s'ils pouvaient s'entendre pour décrire un profil optimal d'un patient suffisamment adapté pour vivre dans la communauté qu'il présente ou non un problème de toxicomanie. La moyenne des corrélations intraclasse est de 0,81 (corrélations variant de 0,66 à 0,92) (écart type : 0,06) pour le profil optimal sans toxicomanie, alors que, pour le profil optimal avec toxicomanie, la moyenne des corrélations intraclasse est de 0,79 (corrélations variant de 0,52 à 0,94) (écart type :

0,11). Des tests de stabilité ont aussi été effectués sur les profils optimaux du patient toxicomane élaborés par 8 des 10 juges experts. Le score moyen de stabilité test-retest obtenu par l'ensemble des juges est de 0,91 (écart type : 0,07). Compte tenu de ce résultat, les tests de stabilité ont été effectués seulement sur le profil optimal du patient psychiatrique qui a des antécédents violents et de toxicomanie.

Validité de convergence entre le Q-ASP et le HoNOS.

Dans le but de confirmer la validité de convergence du Q-ASP, une corrélation de Pearson a été effectuée entre le score global obtenu par chaque patient au HoNOS et l'indice-Q obtenu par les mêmes patients au Q-ASP. La corrélation porte sur un échantillon de 29 patients. La corrélation de Pearson entre le HoNOS et le Q-ASP est de 0,62 ($p < 0,0001$).

Discussion

L'objectif est de valider un instrument d'évaluation de l'adaptation sociale de personnes qui souffrent de troubles mentaux et qui présentent un risque de violence et de toxicomanie. Le Q-ASP présente un bon indice de fidélité interjuges et une excellente stabilité, comparables à ceux d'autres instruments. L'élément le plus important à retenir est que le Q-ASP constitue un instrument qui peut bonifier la pratique professionnelle des cliniciens qui interviennent en situation de vécu partagé et d'observation participante. Deux éléments essentiels donnent une valeur clinique à cet instrument. D'abord, il permet d'obtenir une évaluation valide de l'adaptation sociale dans un contexte de réadaptation psychiatrique de patients qui présentent un risque de violence et de toxicomanie. En ce sens, il est en mesure de documenter à la fois le fonctionnement social des patients tout en considérant les facteurs de psychopathie et de risque de comportements violents. Mais, l'élément le plus important, qui donne une valeur clinique au Q-ASP, est sa méthode particulière qui permet de générer trois types d'analyse susceptibles de raffiner l'évaluation clinique de l'adaptation sociale de patients psychiatriques.

L'analyse d'énoncés est probablement celle qui sert le mieux le clinicien. Cette analyse s'effectue à partir des comportements identifiés, dans le profil optimal, comme étant les plus importants pour l'adaptation sociale de patients présentant un trouble mental ainsi qu'un risque de comportements violents et de toxicomanie. Il s'agit essentiellement des 10 items identifiés par les experts comme étant les plus caractéristiques d'un patient suffisamment adapté pour vivre dans la communauté et des 10 items identifiés comme étant les moins caractéristiques. Le clinicien recherche ces énoncés parmi le profil du patient qu'il a décrit. Lorsque l'un des 10 items qui décrivent un comportement adapté est caractéristique du patient évalué, le clinicien le considère comme une force et un facteur de protection. Lorsque ces mêmes items sont non caractéristiques de ce patient, il les considère comme des cibles d'intervention. Le même exercice s'applique pour les items qui décrivent un comportement inadapté. Sur un autre plan, le clinicien va aussi trouver les items qui sont extrêmement caractéristiques de son patient et ceux qui sont extrêmement non caractéristiques. Il fera le même type d'analyse effectuée à l'étape précédente. Les comportements adaptés qui se trouvent extrêmement caractéristiques sont considérés comme des facteurs de protection pour ce patient,

alors que les comportements inadaptés sont considérés comme des facteurs de risque et des cibles d'intervention. Le même exercice s'applique pour les items référant à des comportements adaptés et inadaptés qui se trouvent extrêmement non caractéristiques du patient. Le clinicien pourra regrouper l'ensemble de ces comportements afin de leur donner un sens clinique et ainsi documenter la dynamique du patient, la décrire et comprendre son état. Par exemple, le profil d'un patient peut faire ressortir des comportements qui démontrent de bonnes habiletés sociales (ex. initie des conversations, utilise des formules et des gestes de politesse). Par contre, après analyse, le clinicien se rend compte que d'autres comportements (ex. ment, dupe et manipule) sont aussi extrêmement caractéristiques de ce patient. Il repère également un des comportements identifiés par les experts comme un facteur de protection (ex. reconnaît les comportements qui lui nuisent) comme un comportement assez non caractéristique. L'ensemble de ces comportements vient nuancer le profil du patient évalué et permet au clinicien de mieux comprendre son organisation comportementale et de planifier une intervention qui tient compte de l'ensemble du portrait clinique du patient.

L'analyse ipsative permet une analyse de profils comportementaux afin d'identifier, parmi un groupe de patients, des sous-groupes ayant des profils homogènes selon leur adaptation sociale. Ce type d'analyse est intéressant pour les cliniciens, particulièrement les cadres cliniques et les psychiatres. En effet, l'analyse de profils comportementaux permet, par exemple, de dresser le portrait d'une unité de réadaptation en identifiant les sous-groupes homogènes de patients selon leurs caractéristiques cliniques. Cette information peut permettre de mieux planifier l'organisation clinique du milieu, telle que les activités de vie quotidienne et les activités de réadaptation, de façon à mieux répondre aux besoins des patients. L'analyse ipsative est aussi intéressante dans un cadre de recherche, puisque les données générées peuvent permettre d'identifier les caractéristiques propres à chaque profil, éventuellement évaluer leur valeur de prédiction et mieux comprendre l'organisation comportementale de ces patients.

Finalement, l'analyse de similarité permet d'établir un score et ainsi donner une valeur quantitative à l'adaptation sociale du patient. Quoique la mesure quantitative est souvent celle qui intéresse le moins les cliniciens, elle ne doit pas être négligée. Elle peut être intéressante pour marquer l'évolution d'un patient d'une évaluation à l'autre. Par exemple, un patient qui passerait d'un indice-Q de $-0,28$ à $-0,02$ après 6 mois et à $0,07$ six mois plus tard, démontrerait qu'il est encore inadapté, mais qu'il a tendance à s'améliorer d'un point de vue clinique. Comme le Q-ASP fournit également une évaluation qualitative, cela permet de nuancer et de documenter ce score.

Profils optimaux

La corrélation entre les deux profils optimaux est de $0,96$, ce qui reflète une similitude entre les deux profils et confirme l'hypothèse de départ. Compte tenu de cette similitude, les deux profils pourraient être jumelés pour n'en former qu'un, puisque sur le plan statistique cela ne changerait pas les résultats de façon significative. Toutefois, sur le plan qualitatif, il pourrait être utile d'effectuer une analyse d'items lors de l'évaluation d'un patient réputé toxicomane. Concrètement,

parmi les dix comportements identifiés par les experts comme extrêmement caractéristiques du profil optimal du patient toxicomane, quatre ne se retrouvent pas dans les comportements extrêmement caractéristiques du profil optimal du patient non toxicomane, soit l'item 11 (reconnait les liens entre : Usage de drogue ou d'alcool – risque de rechute – risque de violence), l'item 33 (parle des émotions qu'il ressent), l'item 39 (prend le temps de peser le pour et le contre de ses décisions et d'envisager les conséquences de ses actes tant pour lui que pour autrui) et l'item 52 (respecte ses engagements). De la même façon, trois comportements de la section extrêmement non caractéristique ne se retrouvent pas dans cette section pour le profil optimal du patient qui ne présente pas de problème de toxicomanie soit l'item 12 (nie son problème de toxicomanie), l'item 42 (se place dans des situations conflictuelles ou dangereuses) et l'item 61 (hurle des insultes personnelles). Ces énoncés décrivent des comportements qui sont liés à la dynamique de personnes qui présentent des problèmes de toxicomanie, particulièrement les items 11 et 12 qui sont directement liés à la problématique, mais aussi les items 39, 42 et 52 qui reflètent de l'impulsivité et des attitudes négatives; des comportements caractéristiques des personnes toxicomanes (Dumais *et al.*, 2011). Ces résultats font valoir le potentiel du Q-ASP pour une évaluation qui tient compte des caractéristiques cliniques et particulières de cette clientèle.

Limite du Q-ASP

La principale limite du Q-ASP réside dans le fait que l'instrument est conçu pour évaluer des personnes qui souffrent de troubles mentaux graves pour lesquels ils doivent prendre une médication. Comme plusieurs items font référence à la prise de médication, le Q-ASP s'applique difficilement à l'évaluation de patients qui ne sont pas médicamenteux ou qui présentent un trouble sur l'axe 2 seulement. Ainsi, l'évaluation obtenue avec le Q-ASP aura une meilleure validité auprès d'une clientèle qui présente un trouble sur l'axe 1 ou sur l'axe 1 et 2.

Orientation des futures recherches

Le Q-ASP permet de décrire le profil comportemental d'un patient afin de mieux comprendre son fonctionnement et son adaptation sociale. Toutefois, de futures recherches seront nécessaires afin de vérifier si ces profils donnent des informations pertinentes sur la qualité d'adaptation sociale des patients de retour dans la communauté. Est-ce que les patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital pour réintégrer la communauté ont des profils d'adaptation sociale particuliers ? Est-ce que les patients qui demeurent plus longtemps dans la communauté ont des profils différents des autres patients qui rechutent plus rapidement ? Ce type de recherche permettra de consolider la validité discriminante du Q-ASP et d'évaluer sa capacité de prédiction.

Conclusion

Les résultats de la présente recherche démontrent que le Q-ASP est un instrument valide et fiable, qui permet de faire ressortir une information pertinente quant à l'adaptation sociale des patients qui souffrent de troubles mentaux, qui présentent un risque de violence et de toxicomanie. Un instrument d'évaluation

de l'adaptation sociale qui utilise la méthode Q peut plus facilement fournir des analyses de type qualitatif et quantitatif sur de petits groupes de sujets. De plus, le fait de classer un nombre fixe d'énoncés par catégorie, allant de très typiques à très atypiques, élimine le problème du point d'ancrage subjectif de tous les questionnaires qui consiste, pour certains répondants, à donner sensiblement la même réponse à des questions différentes (Bigras, 1997). Contrairement au questionnaire qui nécessite une seule lecture pour une réponse le plus souvent expéditive, le Q-ASP exige plusieurs lectures de chaque énoncé pour d'abord les classer en deux piles, puis en neuf rangs. Ainsi, jusqu'à une quinzaine de jugements sont nécessaires pour une seule caractéristique du patient, ce qui augmente la validité du processus d'évaluation. Cette recherche permet également de faire voir l'utilité d'un tel instrument tant pour les chercheurs que pour les cliniciens. C'est pourquoi il est réaliste d'entrevoir pour cet instrument des retombées intéressantes dans divers champs de l'évaluation, de l'enseignement, de la recherche, mais surtout de l'intervention clinique. D'ailleurs, les cliniciens qui ont expérimenté le Q-ASP mentionnent, eu égard à la procédure, que l'instrument leur a permis de raffiner leur réflexion et leur analyse clinique concernant l'adaptation sociale du patient évalué. Cette observation constitue sans doute l'argument qui a le plus de poids dans le choix d'un instrument d'évaluation clinique.

Références

- Altmann, J. (1974). Observational study of behavior: sampling methods. *Behavior*, 49, 227-265.
- Amador, X. F., & Kronengold, H. (2004). The description and meaning of insight in psychosis. Dans X. F. Amador & A. S. David (dir.), *Insight and psychosis*, 2^e éd. (p. 15-32). New York: Oxford University Press.
- Amador, X. F., Flaum, M. M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C., & Gorman, J.M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
- Amador, X. F. & Strauss, D. H. (1993). Poor insight in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 64, 305-318. American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (4^e éd., texte révisé). (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Paris France : Masson.
- Angell, B., & Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 259-271.
- Anthony, W. A., & Cohen, B. F. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. Dans A. Halpern & M. Fuhrer (dir.), *Functional assessment in rehabilitation* (p. 79-100). Baltimore: Brookes.
- Anthony, W. A., Cohen, B. F., & Nemeck, P. (1986). Assessment in psychiatric rehabilitation. Dans B. Bolton (Ed.), *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (p. 299-312). Baltimore: Brookes.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. A. (1982). Client-outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 13-38.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation : historic, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.

- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1992). Principles and practice of psychiatric rehabilitation. Dans R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (p. 1-29). Boston: Allyn & Bacon.
- Arango, C. & Amador, X. (2011). Lessons learned about poor insight, *Schizophrenia Bulletin*, 37, 27-28.
- Bae, S.-M., Lee, S.-H., Park, Y.-M., Hyun, M.-H., & Yoon, H. (2010). Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: exploration for the best combination of variables using data mining, *Psychiatry Investigation*, 7, 93-101.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (dir.), *Violence and mental disorder: Development in risk assessment* (p. 61-79). Chicago: University of Chicago Press.
- Bech, P., & Mak, M. (1995). Measurement of impulsivity and aggression. Dans E. Hollander & D. Stein (dir.), *Impulsivity and aggression* (p. 25-41). Chichester: Wiley.
- Bellack, A. S., Green, M. F., Cook, J. A., Fenton, W., Harvey, P. D., Heaton, R. K., Laughren, T., Leon, A. C., Mayo, D. J., Patrick, D. L., Patterson, T. L., Rose, A., Stover, E., & Wykes, T. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A white paper based on an NIMH-sponsored workshop, *Schizophrenia Bulletin*, 33, 805-822.
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. 2nd ed. New York: Guilford.
- Bigras, M. (1997). *La méthode Q-Sort dans un contexte d'évaluation d'un patient à son unité psychiatrique*. Communication présentée au III^{ème} Congrès annuel international maladie mentale et intervention.
- Block, J. (1978). *The Q-Sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Brissos, S., Molodynski, A., Dias, V. V., & Figueira, M. L. (2011). The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia, *Annals of General Psychiatry*, 10, 18-28.
- Brown, S.R. (1999). *Subjective behaviour analysis*, Read at a panel on «The objective analysis of subjective behaviour: William Stephenson's Q Methodology», 25th anniversary annual convention of the association for behaviour analysis, Chicago, May 27.
- Brown, S.R. (1997). The history and principles of Q methodology in psychology and the social sciences, *British Psychological Society symposium on «A quest for a science of subjectivity: the lifework of William Stephenson»*, University of London, and conference on «A Celebration of the life and work of William Stephenson (1902-1989)», University of Durham, England, Q archive.
- Buckley, P.F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 35, 383-402.
- Buckley, P. F., Hrouda, D. R., Friedman, L., Noffsinger, S. G., Resnick, P. J., & Camlin S. K. (2004). Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1712-1714.
- Cantwell, R., Brewin, J., Glazebrook, C., Dalkin, T., Fox, R., Medley, I., et al. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 174, 150-153.
- Cernovsky, Z. Z., Landmark, J. A., Merskey, H., & Husni, M. (2004). Clinical correlates of insight in schizophrenia. *Psychological Reports*, 95, 821-827.
- Chappuis, R., & Thomas, R. (1995). *Rôle et statut*. Paris France : PUF.
- Corrigan, P. W., Schade, M. L., & Liberman, R. P. (1992). Social skills training. Dans R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (p. 95-126). Boston: Allyn & Bacon.

- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders: A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 571-577.
- Couture, S.M., Penn, D.L., & Roberts, D.L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review, *Schizophrenia Bulletin*, 32 (suppl. 1), S44-S63.
- Cyr, M., Toupin, J., & Lesage, A. D. (1993). Évaluation des habiletés de vie autonome chez les personnes psychotiques. *Santé Mentale au Québec*, 28, 135-154.
- Day, J. C., Bentall, R. P., & Warner, S. (1996). Schizophrenic patients' experiences of neuroleptic medication: A Q-methodological investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 397-402.
- Dixon, L.B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., Pasillas, R. M., Peer, J., & Kreyenbuh, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements, *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Dumais, A., Potvin, S., Joyal, C., Allaire, J.-F., Stip, E., Lesage, A., Gobbi, G., & Côté, G. (2011). Schizophrenia and serious violence: A clinical-profile analysis incorporating impulsivity and substance-use disorders, *Schizophrenia Research*, 130, 234-237.
- Fenton, W. S., Blyer, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637-651.
- Fontaine, A., & Bigras, M. (1996). *Validation écologique du Q-Sort sur les comportements maternels (Q-CM) dans un contexte d'observation directe*. Communication présentée au Congrès international de psychologie, Montréal.
- Gendreau, G. (1978). *L'intervention psycho-éducative, solution ou défi ? Collection pédagogie psychosociale*, 31. Paris France : Éditions Fleurus.
- Golden, C. J., Sawicki, R. F., & Franzen, M. D. (1990). *Test construction*, Elmsford, NY: Pergamon.
- Groleau, R. (2007). *Élaboration et validation d'un Q-Sort pour l'évaluation de l'adaptation sociale en psychiatrie*, (Thèse de doctorat inédit). Université de Sherbrooke.
- Guidon, J. (1982). *Vers l'autonomie psychique, Collection pédagogie psychosociale*, 40. Paris France : Éditions Fleurus.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist: Revised*. Toronto: MHS.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.)*. Toronto: MHS.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Davis, J. M., & Lewis, D.A. (1995). Predicting the «revolving door» phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 856-861.
- Hodgins, S. (2000). Les malades mentaux et la criminalité : Cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes. Dans S. Bauhofer, P. H. Bolle & V. Dittman (dir.), *Délinquants dangereux (Gemeingefährliche Straftäter)* (p. 97-134). Zurich, Switzerland: Verlag Rüegger - Chur / Zurich.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Hooker, C. I., Tully, L. M., Verosky, S. C., Fisher, M., Holland, C., & Vinogradov, S. (2011). Can I trust you? Negative affective priming influences social judgments in schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 98-107.
- Hooley, J., M. (2010). Social factors in schizophrenia, *Current Directions in Psychological Science*, 19, 238-242.

- Joyal, C. C. (2005). Schizophrénie et violence : Mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic, Numéro spécial*, 5-9.
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 433-442.
- Joyal, C., Hallé, P., Lapierre, D., & Hodgins, S. (2003). Drug abuse and/or dependence and better neuropsychological performance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 297-299.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.P., & Zaraf, R. (2006). Recent advances in social skills training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl. 1), 12-23.
- Kuehnel, T. G., & Liberman, R. P. (1988). Functional assessment. Dans R. P. Liberman (Ed.), *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients* (p. 59-116). Washington: American Psychiatric Press.
- Kurtz, M.M., & Mueser, K.T. (2008). Ameta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491-504.
- Laroche, I., Hodgins, S., & Toupin, J. (1995). Liens entre les symptômes et le fonctionnement social chez des personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble affectif majeur. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 40, 27-34.
- Lauzon, S., Corbière, M., Bonin, J.-P., Bonsack, C., Lesage, A. D., & Ricard, N. (2001). Validation de la version française du Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-F). *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 46, 841-846.
- Liberman, R. P. (1982). Assessment of social skills. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 62-84.
- Liberman, R. P. (1986). Coping and competence as protective factors in the vulnerability-stress model of schizophrenia. Dans M. J. Goldstein, I. Hand & K. Hahlweg (dir.), *Treatment of schizophrenia, family assessment and intervention* (p. 201-215). New York: Springer-Verlag.
- Liberman, R. P. (1988). Social skills training. Dans R. P. Liberman (Ed.), *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients* (p. 147-198). Washington: American Psychiatric Press.
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1324-1342.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (dir.), *Violence and mental disorder: Development in risk assessment* (p. 137-159). Chicago: University of Chicago Press.
- McKeown, B., & Thomas, D. (1988). *Q Methodology*, Newbury Park: Sage.
- Mowrer, O. H. (1953). «Q technique» - Description, history, and critique. Dans O. Hobart (Ed.), *Psychotherapy theory and research* (p. 316-375). New York: Ronald Press.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Miles, K. M., & Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 179-192.
- Pederson, D. R., Moran, G., Sitko, C., Campbell, K., Ghesquire, K., & Acton, H. (1990). Maternal sensitivity and the security of infant-mother attachment: A Q-Sort study. *Child Development*, 61, 1974-1983.
- Pinkham, A.E., Mueser, K.T., Penn, D.L., Glynn, S.M., McGurk, S., & Addington, J. (2012). Social and functional impairments. Dans J. A. Lieberman, T. S. Stroup & D. O. Perkins (dir.), *Essentials of schizophrenia*, (p.93-130). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Potvin, S., Joyal, C., Pelletier, J., & Stip, E. (2008). Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: A meta-analysis, *Schizophrenia Research*, *100*, 242-251.
- Reise, S. P., & Oliver, C. J. (1994). Development of a California Q-Set indicator of primary psychopathy. *Journal of Personality Assessment*, *62*, 130-144.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Wilson, D. F., Israel, L. M., & Munich, R.L. (1999). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 102-108.
- Smith, N. W. (2000). Operant subjectivity: Objectivity of subjectivity. Dans N. W. Smith (Ed.), *Current systems in psychology: History, theory, research, and applications* (p. 319-343). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Stainton, R. R. (1995). Q methodology. Dans J. A. Smith, R. Harre, & L. Van Langenhove (dir.), *Rethinking methods in psychology* (p. 178-192). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stephenson, W. (1935). Technique of factor analysis, *Nature*, *136*, 297
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-Technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and non adherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 226-231
- Swartz, M. S., Frohberg, N.R., Drake, R. E. & Lauriello, J. (2012). Psychosocial therapies. Dans J. A. Lieberman, T. S. Stroup, & D. O. Perkins (dir.), *Essentials of schizophrenia*, (p.93-130). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Torrey, E. F. (2004). Violent behavior by individuals with serious mental illness: The role of treatment compliance and insight. Dans X. F. Amador & A. S. David (dir.), *Insight and psychosis*, 2^e éd. (p. 269-285). New York: Oxford University Press.
- Vaccaro, J. V., Pitts, D. B., & Wallace, C. J. (1992). Fonctional assessment. Dans R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (p. 78-94). Boston: Allyn & Bacon.
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'Éducation*, 2^{ième} édition, Éducation et formation. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Wallace, C. J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, *12*, 604-630.
- Wampler, K. S., Halverson, C. F., Moore, J. J., & Walters, L. H. (1989). The Georgia family Q-Sort: An observational measure of family functioning. *Family Process*, *28*, 223-238.
- Watts, S., & Stenner, P. (2005). Doing Q methodology: theory, method and interpretation, *Qualitative Research in Psychology*, *2*, 67-91.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, version 2*. Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 11-18.

ANNEXE

Items comportementaux inclus dans le Q-ASP
Tri de cartes Q sur l'adaptation sociale en psychiatrie

6 facteurs

18 sous-facteurs

81 énoncés comportementaux

39 énoncés décrivant un comportement adapté

42 énoncés décrivant un comportement non-adapté

1. Introspection difficile

1.1 Auto-critique - Responsabilité

- 1 La personne reconnaît les comportements qui lui nuisent (ex. «Je me rends compte que mes absences répétées m'ont nui.»).
- 3 La personne attribue ses difficultés à des causes externes.

1.2 Reconnaissance de la maladie

- 4 La personne minimise ou nie les symptômes de sa maladie psychiatrique.
- 5 La personne identifie les signes précurseurs à une rechute psychiatrique (ex. agitation, insomnie, voix intensifiées, anxiété etc.).
- 6 La personne manifeste une inquiétude face à la possibilité d'une rechute psychiatrique.
- 7 La personne reconnaît les limites que lui impose sa maladie.
- 31 La personne reconnaît la nécessité de sa médication.
- 35 La personne reconnaît qu'elle a besoin d'aide.

1.3 Reconnaissance de la dangerosité

- 8 La personne reconnaît la violence des actes qu'elle a posés.
- 9 La personne identifie les signes précurseurs à l'acte violent (sentiment de colère, rage, agressivité, révolte, tension musculaire, chaleur, tremblement, idée de vengeance etc.).
- 10 La personne reconnaît le lien entre sa maladie et sa dangerosité.
- 45 La personne éprouve du repentir sincère à l'égard de ses actes.

1.4 Reconnaissance d'un problème de toxicomanie

- 11 La personne reconnaît les liens entre : usage de drogue ou d'alcool – risque de rechute – risque de violence.
- 12 La personne nie son problème de toxicomanie. [Neutre si la situation ne s'applique pas à la personne].

2. Symptômes actifs de la maladie mentale grave

2.1 Symptômes positifs

- 13 La personne entend des voix. [Extrêmement caractéristique s'il s'agit de voix impérieuses (voix qui donnent des ordres)]
- 14 La personne voit des choses qui ne sont pas présentes dans l'entourage (ex. personnages, objets, enjambe des fils)
- 15 La personne présente des idées de grandeur (ex. se considère comme une personne exceptionnelle possédant des habiletés ou des pouvoirs spéciaux).
- 16 La personne croit que certains gestes, commentaires ou autres signaux de l'environnement s'adressent spécifiquement à elle (ex. paroles provenant de la TV, de la radio, passage d'un livre, d'un journal).
- 17 La personne présente un discours organisé (tient des propos cohérents, utilise les mots appropriés pour le sujet traité, se fait comprendre).
- 18 La personne a le sentiment que des gens lui veulent du mal, se sent menacée (se sent poursuivie par la mafia, se dit victime d'un complot, croit que ses pensées sont contrôlées par une force extérieure etc.).
- 19 La personne est obsédée, envahie par des questions religieuses.
- 20 La personne présente des comportements désorganisés (vêtements inappropriés pour la saison ou la circonstance, désinhibé, parle seul, fouille dans les poubelles, ramasse et fume des mégots de cigarettes).

2.2 Symptômes négatifs

- 21 La personne entreprend des tâches d'elle-même.
- 22 La personne présente une pauvreté du discours qui se manifeste par des réponses brèves et vides de sens.

2.3 Symptômes dépressifs

- 23 La personne présente un problème de sommeil (insomnie ou hypersomnie).
- 24 La personne manifeste des propos de découragement, de tristesse, pouvant aller jusqu'à des pensées suicidaires.
- 25 La personne tient des propos négatifs sur elle-même.
- 26 La personne présente une diminution de l'intérêt ou du plaisir dans presque toutes les activités.
- 27 La personne a tendance à ressentir une culpabilité envahissante.

3. Résistance au traitement

3.1 Fidélité à la médication

- 28 La personne se plaint des effets secondaires de sa médication.
- 29 La personne refuse de prendre sa médication (refus verbal, la jette ou la cache).
- 30 La personne connaît les effets de sa médication.

3.2 Confiance envers le personnel traitant

- 32 En situation de difficulté émotionnelle, la personne demande de l'aide.
- 33 La personne parle des émotions qu'elle ressent.
- 34 La personne refuse l'aide qu'on lui offre.
- 36 La personne parle de ses symptômes.
- 37 La personne participe à ses activités rééducatives (loisirs, sports, arts, bricolages, habiletés sociales, estime de soi etc.)

4. Contrôle de soi

4.1 Impulsivité

- 2 La personne répète les mêmes erreurs ou comportements inadaptés.
- 38 La personne présente des signes d'anxiété (ex. se ronge les ongles, évite les contacts, se promène de long en large).
- 39 La personne prend le temps de peser le pour et le contre de ses décisions et d'envisager les conséquences de ses actes tant pour elle que pour autrui.
- 40 La personne supporte bien les délais (ex. attend son tour pour parler, choisit le bon moment pour faire une demande, accepte d'attendre pour obtenir ce qu'elle veut).
- 41 La personne présente des comportements perturbateurs (ex. surexcitée, volubile, bouge tout le temps, comportements excentriques, dérange, énerve les autres, envahissante) .
- 42 La personne se place dans des situations conflictuelles ou dangereuses.

4.2 Attitudes négatives

- 43 La personne établit une relation authentique avec autrui (sincère, se présente telle quelle est avec ses forces et ses difficultés).
- 44 La personne présente des comportements à connotation sexuelle déplacés (touchers, commentaires, regards).
- 46 La personne s'oppose de façon manifeste ou passive à l'autorité.
- 47 La personne démontre de la rigidité dans ses relations (s'entête, argumente).
- 48 La personne a une perception exagérée de ses capacités.
- 49 La personne ment, dupe et manipule les autres.
- 50 La personne présente des contradictions entre les émotions qu'elle exprime et les comportements qui devraient en découler.
- 51 La personne démontre un intérêt réel pour ce que l'autre vit ou ressent.
- 52 La personne respecte ses engagements.
- 53 La personne respecte les règles du milieu.
- 54 La personne méprise les autres (comportement verbal ou non verbal).
- 55 La personne est tendue (serre les dents, gestes brusques et saccadés).

- 56 La personne intimide, fait peur.
- 57 La personne planifie des projets qu'elle a la capacité d'assumer.
- 58 La personne se laisse manipuler ou abuser.

4.3 Comportements violents

- 59 La personne agresse physiquement autrui (agrippe les vêtements, pousse, pince, mord, tire les cheveux, donne des coups de pieds ou de poing, atteint les personnes avec des objets).
- 60 La personne utilise un objet pour exprimer sa violence (marque les murs, claque les portes, renverse, frappe, brise, détruit, les objets).
- 61 La personne hurle des insultes personnelles (blasphème violemment, utilise un langage grossier).
- 62 La personne fait des menaces claires de violence à l'égard des autres ou d'elle-même (ex. «Tu vas avoir à faire à moi», «Je vais te tuer» etc.).
- 63 La personne se mutile.

5. Habiletés sociales

5.1 Socialisation

- 64 La personne est retirée par rapport au groupe.
- 65 La personne communique dans la communauté avec des gens qui la soutiennent (famille, amis, intervenants).
- 66 La personne participe à des activités de socialisation (cartes, ping-pong, toc, cribble, discussions informelles etc.).

5.2 Communication

- 67 La personne initie des conversations.
- 68 La personne présente des comportements non verbaux qui nuisent à la communication (tics verbaux, ton monocorde, regard détourné, débit lent etc.).
- 69 La personne dit non aux demandes déraisonnables.
- 70 La personne négocie de façon adaptée lorsqu'elle fait face à un conflit interpersonnel ou à un grief (ex. utilise les bons mots, écoute son interlocuteur, cherche à comprendre, prend le temps d'expliquer, arrive à se faire comprendre).

5.3 Politesse

- 71 La personne se comporte de façon trop familière (ex. elle se tient proche, touche les gens, tient des propos comme si elle avait des liens particuliers avec l'autre alors qu'il n'en n'est rien).
- 72 La personne utilise des formules et des gestes de politesse.

6. Les habiletés d'autonomie à la vie quotidienne

6.1 Hygiène

- 73 La personne démontre de l'autonomie pour son hygiène corporelle (ex. se lave le corps, les mains, les dents, se peigne).
- 74 La personne porte et garde ses vêtements propres.
- 75 La personne respecte les usages lors des repas.
- 76 La personne tient son milieu de vie propre (ex. fait son lit, garde son plancher propre, range ses effets personnels, garde les lavabos et la toilette propres).

6.2 Autonomie

- 77 La personne manque d'argent avant l'arrivée de son chèque.
- 78 La personne s'occupe d'elle-même dans des activités de loisir (ex. lit, pratique un hobby ou un sport, fait de l'exercice physique).
- 79 La personne exécute son travail avec application.

6.3 Capacité cognitive

- 80 La personne exécute les consignes selon les directives qu'elle a reçues.
- 81 La personne porte attention et se concentre.