

Validation francophone de la CASIG-rev – un outil clinique visant à soutenir le rétablissement des personnes avec un trouble psychiatrique

The Canadian Journal of Psychiatry /
La Revue Canadienne de Psychiatrie

1-9

© The Author(s) 2024



Article reuse guidelines:




sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/07067437241261481

TheCJP.ca | LaRCP.ca



French validation of the CASIG-rev – a clinical personal recovery assessment for people with psychiatric disorders

Tania Lecomte, PhD¹ , Isabelle Heyden, PhD²,
Stéphane Raffard, PhD³, Yasser Khazaal, MD⁴, Audrey Livet, PhD⁵,
Paméla Power, DPsy⁶, Marc-André Roy, MD, FRCP⁷ ,
Amal Abdel-Baki, MD, FRCP⁵  and Marc Corbière, PhD⁸

Résumé

Objectif: Il existe peu d'outils capables de mesurer le rétablissement des individus présentant des troubles mentaux en tenant compte des différentes dimensions du rétablissement. Cependant, le rétablissement englobe plusieurs objectifs au niveau de l'autonomie, des relations interpersonnelles positives, de la santé mentale et physique, de l'acceptation de soi, du domaine professionnel, ainsi que de la conception d'un projet de vie. Une équipe d'intervenants et de chercheurs provenant de quatre pays (Canada, Belgique, France et Suisse) a adapté l'outil CASIG dans le but de mesurer de façon plus précise ces différents aspects du rétablissement personnel. Cette étude a pour but de valider la version révisée de la CASIG (CASIG-rev) en français.

Méthode: Un total de 272 individus ont été recrutés en ligne pour répondre à la CASIG-rev, ainsi qu'à la mesure du bien-être de Ryff, la Recovery Assessment Scale, et le WHODAS. Un sous-groupe a répondu de nouveau à la CASIG-rev après un mois (pour la stabilité temporelle), puis à six mois (pour la sensibilité au changement).

Résultats: L'analyse factorielle confirmatoire suggère un modèle à cinq facteurs, très similaire au modèle initial proposé. La validité de convergence a été démontrée entre les sous-échelles des outils mesurant des concepts similaires, et la fidélité test-retest a été prouvée pour la majorité des échelles. La version révisée de la CASIG semble également sensible aux changements cliniques ou de rétablissement, notamment au niveau du projet de vie.

Conclusion: Cette étude appuie l'utilisation de la CASIG-rev en français pour mesurer le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques, ainsi que pour soutenir les intervenants dans l'évaluation de leurs programmes et

¹ Département de Psychologie, Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Montréal, Canada

² Centre de Rééducation Socioprofessionnelle de L'Est (CRSE), Verviers, Belgique

³ Département de Psychologie Clinique et Neuropsychologie, Université Paul Valéry Montpellier 2, Montpellier, France

⁴ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Université de Lausanne, Suisse

⁵ Center hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal, Canada

⁶ Département de Psychologie, Université de Montréal, Montréal, Canada

⁷ Clinique Notre-Dame-des-Victoires, Département de psychiatrie et neurosciences, Université Laval, Québec, Canada

⁸ Département d'éducation et pédagogie, counseling de carrière, Université du Québec à Montréal (UQAM), Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CR-IUSMM), Montréal, Canada

Corresponding author:

Tania Lecomte, Ph.D., département de psychologie, Université de Montréal, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Montréal, Canada.

Email: tania.lecomte@umontreal.ca

interventions. Les limites de l'étude ainsi que la pertinence de cet outil sont aussi présentées. Une validation anglaise de l'outil est en cours.

Mots clés

rétablissement, évaluation, outil, validation

Abstract

Objective: There are few tools capable of measuring the personal recovery of individuals presenting with mental disorders that take into account the various dimensions of recovery. Personal recovery encompasses several objectives at the level of autonomy, positive interpersonal relationships, mental and physical health, self-acceptance, the school/professional domain, as well as developing a life project. A team of practitioners and researchers from four countries (Canada, Belgium, France, and Switzerland) adapted the Client Assessment of Strengths, Interests, and Goals (CASIG) tool to more accurately measure these different aspects of personal recovery. This study aims to validate the revised version of CASIG (CASIG-rev) in French, in terms of construct validity, test–retest reliability, convergent validity, and clinical sensitivity to change.

Method: A total of 272 individuals were recruited across different French-speaking countries to respond to the CASIG-rev online, as well as Ryff's well-being measure, the Recovery Assessment Scale, and the WHODAS. A subgroup of 29 individuals responded again to the CASIG-rev after 1 month (for temporal stability), and 24 again at six months (for sensitivity to change).

Results: The confirmatory factor analysis suggests a 5-factor model, very similar to the initially proposed model of 6 factors. Convergent validity was demonstrated between the subscales of tools measuring similar concepts, and test–retest reliability was proven for the majority of scales. The CASIG-rev also appears to be sensitive to clinical or rehabilitation changes, notably at the level of the life project.

Conclusion: This study supports the use of the CASIG-rev in French to measure the recovery of individuals presenting with mental disorders, as well as to support practitioners in the evaluation of their programs and interventions. Limitations, as well as the tool's relevance, are presented. An English validation is underway to make the CASIG-rev available in Anglo-Saxon countries.

Keywords

recovery, assesement, rating scale, validation

Introduction

Le modèle du rétablissement personnel surpasse aujourd'hui le modèle strictement bio-médical en tant que philosophie pour guider les soins en santé mentale. Le rétablissement renvoie à une certaine acceptation par la personne du trouble mental (ou psychique^a) qui l'affecte, à l'espoir pour son futur et à une redéfinition de soi.¹ Les projets de vie sont mis en avant plan, tels que l'accès à l'emploi, au logement, à la participation citoyenne, ou l'objectif de vivre des relations amoureuses. Le modèle de Ryff² décrit un parallèle entre le rétablissement et le bien-être selon six dimensions : l'autonomie, les relations sociales positives, l'acceptation de soi, la croissance personnelle, la maîtrise de soi et de son environnement, et le sens donné à sa vie. Ces dimensions sont aussi reconnues par les personnes comme essentielles à leur rétablissement.

Bien que cette approche du rétablissement soit largement reconnue dans le cadre de la psychiatrie moderne, de nombreux cliniciens et intervenants se retrouvent dans l'impasse lorsqu'il s'agit de mesurer les besoins et les forces des personnes suivies en psychiatrie dans le but de soutenir leurs besoins et leurs projet de vie. À ce jour, les outils évaluant le rétablissement en santé mentale portent sur des concepts assez généraux, comme la perception de ne pas vivre sous

le joug de son trouble, ou le fait d'avoir ou non des objectifs et buts dans sa vie (p.ex., L'échelle d'évaluation du rétablissement - Recovery Assessment Scale (RAS),³ ou le Stages of Recovery Instrument (STORI)⁴). D'autres outils portant sur le rétablissement visent plutôt le sentiment d'agentivité, la spiritualité ou encore la capacité à surmonter des obstacles (p. ex., le Mental Health Recovery Measure⁵). L'échelle d'auto-évaluation du rétablissement (*Recovery Self-Assessment Scale*)⁶ s'intéresse davantage à l'évaluation d'un service, à savoir si celui-ci intègre les notions du rétablissement, mais elle ne permet pas de mesurer spécifiquement les besoins, les forces ou les projets de vie des personnes. Dans l'ensemble, ces outils permettent de déterminer comment une personne vit son rétablissement, ou si un service semble ou non prôner la philosophie du rétablissement, mais aucun n'offre une identification claire des buts et des besoins spécifiques d'une personne dans le cadre de son rétablissement. En effet des données probantes mettent en évidence que l'identification et le suivi d'objectifs précis favorise leur réalisation.⁷ Sans un outil précis, il est donc difficile pour les intervenants d'offrir des interventions exhaustives et pointues qui permettent d'accompagner chaque individu dans son parcours personnel de rétablissement et ce, tout en respectant ses besoins et ses objectifs de vie. Nonobstant cette réalité, plusieurs interventions et programmes reposant sur des données probantes existent (voir⁸). Toutefois, pour l'heure, peu d'outils sont

Tableau 1. Liste des dimensions et échelles de la CASIG et de la CASIG-rev.

	Versions	
	CASIG	CASIG-rev
Buts long-terme (chiffre) / échelles	1) Logement/conditions de vie Condition financière/professionnelle Relations interpersonnelles Spiritualité/religion Santé physique/mentale - <i>Gestion de l'argent</i> - <i>Gestion de la santé</i> - <i>Nutrition</i> - <i>Côté professionnel (emploi)</i> - <i>Transport</i> - <i>Amitiés</i> - <i>Activités récréatives</i> - <i>Hygiène personnelle</i> - <i>Effets personnels</i> - <i>Prise de médicaments</i> - <i>Effets secondaires</i> - <i>Droits</i> - <i>Difficultés cognitives</i> - <i>Qualité de vie</i> - <i>Qualité du traitement</i> - <i>Symptômes</i> - <i>Comportements (négatifs) dans la collectivité</i>	I-Autonomie 1) Logement/conditions de vie - <i>Nutrition</i> - <i>Hygiène personnelle</i> - <i>Effets personnels</i> - <i>Gestion de l'argent</i> II-Relations sociales positives 2) Relations interpersonnelles - <i>Amitiés</i> - <i>Relations amoureuses</i> - <i>Famille</i> - <i>Désir d'enfant</i> - <i>Rôle parental</i> - <i>Voisinage</i> - <i>Interactions sociales (habiletés/cognition sociale)</i> III-Acceptation de soi 3) Perception de soi - <i>Estime de soi et autostigmatisation</i> - <i>Autocompassion</i> IV-Croissance personnelle/professionnelle 4) Situation financière 5) Situation professionnelle (travail)/scolaire (études) - <i>Professionnel (emploi)</i> - <i>Scolaire (études)</i> - <i>Transport</i> - <i>Activités récréatives</i> - <i>Citoyenneté</i> V-Santé physique et mentale 6) Santé physique - <i>Activités physiques</i> - <i>Sommeil</i> 7) Santé mentale - <i>Santé mentale (symptômes)</i> - <i>Motivation et émotion</i> - <i>Aspects cognitifs</i> VI-Sens à la vie / Spiritualité/ religion 8) Sens à la vie - <i>Raison d'être</i> - <i>Spiritualité/ religion</i> - <i>Projet de vie</i>

disponibles aux intervenants dans le domaine de la réhabilitation ou de la réadaptation psychiatrique en vue d'accompagner les personnes en processus de rétablissement. Ainsi, il s'avère ardu pour ces intervenants d'arrimer les besoins et buts du rétablissement des usagers à des interventions dont l'efficacité est reconnue, et d'évaluer l'impact de leurs interventions.

La *Client Assessment of Strengths, Interests and Goals* (CASIG⁹) a été conçu pour mesurer les buts, forces et obstacles liés à différentes sphères de la vie d'une personne afin de lui offrir le soutien nécessaire ou les services requis. La CASIG a été validée en français en 2004,¹⁰ et mesure les buts à moyen terme (dans l'année qui vient) selon plusieurs

domaines (voir Tableau 1). Bien que la CASIG soit toujours utilisée dans plusieurs milieux francophones (p.ex., Belgique, France, Suisse ou le Québec) les avancées scientifiques qui concernent le rétablissement et les cibles d'intervention basées sur des données probantes font en sorte qu'une mise à jour des domaines investigués est nécessaire.

L'objectif de la présente étude est de développer et de valider, à travers la francophonie, une version révisée de la CASIG (nommée CASIG-rev), afin de mieux cibler et mesurer les buts, les besoins et les forces en contexte de soins, en lien avec le rétablissement chez des personnes avec un trouble psychiatrique. Plus particulièrement, la présente

étude vise à : 1) modifier les échelles et items de la CASIG afin de les faire correspondre à la réalité actuelle et ; 2) déterminer les propriétés psychométriques de la CASIG-rev, notamment la validité de construit, la cohérence interne des échelles, la fidélité test-retest, la validité de convergence et la sensibilité au changement de l'outil.¹¹

Méthode

Modifications et Développement de la CASIG-rev

Une équipe de chercheurs et d'intervenants de la Belgique, de la France, de la Suisse, et du Québec, familiers avec l'utilisation de la CASIG,¹⁰ a été mise sur pied (T.L., S.R., I.H., Y.K., A.L., M.C.). Dans un premier temps, nous avons choisi de réviser l'ordre des échelles pour permettre une meilleure correspondance aux dimensions du bien-être définies dans le modèle de Ryff.¹² Nous avons aussi juxtaposé chaque question ouverte portant sur un but dans la prochaine année aux échelles mesurant les habiletés ou obstacles liés à ce même but pour ainsi faciliter le choix des interventions ou programmes. Autrement dit, chaque question de but à long-terme (prochaine année) est suivie par une question sur les forces ou qualités que la personne possède pour atteindre ce même but, une sur les obstacles ou défis qu'elle pense rencontrer ainsi qu'une autre sur la première étape à suivre pour y arriver. Chacune des échelles d'habiletés et d'obstacles est suivie d'une nouvelle question demandant à la

personne si elle souhaite poursuivre le but de s'améliorer dans ce domaine (oui/non), et ensuite dans quelle mesure elle pense avoir besoin d'aide dans ce même domaine (pas du tout-un peu-assez-beaucoup).

Certaines échelles, considérées comme trop paternalistes ou épousant seulement le modèle médical, ont été modifiées ou supprimées. Par exemple, une échelle portait sur les comportements négatifs dans la communauté et mesurait si la personne avait été colérique, avait enfreint la loi ou fumé au lit. D'autres échelles ont dû être ajoutées pour mesurer le sens donné à sa vie, la perception de soi (l'estime de soi, l'autostigmatisation), les différents types de relations interpersonnelles (familiale, amoureuse, amitiés, voisinage), ou encore les dimensions de la santé qui peuvent affecter le rétablissement (le sommeil, l'exercice physique, etc.). De plus, la consultation d'équipes cliniques et de pairs-aidants nous a amené à retirer les échelles qui étaient trop générales (par ex., la qualité de vie ou du traitement) ou jugées stigmatisantes (par ex., si la personne prend sa médication comme prescrite). Pour chaque nouvelle échelle, la même procédure que pour la version originale de la CASIG⁹ a été suivie : les items étaient générés en s'inspirant d'outils validés et reconnus dans le domaine visé, en ciblant les items les plus centraux et en modifiant la formulation en question dichotomique (oui/non) pour les comportements effectués dans les 3 derniers mois ou dans la dernière semaine. Une attention particulière a été portée aux choix des mots, avec des synonymes parfois suggérés, afin que l'outil puisse être utilisé et compris à travers plusieurs pays francophones. Par la suite, une version préliminaire a été partagée à plusieurs équipes d'intervenants (près de 40 intervenants; incluant des pairs-aidants du Québec) œuvrant dans le rétablissement des personnes avec un trouble psychiatrique reconnu dans les quatre nations francophones citées au-dessus. Les commentaires recueillis ont été discutés et intégrés lors des discussions mensuelles. La version finale est disponible en annexe (et en ligne, <https://forms.gle/CWzmgPx7HmT62nAu6>). Il est à noter que la CASIG-rev est d'abord et avant tout un outil clinique. Il aide les personnes recevant des services de réhabilitation (ou réadaptation) et un suivi psychiatrique à mieux cerner leurs besoins, forces, intérêts et buts et ainsi permet aux intervenants de mieux les accompagner. Quoique l'outil ait été initialement validé auprès d'adultes, il présente aussi un intérêt clinique pour les services offerts auprès de jeunes de 14 ans et plus. En effet, l'outil est conçu afin que seules les échelles jugées pertinentes par le participant soient cotées. Le Tableau 1 illustre les domaines et échelles de la CASIG et celles de la CASIG-rev, ainsi que l'ordre de présentation des échelles (Tableau 1).

Tableau 2. Données sociodémographiques et diagnostiques (N = 272).

Variable	
Age (moyenne/é.t.)	31,9/10,9
Sexe à la naissance (% femme/homme)	64/36
Genre (%)	
Masculin	34
Féminin	61
Fluide/queer	5
Statut civil (% célibataire)	67
Pays actuel (%)	
France	37
Belgique	22
Suisse	2
Canada	20
Autre	19
Nombre d'années de scolarité incluant le primaire (%)	
11 années ou moins	30
12- 15 ans	29
Plus de 15 ans	31
Autre (pas mentionné)	10
Diagnostic principal auto-rapporté (%)	
Schizophrénie (spectrum)	14
Dépression majeure	49
Trouble bipolaire	8
Trouble anxieux ou du stress	22
Autre (ex., trouble de personnalité, toxicomanie)	7

Considérations éthiques et Recrutement

L'approbation éthique et de recherche a été obtenue via le CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal, avec la mention

internationale pour une étude entièrement conduite en ligne, via Google Forms. Les chercheurs et intervenants membres de l'équipe avaient chacun comme mandat de favoriser le recrutement, via des contacts professionnels avec des cliniques locales ou des organismes communautaires.

Participants

Les critères d'inclusions étaient : 1) être âgé de 14 à 65 ans; 2) avoir un trouble psychiatrique persistant (p. ex., trouble psychotique, trouble bipolaire, dépression majeure); 3) être apte à consentir à l'étude; 4) comprendre le français écrit pour pouvoir remplir les questionnaires en ligne (voir le Tableau 2 pour le descriptif sociodémographique et diagnostic).

Procédure

Les participants souhaitant participer ont été dirigés vers la plateforme Google forms pour répondre aux questionnaires de l'étude. Ils étaient d'abord invités à répondre à quelques questions afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion, avant de lire le formulaire de consentement. S'ils consentaient à participer, ils accédaient aux questionnaires de l'étude décrits plus loin (voir Mesures). Les données recueillies étaient vérifiées par la coordonnatrice de l'étude pour vérifier le respect des critères d'inclusion. Sur les 272, un sous-échantillon de 29 personnes a été recontacté pour assurer la fidélité test-retest (suivi 1 mois) du CASIG-rev et 24 autres personnes pour tester la sensibilité au changement (suivi 6 mois). Pour compenser leur participation, un tirage était offert (un iPad) pour les personnes acceptant de laisser leur adresse e-mail (courriel).

Mesures

La CASIG-rev est trop similaire à la CASIG originale pour permettre aux participants de remplir les deux versions du même outil (effet de redondance). Nous avons choisi de vérifier la validité convergente de la CASIG-rev en mesurant des concepts propres au rétablissement, au bien-être, et au fonctionnement et ce, avec les outils décrits plus bas. Nous avons priorisés des outils validés brefs afin de minimiser les données manquantes liées à une évaluation trop longue.

CASIG-rev. La CASIG-rev est un outil couvrant les dimensions de Ryff, comprenant huit domaines (questions ouvertes sur les buts de la personne), et un total de 27 échelles dont 127 items (d'habiletés ou obstacles) de nature dichotomique. L'outil est auto-rapporté mais peut être rempli avec l'aide d'un proche ou d'un intervenant (voir annexe). Le questionnaire prend en moyenne 45 min à répondre. Il peut toutefois être complété par section ou domaine, en partie seulement, et en respectant le rythme de la personne.

Rétablissement. Le rétablissement a aussi été mesuré grâce à la version française de l'échelle d'évaluation du rétablissement (RAS^{3,13}), une échelle qui consiste en 5 dimensions mesurant le rétablissement selon la perspective du répondant. Les omégas de MacDonald sont très satisfaisants, oscillants entre 0,79 et 0,90.

Bien-être. L'échelle de Bien-être psychologique de Ryff - version brève^{2,14} a été utilisée. Cet outil comprend 18 items dont 3 par dimension, avec une échelle de Likert en 6 points (1 = désaccord à 6 = accord). Les analyses de cohérence interne pour notre échantillon montrent des scores acceptables sauf pour l'échelle maîtrise de son environnement (un item problématique a dû être enlevé ($\sigma = 0,59$)). Les scores de cohérence interne des autres dimensions varient ainsi de $\Omega = 0,64$ à $0,77$.

Fonctionnement. La version brève du WHODAS - World Health Organization Disability Assessment Scale¹⁵ - a été utilisé pour mesurer certains aspects du fonctionnement quotidien de l'individu. Cet outil créé par l'OMS comprend 12 items. Les propriétés psychométriques ont été démontrées auprès de plusieurs populations issues de divers pays. Dans notre échantillon, la cohérence interne (score unique/global) est de $\Omega = 0,85$.

Analyses

Pour évaluer la validité du CASIG-rev, nous avons suivi les recommandations pour la validation d'outils en suivant les étapes suivantes,¹¹ d'abord les analyses factorielles confirmatoires (validité de construit) et les analyses de cohérence interne, suivies par la fidélité test-retest et enfin les analyses de validité de convergence et de sensibilité au changement. A titre indicatif, les analyses factorielles confirmatoires (AFC) ont été effectuées à l'aide du logiciel EQS,¹⁶ alors que les autres analyses (par ex., les corrélations) ont été réalisées à l'aide du logiciel *IBM SPSS Statistics* version 28.0.1.

Résultats

Analyses factorielles confirmatoires

L'AFC suivant les six dimensions de Ryff n'offrait pas d'indices satisfaisants. Toutefois, en tenant compte de cinq dimensions conceptuelles nous retrouvons des indices satisfaisants : 1) Santé mentale/ santé physique, 2) Relations sociales positives, 3) Autonomie, 4) Sens donné à la vie et 5) Croissance professionnelle. Chacune de ces dimensions conceptuelles compte entre 2 et 5 échelles de l'outil CASIG-rev. Dans l'objectif de contrecarrer l'éventuelle violation de la normalité des données de l'échantillon, nous avons utilisé la méthode de vraisemblance maximale¹⁶ avec dans un premier temps une AFC sans corrélation entre les dimensions conceptuelles et ensuite avec toutes les 5 dimensions corrélées. Les tests de

Tableau 3. Résultats de L'analyse Factorielle Confirmatoire (AFC).

	Indices							
	DI	χ^2	p	χ^2/dl	NNFI	CFI robust	IFI	RMSEA
Modèle 1 – avec corrélation entre les 5 facteurs								
Modèle 1 – F1 (santé mentale/physique) santé mentale, sommeil, cognition, motivation								
Modèle 1- F2 (relations sociales positives) amitiés, intimité, activités récréatives, activité physique, estime de soi								
Modèle 1- F3 (autonomie) effets personnels, hygiène, nutrition, gestion de l'argent	104	190.24	0.001	1.82	0.870	0.901	0.904	0.055
Modèle 1- F4 (sens à sa vie) sens à sa vie, projet de vie								
Modèle 1- F5 (croissance professionnelle) études, travail								
Modèle 2 – avec corrélations ciblées entre les 5 facteurs (juste F1-F4, F2-F3, F2-F4, F2-F5, F3-F4, F4-F5). Pour info, les corrélations varient de 0,30 à 0,56 – les deux plus élevées sont F2-F5 (0,55) et F2-F4 (0,56). On note aussi une corrélation négative F1-F4 (-0,19).								
Modèle 2 – F1 (santé mentale/physique) santé mentale, sommeil, cognition, motivation								
Modèle 2- F2 (relations sociales positives) amitiés, intimité, activités récréatives, activité physique, estime de soi	108	186.42	0.001	1.72	0.887	0.910	0.913	0.052
Modèle 2- F3 (autonomie) effets personnels, hygiène, nutrition, gestion de l'argent								
Modèle 2- F4 (sens à sa vie) sens à sa vie, projet de vie								
Modèle 2- F5 (croissance professionnelle) études, travail								

Wald et du multiplicateur de Lagrange (*Lagrangian Multiplier*¹⁷) ont été utilisés en vue d'améliorer les indices d'ajustement, au besoin. Les items avec les plus faibles saturations à leur facteur respectif ont été retirés un à un du questionnaire jusqu'à ce que tous les indices d'ajustement soient optimisés.¹¹ Le Tableau 3 présente les résultats des AFC réalisées. Pour le premier modèle (AFC), on constate que le ratio χ^2/dl est inférieur à 2 et le RMSEA inférieur à 0,08, respectant les normes à suivre pour ces coefficients. Pour ce qui est du NNFI (*non-normed fit indexes*) et les indices CFI, ces coefficients atteignent le niveau acceptable de 0,90.¹⁸ Les tests de Wald et du multiplicateur de Lagrange nous indiquent que le modèle pourrait être ajusté si on introduit des corrélations entre les cinq dimensions conceptuelles. Après avoir ajouté ces corrélations, les indices de l'AFC tous confondus révèlent un meilleur ajustement du modèle. Les AFC montrent que les corrélations varient de 0,30 à 0,56 dont les plus élevées sont entre les dimensions Relations sociales positives et Sens donné à la vie ($r=0,56$, $p<.01$) ainsi que Relations sociales et Croissance professionnelle ($r=0,55$; $p<0.01$) (Tableau 3).

Fidélité test-retest

Tel qu'attendu, toutes les échelles de la CASIG-rev étaient corrélées avec les scores des mêmes échelles recueillis un

mois plus tard, ($r=0,32$ à $r=0,84$; $p<0,05$ à $p<0,001$). Des test-t ont permis aussi de confirmer la stabilité temporelle pour les plupart des échelles. Nous retrouvons toutefois des changements à $p<0,05$ sur les échelles 'relations amoureuses', 'transport', 'autocompassion', 'aspects cognitifs' et 'projet de vie'.

Validité de convergence

Le Tableau 4 montre les corrélations bivariées significatives des sous-échelles de la CASIG-rev et des échelles ou sous-échelles RAS, bien-être de Ryff, et WHODAS (Tableau 4).

Tel que l'on peut observer, les échelles mesurant des concepts similaires sont fortement corrélées, et ce, pour chacun des trois outils utilisés en lien avec la CASIG-rev. À noter, les échelles sur la santé mentale, la cognition, le sommeil et la motivation/l'émotion sont inversées : plus un score est élevé, plus la personne perçoit des difficultés.

Sensibilité au changement

Un sous-échantillon de 24 personnes suivies par un service de psychiatrie adulte a été recontacté à six mois de suivi. Les test-t révèlent des améliorations significatives sur les échelles; amitiés ($t(23)=3,00$, $p<0.01$), hygiène personnelle ($t(23)=-1,72$, $p<0,05$) et activités récréatives ($t(23)=-2,28$, $p<0,05$). En surcroît, nous avons vérifié de

Tableau 4. Corrélations bivariées de Pearson entre la CASIG-rev, le RAS, la mesure de Bien-Être, et le WHODAS.

CASIG-rev	Échelle d'évaluation du rétablissement (RAS)					Bien-être			WHODAS		
	confiance	aide	but	liens	syntômes	Autonomie	Maîtrise	Dév.pers.	Relations	Sens	Acceptation
Nutrition							0,18**				-0,29***
Hygiène							0,21***				-0,30***
Effets personnels							0,25***				-0,26***
Argent	0,23***			0,28***		0,14*	0,13*		0,33***		-0,24
Amitiés				0,19**		-0,18**			0,16*		
Amour											
Famille											
Désir d'enfant			0,58***	0,42		-0,68**					
Relation enfant											
Voisin							0,15*		0,29***		-0,19**
Interactions sociales	0,28***						0,20***		0,28***		-0,31***
Estime de soi	0,26***							0,29***		0,22***	
Autocompassion	0,29***	0,26***								0,28***	
Travail							0,14*				-0,20***
Études											
Transport											
Activités récréatives	0,30***			0,25***			0,14*	0,28***			-0,27***
Citoyenneté	0,28***			0,25***			0,27***	0,34***	0,28***	0,25***	-0,34***
Activité physique	0,26***						0,20***	0,27***			-0,24***
Sommeil							-0,31***				0,29***
Santé mentale							-0,47***				0,54***
Motivation/émotion							-0,46***				0,48***
Aspects cognitifs	0,53***	0,32***	0,64***	0,34***		-0,27***	-0,39***			0,49***	0,42***
Raison d'être	0,39***	0,28***	0,46***	0,28***	0,35***			0,51***			-0,38***
Projet de vie								0,28***		0,35***	-0,30***

*p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

manière plus spécifique l'impact d'un programme de réhabilitation socioprofessionnelle sur l'échelle 'projet de vie' auprès des participants de ce service. Nous retrouvons ici aussi une amélioration significative du score à l'échelle 'projet de vie' ($t(8) = 2,80, p < 0,01$).

Discussion

Les analyses à visée psychométrique de la CASIG-rev soutiennent la validité et la fidélité de l'instrument. L'analyse factorielle confirmatoire (AFC) confirme dans l'essentiel les dimensions a priori de l'outil. Nous retrouvons cinq grandes dimensions du rétablissement personnel, plutôt que les six du modèle du bien-être psychologique de Ryff, car l'acceptation de soi (incluant l'estime de soi) n'est pas ressortie comme une dimension à part, mais plutôt comme liée aux relations sociales positives. Nous constatons que les relations sociales sont essentielles pour notre échantillon, car elles sont aussi liées au projet de vie et à la sphère socioprofessionnelle dans l'AFC. L'estime de soi est définie comme ayant une composante personnelle et une composante sociale, où l'autoévaluation de la personne dépend en partie de la rétroaction de son réseau.¹⁹ Sachant que les personnes avec des troubles mentaux vivent souvent de la solitude et de l'exclusion sociale,²⁰ l'influence importante des relations sociales n'est pas étonnante.

Notons que certaines échelles n'ont pas été incluses dans l'AFC ($N = 10$). L'échelle de spiritualité / religion n'a pas été validée de nouveau dans le contexte de cette étude mais a été rajoutée a posteriori. D'autres échelles étaient répondues par un échantillon trop petit (par ex., le désir de parentalité, ou le voisinage), ou se retrouvaient sur plusieurs dimensions (par ex., relation familiale). Ce dernier résultat n'est pas étonnant puisque les familles sont souvent des proches aidants très impliqués dans plusieurs sphères du rétablissement des personnes avec un trouble mental.²¹ De plus, l'AFC suggère une intercorrélation des échelles entre les différentes dimensions. Cette intercorrélation n'est pas non plus étonnante car le rétablissement est un concept unique qui se décline en plusieurs domaines selon la personne concernée.¹ Malgré que ces échelles n'aient pas été formellement validées ici, elles ont été vérifiées au niveau de la validité apparente auprès d'experts de la clinique, de la recherche, et de l'expérience vécue (pair-aidant). Nous considérons qu'elles demeurent pertinentes et recommandons l'utilisation de toutes les échelles de la CASIG-rev.

La validité de convergence est aussi démontrée. Pour l'échelle RAS, par exemple, les items portant sur le fait de ne pas se sentir contrôlé par ses symptômes ou sa maladie sont fortement et négativement corrélés aux échelles de la CASIG-rev mesurant la santé mentale, ainsi que les symptômes négatifs (motivation et émotion) et les plaintes cognitives. Toutes les échelles du RAS sont corrélées au projet de vie et raison d'être – ce qui est attendu d'une échelle générale portant sur le rétablissement. En ce qui concerne l'outil sur le bien-être de Ryff, il semble étonnant au premier abord de ne pas retrouver plus de liens entre les échelles liées à l'autonomie des deux

mesures. Toutefois, les items de l'échelle de Ryff portent sur la pensée autonome et non-influencée par les autres, alors que l'échelle de la CASIG-rev porte sur l'autonomie dans le sens d'être apte à vivre de manière autonome. L'échelle 'maîtrise' touche plus aux responsabilités de la vie et la capacité à surmonter les obstacles, ce qui explique les corrélations avec les échelles d'habiletés de vie autonome de la CASIG-rev. L'échelle sur les relations est, comme attendu, corrélée avec celles qui portent sur les amitiés, l'amour, les interactions sociales et la citoyenneté et enfin, l'échelle acceptation avec l'estime de soi et l'autocompassion. En outre, l'échelle WHODAS, qui est une mesure très générale de déficits, se retrouve positivement corrélée avec les échelles de problèmes ou déficits (p.ex., symptômes), et négativement avec les échelles d'habiletés ou de relations positives. Ces trois mesures en lien avec la CASIG-rev permettent de confirmer la validité de convergence de l'outil.

À propos de la fidélité test-retest, nous constatons une stabilité temporelle à un mois pour la plupart des échelles, avec de fortes corrélations entre les deux temps de mesure et l'absence de changements de moyenne au test-retest. Toutefois, le test-retest aurait bénéficié d'un délai de deux semaines et non d'un mois, car certains changements cliniques ont été décelés. Il est aussi possible que le fait de poser certaines questions, notamment sur le projet de vie ou les relations amoureuses, ait pu enclencher un processus de réflexion qui aurait entraîné des changements de comportements, ou de perceptions.

Ensuite, la sensibilité au changement a été observée auprès de participants recevant un suivi clinique et de réhabilitation/réadaptation sur les échelles amitiés, hygiène personnelle, et activités récréatives. L'analyse plus précise des résultats d'un sous-échantillon provenant d'un programme offrant des services pro-rétablissement a permis de confirmer que l'outil est sensible au changement. Puisque la CASIG-rev a été conçue pour évaluer l'évolution du rétablissement de la personne, il est primordial qu'elle détecte des changements de comportements ou de perceptions dans le temps.

En somme, nous avons montré les qualités psychométriques satisfaisantes de la CASIG-rev, notamment en évaluant sa validité de construit et de convergence, ainsi que sa fidélité temporelle et sensibilité au changement. La CASIG-rev mérite d'être utilisée pour offrir un aperçu complet des objectifs, buts, forces et obstacles liés aux différents domaines du bien-être et du rétablissement. Certes, cette étude comprend certaines limites. L'échantillon n'était pas suffisamment grand pour comparer les modèles statistiques entre les pays, ou encore pour valider les échelles à plus faible taux de réponse. Nous avons aussi seulement validé l'outil en français dans le cadre de cette étude et n'avons pas inclus les pays francophones du continent africain. Il serait d'ailleurs pertinent de vérifier la validité de l'outil pour l'accompagnement du rétablissement des personnes francophones issues de pays non-occidentaux. De plus, une analyse d'implémentation de l'outil auprès des équipes offrant des services permettrait de vérifier la réceptivité des intervenants

et professionnels face à l'utilisation d'un tel outil. Les équipes préfèrent souvent des mesures brèves alors que la CASIG-rev, étant exhaustive, peut être chronophage à remplir si la personne a besoin de soutien pour répondre aux questions. Malgré tout, la CASIG-rev demeure plus brève à administrer que plusieurs outils cliniques portant sur les symptômes, les déficits cognitifs, ou qui ne ciblent pas le rétablissement. De surcroît, la CASIG-rev permet d'améliorer l'alliance entre la personne et son intervenant, grâce aux discussions sur les buts et projets de vie qui sont centraux chez la personne. Inclure les parents et proches aidants dans la discussion pourrait aussi améliorer l'accompagnement du rétablissement de la personne. Une validation anglophone et hispanophone sont prévues pour rendre disponible la CASIG-rev à plus grande échelle.

Remerciements : Nous aimerions remercier les participants à l'étude, ainsi que les cliniciens : Joanie Fouquereau-Blais, Magali Dufour, et la SQS pour leur soutien au recrutement des participants. Un grand merci à Julien Dubreucq, Philippe Hugué et à Luc Vigneault pour leurs suggestions et commentaires précieux.




Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent aucun lien d'intérêt relatif à cette étude.

Financement

Cette étude a été effectuée sans subvention externe.

ORCID iDs

Tania Lecomte  <https://orcid.org/0000-0002-0340-3759>
 Marc-André Roy  <https://orcid.org/0000-0002-0123-6651>
 Amal Abdel-Baki  <https://orcid.org/0000-0003-3333-9652>

Note

a. En France, le terme trouble psychique est utilisé au lieu de trouble mental.

Matériel supplémentaire

Du matériel supplémentaire pour cet article est disponible en ligne.

References

- Davidson L, O'Connell MJ, Tondora J, Lawless M, Evans AC. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol: Res Pract.* 2005;36:480-487.
- Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69:719-727.
- Gifford D, Schmook A, Woody C, Vollendorf C, Gervain M. Recovery assessment scale (RAS). *APA PsycTests.* 1995.
- Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40:972-980.
- Young SL, Bullock WA. Mental health recovery measure. In Campbell-Orde T, Judi Chamberlin JC, Leff HS, eds. *Measuring the promise: a compendium of recovery measures.* Cambridge, MA: Human Services Research Institute; 2005: 36-41.
- O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evans A, Davidson L. From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatr Rehabil J.* 2005;28:378-386.
- Harkin B, Webb TL, Chang BP, et al. Does monitoring goal progress promote goal attainment? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychol Bull.* 2016;142:198-229.
- Lecomte T. *Manuel de réadaptation psychiatrique.* Montreal, Quebec: PUQ; 2023.
- Wallace CJ, Lecomte T, Wilde J, Liberman RP. CASIG: a consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. *Schizophr Res.* 2001;50:105-119.
- Lecomte T, Wallace CJ, Caron J, Perreault M, Lecomte J. Further validation of the client assessment of strengths interests and goals. *Schizophr Res.* 2004;66:59-70.
- Corbière M, Fraccaroli F. La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure: exemples dans le domaine de la santé mentale. In: Larivière M, ed. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé.* Montréal, Québec: Presses de l'Université du Québec (PUQ); 2020:703-752.
- Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci.* 1995;4:99-104.
- Pelletier JF, Davidson L, Giguère CE, Franck N, Bordet J, Rowe M. Convergent and concurrent validity between clinical recovery and personal-civic recovery in mental health. *J Pers Med.* 2020;10:1-12.
- Cottraux J. *Traduction française de l'échelle du Bien-être de RYFF.* Edited by Lyon Ud2009.
- Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. *Bull WHO.* 2010;88:815-823.
- Bentler PM. *EQS 6 structural equations program manual.* Encino, CA: Multivariate Software Inc.; 2006.
- Bacher F, Bacher F. *Les modèles structuraux en psychologie. Présentation d'un modèle: LISREL.* *Trav Hum.* 1987;50:347-368.
- Mueller RO. *Basic principles of structural equation modelling: An introduction to LISREL and EQS.* Secaucus, NJ: Springer Verlag; 1996.
- Bednar RL, Peterson SR. *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice.* 2nd ed. Washington, DC: APA Press; 1995.
- Heron P, Spanakis P, Crosland S, et al. Loneliness among people with severe mental illness during the COVID-19 pandemic: results from a linked UK population cohort study. *PLoS One.* 2022;17:e0262363.
- Morin M-H, Bergeron A-S, Levasseur M, Iyer S, Roy M-A. Les approches familiales en intervention précoce: repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). *Santé Mentale au Québec.* 2021;46:139-159.