



Vrije
Universiteit
Brussel

RECHERCHE SCIENTIFIQUE 'VERS DE MEILLEURS SOINS DE SANTÉ MENTALE'
EXPLICATION DES INSTRUMENTS UTILISÉS POUR L'ENQUÊTE AUPRÈS DES
SOIGNANTS/PROFESSIONNELS, DES USAGERS ET DES FAMILLES/PROCHES
LUCAS - KU LEUVEN

Veerle De Jaegere

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Leuven

juillet 2012

Colophone

Commanditaire

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Équipe de recherche

LUCAS - KU Leuven: Veerle De Jaegere & Prof. Chantal Van Audenhove

UCL-IRSS: Pablo Nicaise, Janaina Costa Campos Lopes & Prof. Vincent Lorant

VUB-MESO: Griet De Roeck & Prof. Mark Leys

Leuven, juillet 2012

Table des matières

Introduction	7
1 Le questionnaire sur la patientèle de l'article 107	8
1.1 Domaine d'évaluation: situation clinique de l'utilisateur	8
1.1.1 'Health of the Nation Outcome Scales'	8
1.1.2 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'	9
1.2 Domaine d'évaluation: inclusion sociale de l'utilisateur	10
1.2.1 'Objective social outcomes index'	10
2 Enquête auprès des usagers 'prioritaires'	12
2.1 Domaine d'évaluation: degré de rétablissement de l'utilisateur	13
2.1.1 'Nederlandse Empowerment Lijst'	13
2.1.2 'HOOP'	13
2.2 Domaine d'évaluation: satisfaction des usagers concernant les soins reçus	14
2.2.1 Aperçu des soins	14
2.3 Domaine d'évaluation: la qualité de vie	16
2.3.1 'Manchester Short Assessment of Quality of Life'	16
2.3.2 SF 36	17
2.4 Domaine d'évaluation: la continuité des soins	17
2.4.1 'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health'	17
2.5 Domaine d'évaluation: des soins orientés vers le rétablissement	18
2.5.1 'Recovery Oriented Practices Index'	18
3 Enquête auprès d'un échantillon de familles/proches en tant qu'aidants-proches	20
3.1 Domaine d'évaluation: soutien aux familles/proches en tant qu'aidants-proches	20
3.1.1 Thermomètre de santé mentale	20
3.2 Domaine d'évaluation: l'intensité de l'accompagnement pour les familles/proches	21
3.2.1 'Zarit Burden Interview'	21
4 Enquête auprès d'un échantillon de soignants/professionnels	23
4.1 Domaine d'évaluation: des soins et des compétences professionnelles orientés vers le rétablissement	23
4.1.1 'Recovery Oriented Practices Index'	23
4.2 Domaine d'évaluation: satisfaction au travail	25
4.2.1 'Job Satisfaction Scale'	25
4.2.2 'Utrechtse Burn-out Schaal'	25
Résumé	27

Introduction

Les projets 'Vers de meilleurs soins de santé mentale (article 107)' sont évalués à la demande des pouvoirs publics (Service Public Fédéral Santé publique, les communautés et les régions). La recherche a pour but d'observer les projets qui prennent place dans le cadre du programme de réforme de l'article 107 et d'évaluer dans quelle mesure leur fonctionnement correspond à la vision du programme de réforme. Cette recherche est une collaboration de trois équipes scientifiques (LUCAS KU Leuven, UCL-IRSS et VUB-MESO). LUCAS KU Leuven et UCL-IRSS se penchent sur la contribution de la réforme sur les soignants/professionnels¹, les usagers² et la famille³. La VUB-MESO se penche principalement sur la délimitation géographique des projets et sur la composition du réseau. Ce dernier aspect fait aussi partie de l'évaluation de l'UCL-IRSS.

Afin de soutenir et d'éclaircir cette recherche, les équipes de recherche mettront en place une série de documents. Ce document offre un aperçu des instruments sélectionnés qui seront utilisés dans le troisième volet de cette recherche et qui seront commentés ici. Ce volet comprend la recherche complète effectuée par LUCAS KU Leuven et une partie de la recherche menée par l'UCL-IRSS (principalement au niveau des usagers). Ce document ne comprend aucune information concernant les instruments qui seront utilisés dans les deux autres volets de la recherche, pour lesquels la VUB-MESO et l'UCL-IRSS sont responsables. La recherche dans ces deux volets est principalement dirigée vers la délimitation géographique, le réseau et la mesure des collaborations en fonction de l'utilisateur. Cette enquête s'adresse plutôt aux coordinateurs de réseau et aux responsables du service.

Lors de la sélection des questionnaires, deux critères essentiels ont été pris en compte dans la mesure du possible, c'est-à-dire l'évidence scientifique et l'utilité pratique (en analogie des critères utilisés par l'Association Flamande pour la Santé Mentale dans la partie 5 de la gestion des résultats de la santé mentale en Flandre). L'évidence scientifique signifie qu'une recherche a été menée concernant (1) la sensibilité au changement, (2) la fiabilité, et/ou (3) la validité de l'instrument, de préférence en Belgique et/ou aux Pays-Bas. Le fondement théorique, les normes et la structure factorielle (ou sous-échelles) ont également été examinés. L'utilité pratique signifie, entre autres, que l'instrument est disponible en néerlandais ou en français (d'origine ou traduit). L'instrument peut, en plus, être mis en place avec des efforts limités, c'est-à-dire que c'est facile de remplir les questionnaires et d'en interpréter les résultats. Cela veut dire que l'instrument a un nombre d'items réduit, une courte durée de prélèvement et une exigence de formation minimum. Enfin, on a choisi des instruments qui sont employés dans le domaine de la santé mentale ou ayant cette possibilité.

¹ Le terme "professionnel de soins/d'aide" fait référence à tous les professionnels qui sont impliqués dans les soins de l'utilisateur (dans ce cas des relations de soins formelles).

² Le terme "usager" fait référence à une personne avec des problèmes psychiques. Cette personne est vue comme un partenaire actif pour définir son trajet de soins.

³ Les termes "membre de la famille/aidant/proche" font référence à toutes les personnes présentes dans l'environnement naturel de l'utilisateur reconnues comme des acteurs importants dans les soins pour cet usager (dans ce cas des relations de soins informelles).

Ce document est subdivisé en quatre parties. *La première partie* commente les instruments qui seront utilisés afin de rassembler une série de données auprès d'un grand échantillon d'utilisateurs. *La deuxième partie* offre un aperçu des instruments qui seront utilisés auprès d'un échantillon d'utilisateurs plus petit, c'est-à-dire ces utilisateurs que le coordinateur de réseau d'un projet juge comme prioritaire pour l'article 107 (dans ce cas, un suivi par un réseau de soins est requis). *La troisième et quatrième partie* décrivent les instruments qui seront utilisés pour respectivement un échantillon de familles/proches et un échantillon de soignants/professionnels.

1 Le questionnaire sur la patientèle de l'article 107

Pour cette étude, nous récoltons une série de données auprès d'un grand groupe d'utilisateurs faisant partie des projets de l'article 107. Cela va nous permettre d'avoir un dénominateur des utilisateurs qui font partie des projets. Nous avons limité ces données dans la mesure du possible, elles seront complétées par les soignants/professionnels via une enquête en ligne. Les questions comprennent une série de données sociodémographiques sur l'utilisateur, des informations sur la situation clinique et l'inclusion sociale de l'utilisateur. Le soignant/professionnel doit également indiquer dans quelle mesure l'utilisateur est prioritaire pour l'article 107, où un suivi par un réseau de soins est nécessaire.

Ci-dessous suit une explication plus détaillée des instruments existants qui ont été sélectionnés pour cette recherche, plus précisément l'HoNOS et le DSM (cf. le domaine d'évaluation 'la situation clinique de l'utilisateur') et SIX (cf. le domaine d'évaluation 'l'inclusion sociale de l'utilisateur').

1.1 Domaine d'évaluation: situation clinique de l'utilisateur

Afin de mesurer la situation clinique de l'utilisateur, nous voulons utiliser pour cette recherche HoNOS, le code-DSM, et le score GAF. L'HoNOS doit toujours être complété, le code-DSM et le score GAF sont uniquement demandés dans le cas où ils sont connus pour cet utilisateur.

1.1.1 'Health of the Nation Outcome Scales'

En 1993, le Royal College of Psychiatrists' Research Unit (CRU) a développé le questionnaire 'Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)' à la demande du ministère anglais de la santé, afin de mesurer de façon routinière la santé mentale et le fonctionnement social des personnes avec des problèmes psychiques. L'instrument HoNOS est le plus utilisé en Angleterre et en Australie. En Angleterre, cet instrument fait entre-temps partie du 'Minimum Dataset' de la santé mentale.

L'instrument HoNOS est une liste d'observations dans laquelle les données nécessaires sont recherchées, de préférence en dialogue avec l'utilisateur. Le fait de remplir des données HoNOS dans une base de données offre la possibilité de générer des aperçus de l'état de l'utilisateur à différents niveaux d'agrégation. Le résultat se base sur le comportement le plus grave durant la période de référence (en générale 2 semaines).

Le questionnaire HoNOS est un instrument générique et mesure la gravité de la problématique et le fonctionnement quotidien. L'instrument est composé de 12 items, partagés en 4 sous-échelles (problèmes de comportement, problèmes sociaux, contraintes et symptomatologie). Tous les items sont

évalués sur une échelle de Likert de cinq points, de 0 (pas de problème) à 4 (problèmes graves à très graves). L'HoNOS a une marge prétention de mesure et n'est pas limité à la santé mentale des usagers.

Les caractéristiques psychométriques et les scores standardisés de l'HoNOS en néerlandais ont été étudiés aux Pays-Bas. L'HoNOS donne un aperçu de la gravité des problèmes dans les domaines de vie aussi bien au niveau individuel qu'au niveau du groupe. L'instrument a des caractéristiques psychométriques raisonnables et est indépendant des syndromes et de la langue parlée. L'instrument est vécu comme utile par les soignants/professionnels et les usagers. Cela ne prend pas beaucoup de temps pour remplir l'HoNOS.

Dans la version en néerlandais, 3 items ont été ajoutés (HoNOS-addendum, c'est-à-dire l'épisode maniaque, la motivation pour le traitement et la compliance à la médication), mais il n'y a pas encore eu de publication à ce propos. L'HoNOS a également été sélectionné par l'Association Flamande de la Santé Mentale comme instrument qui satisfait à deux critères essentiels, c'est-à-dire l'utilité pratique et l'évidence scientifique.

Informations pratiques

- Remplir l'HoNOS dure de 5 à 15 minutes, en fonction de la mesure dans laquelle la personne qui collecte des données connaît l'utilisateur. Des soignants/professionnels ou des personnes indépendantes peuvent remplir l'HoNOS. Dans cette étude, un soignant/professionnel, concerné par l'utilisateur, remplira le questionnaire.
- Deux chercheurs ont suivi la session officielle reconnue 'forme le formateur' pour remplir de l'HoNOS. Cette connaissance est alors transmise aux soignants/professionnels qui rempliront l'HoNOS auprès des usagers. La fiabilité de l'HoNOS est plus grande si une formation est suivie pour remplir ce questionnaire.
- Une version validée en néerlandais et en français de l'HoNOS est utilisée dans cette recherche.

Pour plus d'informations

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Lauzon, S., Corbière, M., Bonin, J.P., Bonsack, C., Lesage, A., & Ricard, N. (2001). Validation de la version française du Health of the nation Outcome Scales (HoNOS-F). *Canadian journal of psychiatry*, 46 (11), 841-846.
- Mulder, C.L., Staring A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S. et al. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking. Rotterdam.
- Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172 (11).
- Wing, J.K., Curtis, R.H. & Beevor, A.S. (1996). HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development July 1993-December 1995. London: Royal College of Psychiatrists.

1.1.2 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'

Le 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) est un système de classification des problèmes psychiques, publié et mis en place par l'American Psychiatric Association. Ce manuel américain

pour le diagnostic et les statistiques des problèmes psychiques sert dans la plupart des pays de standard dans le diagnostic psychiatrique. La version actuelle (de 2000) est une révision du texte de la quatrième édition, indiquée comme DSM-IV-TR.

Le but du DSM est de rendre possible la comparaison de (groupes d') usagers entre eux, en mettant en place des définitions univoques auxquelles une personne doit satisfaire pour tomber dans un certain groupe. Grâce au DSM, il y a beaucoup plus d'unité apportée aux diagnostics. Avant qu'on puisse affirmer qu'un certain symptôme ou syndrome est présent chez un usager, il est exigé d'éclaircir une série d'aspects, comme : une description claire de tous les symptômes, une définition précise des symptômes qui peuvent survenir avec un syndrome, et le nombre de symptômes qui doivent être présent. Le DSM se prononce surtout sur l'entrave au fonctionnement quotidien (personnel, relationnel, social ou professionnel).

Le score GAF (dans ce cas Global Assessment of Functioning) est une partie du système DSM. Ce score est une mesure avec laquelle le fonctionnement psychique, social et professionnel d'une personne est indiqué ou la mesure dans laquelle la personne sait s'adapter à l'entourage. Le score GAF varie entre 0 et 100, où 100 est parfait, où 1 n'est presque rien et où 0 signifie qu'on n'a pas d'information claire. Cette échelle est importante pour le planning de thérapie.

Informations pratiques

- Le code DSM et le score GAF sont demandés dans cette étude s'ils sont déjà connus et mentionnés dans le dossier de l'utilisateur. Cet instrument n'est donc pas rempli à part dans le questionnaire qui a été créé pour cette recherche.

1.2 Domaine d'évaluation: inclusion sociale de l'utilisateur

1.2.1 'Objective social outcomes index'

Le questionnaire 'Objective social outcome index' (SIX) a été développé pour mesurer le degré d'inclusion sociale. Cet instrument permet de collecter de l'information d'une manière objective sur le fonctionnement social des usagers, à l'aide de 4 thèmes, à savoir le travail, le logement, les relations familiales et les relations sociales. Un résultat sur 6 est alors calculé. Cet instrument peut être utilisé de manière routinière et peut être utile pour une analyse comparative.

Informations pratiques

- Le soignant/professionnel remplit cet instrument. Le fait de remplir dure moins de 5 minutes. Pour remplir ce questionnaire, une consultation du dossier de l'utilisateur et/ou une courte interview avec l'utilisateur est exigée.
- Une version en français de cet instrument a déjà été développée pour une étude de l'UCL, un partenaire impliqué dans cette recherche. Une version en néerlandais a été développée pour cette recherche via une retraduction.

Pour plus d'informations

- Priebe, S., Watzke, S., Hansson, L., Burns, T. (2008). Objective social outcomes index (SIX): a method to summarize objective indicators of social outcomes in mental health care. Acta Psychiatrica

Scandinavica, 118 (1), pp. 57–63. Consulté le 26 mai 2011:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2008.01217.x/full>

2 Enquête auprès des usagers 'prioritaires'

Pour cette enquête, nous aspirons à une collecte de données autant quantitative que qualitative.

L'enquête quantitative des usagers qui ont été évalués par un projet comme 'prioritaires pour l'article 107 (dans ce cas suivis par un réseau de soins)' comprend les domaines suivants : une série de données sociodémographiques sur l'utilisateur, le degré de rétablissement de l'utilisateur, le vécu par rapport aux soins (c'est-à-dire l'utilisation des soins/réseaux, la continuité des soins et la satisfaction des usagers concernant les soins reçus) et la qualité de vie de l'utilisateur.

Le coordinateur de réseau de chaque projet sélectionne les usagers qu'il évalue comme 'prioritaires pour l'article 107' auprès desquels un suivi par un réseau de soins est requis. Il peut naturellement recevoir du soutien des soignants/professionnels qui ont souvent un meilleur aperçu de la situation spécifique de l'utilisateur. Le coordinateur de réseau fait une sélection d'utilisateurs dont une série de données a été remplie par les soignants/professionnels (voir ci-dessus dans les domaines d'évaluation 'données cliniques' et 'inclusion sociale'). Les soignants/professionnels indiquent ici également s'ils jugent l'utilisateur comme prioritaire pour l'article 107.

L'enquête auprès des 'utilisateurs prioritaires' fait principalement usage d'instruments existants, à savoir la 'Nederlandse Empowerment Lijst' et le 'HOOP' (cf. domaine d'évaluation 'degré de rétablissement de l'utilisateur'), 'Manchester Short Assessment of Quality of Life' et 'SF36' (cf. domaine d'évaluation 'qualité de vie chez l'utilisateur') et 'l'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health' (cf. domaine d'évaluation 'continuité des soins'). Une explication plus détaillée des instruments existants suit ci-dessous.

Pour les données sociodémographiques et l'utilisation des soins de l'utilisateur uniquement, un questionnaire a été créé, sur base d'autres études. Les données sociodémographiques contiennent des questions sur l'ethnicité, le niveau de formation, l'emploi et les revenus (Shaw, 2007⁴) et se basent également sur des questions qui sont posées dans l'enquête de santé (ISP, 2008⁵) et des conditions de vie (Eurostat, 2008⁶). Les questions sur la nationalité proviennent du 'Belgian National Survey Immigrant Minorities'. Pour l'utilisation de soins des usagers, 5 questions sont posées sur base du 'Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European' (CSSRI-EU)⁷. C'est le seul questionnaire que le soignant/aidant remplira. L'utilisateur remplira tous les autres instruments de cette partie (avec du support, si nécessaire – voir ci-dessous).

A côté de cela, il y a une enquête qualitative auprès d'utilisateurs pour examiner le degré d'orientation des soins orientés vers le rétablissement (cf. domaine d'évaluation 'des soins et compétences professionnelles orientés vers le rétablissement'). Pour cela, nous utilisons le guide d'entretien existant qui a été élaboré dans le 'Recovery Oriented Practices Index' (ROPI) et qui est détaillé ci-dessous.

⁴ Shaw M, Galobardes B, Lawlor D, Lynch J, Wheeler B, Davey Smith G. The handbook of inequality and socioeconomic position. Bristol: Policy, 2007.

⁵ ISP et INS, Enquête de santé par interview, Belgique 2008.

⁶ Eurostat, Enquête sur le revenu, l'inclusion sociale et les conditions de vie, Bruxelles 2008.

⁷ Chisholm, D., Knapp, M.R.J., Knudsen, H.C., Amaddeo, F., Gaite, L., van Wijngaarden, B., & Epsilon Study Group (2000). Patient Socio-Demographic and Service Receipt Inventory: development of an instrument for international research. Epsilon Study 5. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 28-33.

2.1 Domaine d'évaluation: degré de rétablissement de l'utilisateur

2.1.1 'Nederlandse Empowerment Lijst'

Empowerment signifie qu'on découvre ou redécouvre sa propre force et qu'on apprend à utiliser cette force de manière effective. Les différentes facettes de l'empowerment sont explorées par 56 personnes qui ont été confrontées dans leur vie à des souffrances psychiques persistantes. Le questionnaire 'Nederlandse Empowerment Lijst' (NEL) a été développé sur base de leurs connaissances et de leurs propos (Boevink, 2008).

Le questionnaire NEL comprend 40 affirmations avec lesquelles on peut être d'accord ou non. Il y a 6 dimensions: aide professionnelle, soutien social, sentiment de compétence, y appartenir, l'auto-gestion et une communauté impliquée.

Le questionnaire NEL connaît une bonne fiabilité (coefficient alpha de Cronbach = 0,93). En remplissant l'instrument NEL de manière répétitive, on peut constater dans quelle mesure les personnes qui remplissent la liste, grandissent dans leur force. Le questionnaire NEL est moins solide pour évaluer l'offre d'aide et la mesure dans laquelle celle-ci a un effet qui 'empower' les usagers (validité discriminative moins convaincante). Au niveau de l'échelle, 'y appartenir' apporte une différence significative entre d'une part des pratiques de réhabilitation et des projets dirigés par les usagers, et d'autre part des soins de santé mentale réguliers.

Informations pratiques

- L'utilisateur remplit l'instrument 'Nederlandse Empowerment Lijst' lui-même (stylo et papier). L'utilisateur peut demander du soutien quand il remplit le questionnaire, ou bien d'un soignant/professionnel, ou bien d'un chercheur (en fonction de la situation).
- Remplir cet instrument dure entre 20 et 30 minutes.
- LUCAS a déjà développé une version en français de ce questionnaire lors d'un autre projet (dans ce cas les possibilités de participation dans les projets thérapeutiques). Cette traduction a été affinée pour ce projet via une retraduction.

Pour plus d'informations

- Boevink W, Kroon H, Giesen F. De Nederlandse Empowerment Vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut 2008.

2.1.2 'HOOP'

L'espoir est un des éléments essentiels pour le rétablissement des personnes avec de graves problèmes psychiques.

Le 'Herth Hope Index' (HHI) mesure le grade d'espoir, il est constitué de 12 affirmations. La cotation se passe à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points (de 'pas du tout d'accord' à 'tout à fait d'accord'). Le questionnaire se compose de 3 facteurs, c'est à dire 'temporality and future', 'positive readiness and expectancy', et 'interconnectedness with self and others'. Chaque facteur est composé de 4 items. Le questionnaire se focalise sur les composantes relationnelles et individuelles, c'est-à-dire l'engagement envers les autres, la recherche de sens, la force intérieure et l'estime de soi. Le HHI ne comprend aucune question sur les buts présumés ou les trajets présumés pour atteindre ces buts.

Les résultats du HHI peuvent être considérés comme un indicateur de la mesure dans laquelle le processus de rétablissement individuel s'est déroulé. Pour mesurer dans quelle mesure des changements ont eu lieu dans le processus de rétablissement individuel des usagers, le questionnaire doit être rempli à différents moments. Le questionnaire connaît une bonne fiabilité, dans ce cas un coefficient alpha de Cronbach de 0.97 avec une fiabilité du test-retest (2 semaines) de 0.91.

Le HOOP est une traduction en néerlandais du Herth Hope Index. L'instrument dans son ensemble a des bonnes caractéristiques psychométriques. Il est conseillé d'utiliser l'instrument dans son ensemble et pas des sous-échelles du HOOP. Le HOOP est également approprié pour les recherches sur le processus de rétablissement chez les personnes avec de graves problèmes psychiques. L'instrument a une plus-value aussi bien au point de vue de la recherche que clinique.

Informations pratiques

- L'utilisateur remplit le HOOP lui-même (stylo et papier). L'utilisateur peut demander du soutien quand il remplit le questionnaire, ou bien d'un soignant/professionnel, ou bien d'un chercheur (en fonction de la situation).
- Remplir cet instrument dure 10 minutes.
- La traduction en néerlandais est disponible, après contact avec les auteurs. Une version en français du HOOP est prévue pour cette étude, à l'aide d'une retraduction.

Pour plus d'informations

- Hearn, K (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251 – 1259.
- Schrank, B., Stanghellini, G. & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 421-433.
- van Gestel-Timmermans H., van den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K., & van Nieuwenhuizen, Ch., (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74.

2.2 Domaine d'évaluation: satisfaction des usagers concernant les soins reçus

2.2.1 Aperçu des soins

'Visie op zorg' (Aperçu des soins) est la version en néerlandais d'une enquête élaborée par Shepherd, Murray & Muijen (1994). Dans ce questionnaire l'importance de 11 éléments clés des soins est demandée aux usagers, aux familles/proches et aux soignants/professionnels. Ces éléments clés ressortaient de recherches comme importants pour la prévention d'une rechute des usagers schizophrènes. Les moments clés des soins sont : 1) la continuité et le coordination des soins, 2) l'information à l'utilisateur et à sa famille, 3) l'accompagnement et le sens donné, 4) une résidence permanente et de l'aide pour les tâches ménagères, 5) des moyens financiers, 6) des activités journalières significatives, 7) le soutien social à domicile, 8) le soutien dans les contacts sociaux, 9) le traitement des symptômes, 10) le suivi du changement des symptômes et planning d'intervention de crise, 11) la prévention de la santé physique. L'aperçu du soin est constitué de trois versions, c'est-à-dire pour l'utilisateur, la famille et le soignant/professionnel. Des différences entre ces versions donnent une indication du degré de discordance.

La version en néerlandais a été un peu adaptée, la dimension de 'divergence' y a été ajoutée. La divergence est la différence entre le degré d'importance et le degré de réalisation dans une perspective. La divergence a des conséquences négatives sur la relation thérapeutique et sur l'accomplissement du processus thérapeutique. Un degré de divergence bas et un degré de discordance bas concernant les 11 éléments clés du questionnaire ont un effet positif sur le fonctionnement psychologique et social des usagers.

Le questionnaire en néerlandais est constitué de 28 items et 4 échelles, c'est-à-dire : 1) le soutien dans les relations sociales et aide pratique, 2) le traitement et le suivi de l'évolution de la maladie, 3) l'information et la compréhension, 4) la coordination et la continuité des soins. Pour chaque item, le degré de réalisation et le degré d'importance sont demandés à l'aide d'une échelle à 5 points (de 'jamais' à 'toujours' et de 'pas important' à 'très important'). L'aperçu des soins a été sélectionné par l'Association Flamande de la Santé Mentale comme instrument qui satisfait à deux critères essentiels, c'est-à-dire l'utilité pratique et l'évidence scientifique.

Informations pratiques

- Dans cette étude, seule la perspective de l'utilisateur est demandée. L'utilisateur remplit l'aperçu des soins lui-même (stylo et papier), mais peut demander du soutien si c'est nécessaire. Ce soutien peut être apporté par un soignant/professionnel, ou bien par un chercheur (en fonction de la situation).
- Remplir l'aperçu des soins dure 15 minutes.
- L'aperçu des soins est un questionnaire en néerlandais, à obtenir via LUCAS. Une version en français a été prévue durant une étude de LUCAS, à savoir l'évaluation des projets pilotes de soins psychiatriques à domicile. Cette traduction a été affinée pour cette étude.

Pour plus d'informations

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Shepherd, G., Murray, A., & Muijen, M. (1994). Relative values. The differing views of users, family carers and professionals on services for people with schizophrenia in the community. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Van Humbeeck, G., van Audenhove, Ch., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H. (1999). De vragenlijst 'visie op zorg': een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek – Wijzer*, 1, 13-25.
- Van Audenhove, Ch., Van Humbeeck, G., Spruytte, N., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H. (2001). The Care Perception Questionnaire: An instrument for the assessment of the perspective of patients, family members, and professionals on psychiatric rehabilitation. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 120-129.

2.3 Domaine d'évaluation: la qualité de vie

2.3.1 'Manchester Short Assessment of Quality of Life'

Le 'Manchester Short Assessment of Quality of Life' (MANSA) est basé sur le 'Lancashire quality of life profile', un instrument fréquemment utilisé pour les recherches en Europe (ex. étude Epsilon). Le MANSA est plus facile à utiliser que le 'Lancashire quality of life profile', dont le fait de remplir dure entre 30 minutes et une heure, et qui est composé de 105 items.

Le MANSA comprend 12 questions subjectives sur la satisfaction par rapport à la vie en général, mais aussi par rapport à différents domaines de vie. La satisfaction est évaluée sur base d'une échelle de Likert de 7 points (de 'ne peut pas être pire' à 'ne peut pas être mieux'). Il existe deux versions du MANSA qui sont toutes les deux remplies par l'utilisateur, c'est-à-dire une version questionnaire et une version interview.

Le coefficient alpha de Cronbach de la version anglophone d'origine est de 0.74. La version en néerlandais du MANSA a une fiabilité interne de 0.73 pour les étudiants, de 0.78 pour les personnes âgées avec de graves problèmes psychiques et 0.85 pour des personnes avec des graves problèmes psychiques qui sont en traitement (dépendance à l'égard des soins à long terme).

Le MANSA est de plus en plus utilisé comme court screening de la qualité de vie. La santé mentale aux Pays-Bas a recommandé cet instrument comme 'l'instrument' pour mesurer la qualité de vie. Le MANSA a également été sélectionné par l'Association Flamande de la Santé Mentale comme instrument qui satisfait aux deux critères essentiels, c'est-à-dire l'utilité pratique et l'évidence scientifique.

Informations pratiques

- Dans cette étude, nous utilisons la version questionnaire. L'utilisateur remplit le MANSA lui-même (stylo et papier), mais peut demander du soutien si c'est nécessaire. Ce soutien peut être apporté par un soignant/professionnel, ou bien par un chercheur (en fonction de la situation).
- Remplir le MANSA dure 10 minutes.
- Une traduction en néerlandais validée est utilisée pour cette étude (© Ch. van Nieuwenhuizen, A.H. Schene, & M.W.J. Koeter, 2000). Une version en français du questionnaire a été prévue pour cette étude, via une retraduction.

Pour plus d'informations

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal Social Psychiatry*, 45, 7–12.
- van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E.P.M., van Assen, M.A.L.M., van Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a Peer-Run Course on Recovery From Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 63 (1).

2.3.2 SF 36

Le SF-36 est un instrument générique pour mesurer la qualité de vie. Cet instrument est souvent utilisé dans les études scientifiques, entre autres dans la 'Medical Outcomes Study'. Ce questionnaire mesure huit aspects généraux de la santé de l'individu, comme son fonctionnement physique et social, sa santé mentale, etc. Le questionnaire est constitué de 11 échelles. Les possibilités de réponse sont dichotomiques (oui/non) ou ordinales (échelle de Likert en 5 points). Chaque item correspond à un certain aspect auquel une cotation est attribuée. La cotation totale varie de 0 à 100.

Informations pratiques

- Dans cette étude, nous avons choisi de faire remplir le questionnaire par l'utilisateur. Cet instrument peut aussi être rempli par un soignant/professionnel en conversation avec l'utilisateur. Si l'utilisateur le remplit, il peut demander du soutien si nécessaire. Ce soutien est apporté par un soignant/professionnel ou un chercheur, en fonction de la situation.
- Remplir dure environ 15 minutes.
- Une version en français et en néerlandais validée sera utilisée pour cette étude.

Pour plus d'informations

- Aaronson, N.K., Muller, M., Cohen, P.D.A., Essink-Bot, M-L., Fekkes, M., Sanderman, R., Sprangers, M.A.G.S., te Velde, A., Verrips, E. (1998). Translation, Validation, and Norming of the Dutch Language Version of the SF-36 Health Survey in Community and Chronic Disease Populations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11), 1055–1068.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T.V. (1998). The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11), 1013–1023.
- Ware, J.E. & Kosinski, M.: Interpreting SF-36 Summary Health Measures: a response. (<http://www.sf-36.org/news/qolrsupplement.pdf>)

2.4 Domaine d'évaluation: la continuité des soins

2.4.1 'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health'

L'instrument 'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health' (ACSS-MH) a été élaboré sur base d'une étude de la littérature concernant la continuité des soins.

Le questionnaire peut être divisé en trois sous-échelles, 'system fragmentation' (l'expérience de la discontinuité entre les services), 'relationship base' (l'expérience de l'importance d'une relation consistante ou d'une alliance thérapeutique avec un soignant/professionnel ou une équipe de traitement) et enfin 'responsive treatment' (l'expérience de l'utilisateur que les services spécifiques sont adaptés à ses besoins). Le questionnaire comprend 43 items qui peuvent être cotés à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points, de 'pas du tout d'accord' à 'tout à fait d'accord'.

Informations pratiques

- L'Alberta (ACSS-MH) peut être rempli par l'utilisateur. Si l'utilisateur le remplit, il peut demander du soutien si nécessaire. Ce soutien est apporté par un soignant/professionnel ou un chercheur, en fonction de la situation.
- Remplir ce questionnaire dure 20 minutes.
- Une version en français validée de ce questionnaire est disponible. Une version en néerlandais de ce questionnaire a été conçue par le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé, dans le cadre de l'étude 'projets thérapeutiques' (2007-2012). La traduction a été affinée pour ce projet via une retraduction.

Pour plus d'informations

- Adair, C.E. et al. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric services*, 56 (9), 1061-1069.
- The Canadian Health Services Research Foundation, Adair et al. 2004 (http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/adair_e.pdf)

2.5 Domaine d'évaluation: des soins orientés vers le rétablissement

2.5.1 'Recovery Oriented Practices Index'

Le 'Recovery Oriented Practices Index' (ROPI) est un guide d'entretien, constitué de 8 items et mesurant :

- La mesure dans laquelle les besoins de base sont rencontrés
- L'étendue de l'offre de soins
- La mesure dans laquelle les usagers sont stimulés à la participation sociale et à l'intégration dans la société
- La mesure dans laquelle on peut parler de participation des usagers et de possibilités de participation
- La mesure dans laquelle les soins sont orientés vers les possibilités et les forces de l'utilisateur
- La mesure dans laquelle on peut parler d'orientation vers l'utilisateur et d'options/alternatives
- La mesure dans laquelle l'utilisateur mène et détermine sa situation (régie)
- La mesure dans laquelle l'accent est mis sur le rétablissement, l'empowerment et l'expertise par l'expérience

Les données sont principalement récoltées via des interviews. Pour avoir une vue globale, aussi bien les usagers que les soignants/professionnels et les managers sont impliqués dans les interviews. De plus, quelques documents, brochures et dossiers sont analysés.

Le ROPI est élaboré afin de définir la mesure dans laquelle une équipe considère le rétablissement comme principe dirigeant dans l'accompagnement et le traitement et la façon avec laquelle cela est rendu visible. Les résultats peuvent offrir un point d'appui pour l'élaboration de plans d'amélioration pour l'implémentation de soins orientés vers le rétablissement. Le fait de remplir le ROPI de manière répétitive permet de suivre le degré de soins orientés vers le rétablissement. Le ROPI ne mesure donc pas les résultats au niveau des usagers, et n'est pas approprié pour soutenir le processus de rétablissement individuel des usagers.

Le ROPI a été élaboré par le New York State Office of Mental Health. Le ROPI a été traduit en 2008 et retravaillé par l'institut Trimbos en collaboration avec le Centre de Santé Mentale Noord Holland. Depuis lors, il y a eu différentes adaptations pour optimiser l'instrument, entre autre sur base des expériences avec l'instrument, après l'avoir testé aux notions les plus importantes de la littérature récente sur le rétablissement et les soins orientés vers le rétablissement et après consultation d'experts sur les items du ROPI. De plus, nous avons ajouté une réunion-débat avec usagers et des variantes du ROPI ont été développées, c'est-à-dire une version pour des habitations protégées et des habitations indépendantes accompagnées et une version pour des équipes mobiles. Le ROPI était initialement uniquement élaboré pour les institutions résidentielles. Un certain nombre des changements (comme plus d'accent sur la participation sociale et l'adaptation de la description des critères et des possibilités de cotation dans la version revue de 2009) ont déjà été mis à l'épreuve par 24 équipes dans les soins de santé mentale chronique.

Informations pratiques

- L'enquête auprès des usagers est constituée d'une réunion-débat avec usagers. En fonction de la situation, il est également possible d'organiser des interviews individuelles. La durée de la réunion-débat est de 2 fois 60 minutes.
- Le Recovery Oriented Practices Index est disponible, mais le suivi d'une formation officielle auprès de l'Institut Trimbos est requis pour utiliser le ROPI. Une chercheuse de LUCAS a suivi une telle formation.
- Une version en néerlandais est déjà prévue par l'Institut Trimbos. Un guide d'entretien en français a été élaboré pour cette étude.

Pour plus d'informations

- Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005). Recovery Oriented Practices Index (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.
- Trimbos instituut Nederland

3 Enquête auprès d'un échantillon de familles/proches en tant qu'aidants-proches

Dans le cadre de cette étude, nous récoltons une série de données auprès d'un échantillon de familles/proches en tant qu'aidants-proches. Nous aspirons à une collecte de données autant quantitative que qualitative.

La partie quantitative comprend une série de données de l'utilisateur et du membre de la famille, de l'information sur le soutien que les familles/proches reçoivent, et l'intensité de l'accompagnement due aux soins à porter pour une personne en situation de souffrance psychique.

Pour les données de l'utilisateur et du membre de la famille, nous nous sommes basés sur différentes enquêtes ayant déjà eu lieu dans d'autres recherches. Ces données contiennent une série de données sociodémographiques du membre de la famille, la mesure dans laquelle le membre de la famille reçoit personnellement du soutien dû aux soins à apporter à l'utilisateur et enfin des informations supplémentaires sur la situation de l'utilisateur.

Pour les domaines d'évaluation 'le soutien aux familles/proches' et 'l'intensité de l'accompagnement', nous utilisons deux instruments existants, c'est-à-dire le thermomètre pour la santé mentale et le 'Zarit Burden Interview'. Ceux-ci sont expliqués plus amplement ci-dessous.

Pour la partie qualitative, il est possible que des focus groups soient organisés pour approfondir les domaines d'évaluation.

3.1 Domaine d'évaluation: soutien aux familles/proches en tant qu'aidants-proches

3.1.1 Thermomètre de santé mentale

Aux Pays-Bas, le thermomètre est l'instrument le plus utilisé pour déterminer l'appréciation des usagers concernant les soins reçus. Différentes versions de cet instrument sont disponibles. Pour cette étude, nous n'utilisons que la partie B du thermomètre de santé mentale, élaboré pour les familles/proches. Cette partie est constituée de 12 items (échelle de réponse : oui / non) qui posent des questions sur l'implication de la famille dans les soins, sur le soignant/professionnel, sur le résultat de l'accompagnement propre et un rapport d'évaluation sur le soutien reçu. Enfin, il y a 2 questions ouvertes où la famille peut encore exprimer des suggestions d'amélioration ou des remarques.

Le thermomètre a également été sélectionné par l'Association Flamande de la Santé Mentale comme instrument satisfaisant aux 2 critères essentiels, c'est-à-dire l'utilité pratique et l'évidence scientifique.

Informations pratiques

- Les familles/proches remplissent le thermomètre de santé mentale eux-mêmes. Ils peuvent le faire de manière électronique ou par stylo et papier, en fonction de la préférence de la famille. Si nécessaire, les familles/proches peuvent demander du soutien d'un soignant/professionnel ou d'un chercheur pour remplir le questionnaire.
- Remplir ce questionnaire dure environ 5 minutes.
- La version en néerlandais est accessible via l'Institut Trimbos aux Pays-Bas. Une version en français du questionnaire a été élaborée pour cette étude, via une retraduction.

Pour plus d'informations

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Trimbos Instituut Nederland

3.2 Domaine d'évaluation: l'intensité de l'accompagnement pour les familles/proches

3.2.1 'Zarit Burden Interview'

Le questionnaire '(Zarit) Burden Interview' est la première échelle et l'une des plus utilisées dans la recherche concernant l'intensité de l'accompagnement pour les aides-soignants (souvent décrite dans la littérature comme 'caregiver burden').

Le questionnaire a été élaboré pour mesurer l'intensité de l'accompagnement chez les aidants-proches d'adultes avec démence. Les items ont été formulés sur base d'expériences cliniques avec des soignants et de la recherche effectuée dans ce cadre. L'instrument est principalement appliqué auprès de personnes âgées, mais la recherche montre qu'il n'y a pas de relation avec le sexe, l'âge, la situation de vie/professionnelle, etc. La 'Zarit Burden Interview' peut donc être utilisée pour un public divers.

Le questionnaire d'origine est composé de 29 items, mais la version de 22 items est plus souvent utilisée. Des versions écourtées ont été développées entre temps, qui sont constituées de 18 et 12 items. Pour cette recherche, nous utilisons la version constituée de 22 items et une échelle de Likert en 5 points (de 'jamais' à 'presque toujours présent'). Ce choix a été fait en raison de la disponibilité d'une traduction validée en néerlandais et en français (voir informations pratiques). Les items sont dirigés vers les sentiments négatifs des aides-soignants par rapport à la situation.

Le questionnaire comprend deux facteurs, 'personal strain' et 'role strain'. L'instrument est fiable et valide. Le 'Zarit Burden Interview' a une fiabilité interne de 0.83 et 0.89 et une fiabilité du test-retest de 0.71 (coefficient alpha de Cronbach). Le questionnaire comprend différents domaines qui sont pertinents dans ce contexte, c'est-à-dire la santé, les finances, la vie sociale et les relations interpersonnelles.

Informations pratiques

- Les familles/proches remplissent le Zarit Burden Interview. Ils peuvent remplir ce questionnaire de manière électronique ou avec papier et stylo, en fonction de la préférence de la famille. Si nécessaire, les familles/proches peuvent demander le soutien d'un soignant/professionnel ou d'un chercheur pour compléter le questionnaire.
- Remplir ce questionnaire dure entre 10 et 15 minutes.
- La Zarit Burden Interview ne peut être utilisée qu'après avoir contacté Mapi Research Trust. Il faut normalement payer pour cet instrument. Pour l'étude de faisabilité, nous pouvons disposer gratuitement de cet instrument.
- Il y a des traductions disponibles autant en français qu'en néerlandais via Mapi Research Trust. Il faut payer pour celles-ci, mais pour l'étude de faisabilité, ce n'est pas requis.

Pour plus d'informations

- Hébert, R., Bravo, G., & Prévile, M. (2000). Reliability, validity, and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging*, 19, 494-507.
- Mapi Research Trust
- Zarit S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20 (6), 649-55.

4 Enquête auprès d'un échantillon de soignants/professionnels

Dans le cadre de cette étude, nous collectons une série de données auprès d'un échantillon de soignants/professionnels. Nous aspirons à une collecte de données autant quantitative que qualitative.

La collecte de données quantitatives comprend une série de données sociodémographiques et professionnelles du soignant/professionnel, la satisfaction au travail et le bien-être.

Pour cela, nous utilisons principalement des questionnaires existants, c'est-à-dire la 'Job Satisfaction Scale' et la 'Utrechtse Burn-out Schaal' (cf. domaine d'évaluation 'la satisfaction des soignants/professionnels par rapport à leur travail'). Pour les données sociodémographiques et professionnelles, nous nous sommes basés sur différentes enquêtes qui ont déjà pris places dans d'autres recherches. Ces données comprennent des données sociodémographiques et professionnelles.

Pour l'enquête qualitative, nous utilisons un guide d'entretien existant qui a été élaboré dans le Recovery Oriented Practices Index (ROPI). Cette interview permet de voir dans quelle mesure les soins offerts dans une certaine équipe sont portés sur le rétablissement (cf. le domaine d'évaluation 'des soins orientés vers le rétablissement').

Ci-dessous suivent plus d'informations sur les instruments existants que nous voulons utiliser pour la collecte de données quantitative et qualitative.

4.1 Domaine d'évaluation: des soins et des compétences professionnelles orientés vers le rétablissement

4.1.1 'Recovery Oriented Practices Index'

Le 'Recovery Oriented Practices Index' (ROPI) est un guide d'entretien, constitué de 8 items et mesurant :

- La mesure dans laquelle les besoins de base sont rencontrés
- L'étendue de l'offre de soins
- La mesure dans laquelle les usagers sont stimulés à la participation sociale et à l'intégration dans la société
- La mesure dans laquelle on peut parler de participation des usagers et de possibilités de participation
- La mesure dans laquelle les soins sont orientés vers les possibilités et les forces de l'utilisateur
- La mesure dans laquelle on peut parler d'orientation vers l'utilisateur et d'options/alternatives
- La mesure dans laquelle l'utilisateur mène et détermine sa situation (régie)
- La mesure dans laquelle l'accent est mis sur le rétablissement, l'empowerment et l'expertise par l'expérience

Les données sont principalement récoltées via des interviews. Pour avoir une vue globale, aussi bien les usagers que les soignants/professionnels et les managers sont impliqués dans les interviews. De plus, quelques documents, brochures et dossiers sont analysés.

Le ROPI est élaboré pour définir la mesure dans laquelle une équipe considère le rétablissement comme principe dirigeant dans l'accompagnement et le traitement et la façon avec laquelle cela est rendu visible. Les résultats peuvent offrir un point d'appui pour l'élaboration de plans d'amélioration pour implémenter des soins orientés vers le rétablissement. Le fait de remplir le ROPI de manière répétitive permet de

suivre le degré de soins orientés vers le rétablissement. Le ROPI ne mesure donc pas les résultats au niveau des usagers, et n'est pas approprié pour soutenir le processus de rétablissement individuel des usagers.

Le ROPI a été élaboré par le New York State Office of Mental Health. Le ROPI a été traduit en 2008 et retravaillé par l'institut Trimbos en collaboration avec le Centre de Santé Mentale Noord Holland. Depuis lors, il y a eu différentes adaptations pour optimiser l'instrument, entre autre sur base des expériences avec l'instrument, après l'avoir testé aux notions les plus importantes de la littérature récente sur le rétablissement et les soins orientés vers le rétablissement et après consultation d'experts sur les items du ROPI. De plus, les questions sont formulées pour une réunion-débat avec usagers et des variantes du ROPI ont été développées, c'est-à-dire une version pour des habitations protégées, des habitations indépendantes accompagnées et une version pour des équipes mobiles. Le ROPI était initialement uniquement élaboré pour les institutions résidentielles. Un certain nombre des changements (comme plus d'accent sur la participation sociale et l'adaptation de la description des critères et des possibilités de cotation dans la version revue de 2009) ont déjà été mis à l'épreuve par 24 équipes dans les soins de santé mentale chronique.

Informations pratiques

- Le ROPI est composé de trois interviews de groupe dans lesquelles les participants varient, c'est-à-dire les accompagnateurs, les personnes qui donnent un traitement et les managers. En habitation protégée et en habitation indépendante accompagnée, le ROPI est composé de deux interviews de groupe, c'est-à-dire les accompagnateurs et les managers. La durée par interview est d'environ 60 minutes.
- Le ROPI comprend également une analyse de documents (entre autres des brochures, des plans d'accompagnement) pour mieux comprendre le travail et la philosophie d'une certaine équipe. Si possible, c'est une plus-value si le chercheur peut assister à une réunion ou peut accompagner dans le travail.
- Le Recovery Oriented Practices Index est disponible, mais le suivi d'une formation officielle à l'Institut Trimbos est requis pour l'utilisation du ROPI. Une chercheuse de LUCAS a suivi une telle formation.
- Une version en néerlandais a déjà été prévue par l'Institut Trimbos. Un guide d'entretien en français a été élaboré pour cette étude.

Pour plus d'informations

- Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005). Recovery Oriented Practices Index (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.
- Trimbos instituut Nederland

4.2 Domaine d'évaluation: satisfaction au travail

4.2.1 'Job Satisfaction Scale'

L'instrument 'Job Satisfaction Scale' est élaboré et validé dans différentes études entre 1980 et 1991 dans lesquelles 600 soignants/professionnels ont été interrogés. La fiabilité variait entre .93 et .91. Des résultats plus bas sont relatés avec des mesures de dépression, burn-out et d'intention de quitter le travail. L'instrument 'Job Satisfaction Scale' est une échelle valide pour l'utilisation dans le contexte de la prestation de services personnels.

C'est un questionnaire court (16 items) qui se penche sur les aspects de la satisfaction au travail les plus importants et pertinents. Le questionnaire est composé de 3 échelles: la satisfaction intrinsèque, la satisfaction du point de vue de l'organisation, et la satisfaction par rapport au salaire et aux promotions. Les soignants/aidants peuvent évaluer les affirmations sur base d'une échelle de Likert en 11 points, de 'pas du tout satisfait' à 'très satisfait'. Une version plus récente utilise une échelle de Likert en 7 points. Pour cette étude, nous utilisons l'échelle de réponses d'origine.

Informations pratiques

- Le soignant/professionnel peut remplir le questionnaire de manière électronique ou par stylo et papier, en fonction de ses préférences.
- Remplir ce questionnaire dure environ 5 à 10 minutes.
- On a seulement retrouvé une version anglaise de ce questionnaire. Une version en néerlandais et en français ont été prévues pour cette recherche, via une retraduction.

Pour plus d'informations

- Koeske, G.F., Kirk, S. A., Koeske, R. D., & Rautkis, M. B. (1994). Measuring the Monday blues: Validation of a job satisfaction scale for the human services. *Social Work Research*, 18(1), 27-35.

4.2.2 'Utrechtse Burn-out Schaal'

L'instrument 'Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS)' est une traduction en néerlandais du 'Maslach Burnout Inventory' et mesure le bien-être au travail (mieux connu comme 'burn-out').

L'UBOS est universellement accepté comme standard pour mesurer le burn-out. Le questionnaire couvre trois composantes du burn-out : l'épuisement (émotionnel), la distance mentale et la compétence. Les sous-échelles de l'instrument UBOS sont consistantes du point de vue interne, relativement stables dans le temps et disposent d'une bonne validité factorielle. L'UBOS est également sensible aux changements.

Il en existe trois versions : UBOS-C pour les métiers de contact (20 items), UBOS-L pour les professeurs (22 items) et UBOS-A pour l'usage général (15 items). Les alternatives de réponse (échelle de Likert en 7 points) varient de 'jamais' à 'toujours (au quotidien)'.

Informations pratiques

- Pour cette étude, nous utilisons l'UBOS-C pour les métiers de contact, à cause des contacts des soignants/professionnels avec les usagers. Les soignants/professionnels peuvent remplir le questionnaire de manière électronique ou par stylo et papier, en fonction de leurs préférences.
- Remplir dure environ 10 minutes.
- L'UBOS en néerlandais ne peut être utilisé qu'après avoir pris contact avec Pearson Assessment and Informations B.V. (Amsterdam) et après paiement de l'instrument. Pour cette recherche, les 100 premiers questionnaires sont gratuits durant l'étude de faisabilité.
- La version en néerlandais est disponible via Pearson Assessment and Informations B.V. (Amsterdam). Une version du questionnaire en français a été prévue pour cette étude, via une retraduction.

Pour plus d'informations:

- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (2000). Utrechtse Burnout Schaal (UBOS): handleiding. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582.

Résumé

Un suivi scientifique des projets de la réforme 'vers de meilleurs soins de santé mentale' permet de voir si la réforme des soins de santé mentale en Belgique répond suffisamment aux attentes et si la qualité des soins de santé mentale est en effet améliorée.

Trois équipes scientifiques sont impliquées dans ce développement social pertinent : LUCAS KU Leuven, UCL-IRSS et VUB-MESO. Ce document offre un aperçu des instruments qui seront utilisés pour l'enquête auprès des usagers, des familles/proches en tant qu'aidants-proches et des soignants/professionnels. Seule la troisième partie de cette recherche est abordée ici.

La récolte de données pour cette partie de la recherche peut être subdivisée en quatre grandes parties : l'enquête sur la patientèle des projets 107, l'enquête des usagers prioritaires, l'enquête auprès des soignants/professionnels et l'enquête auprès des familles/proches. Ci-dessous suit une courte explication de chacune de ces enquêtes :

1. L'enquête sur la patientèle des projets 107 se déroule en ligne auprès des soignants/professionnels. Après d'un grand groupe d'usagers, on va collecter des données sociodémographiques, le degré de soutien informel, la situation clinique et l'inclusion sociale des usagers.
2. L'enquête des usagers se déroule auprès de 15 usagers qui sont prioritaires dans un projet de l'article 107 où un suivi par un réseau de soins est requis. Pour la partie quantitative, ces usagers remplissent un questionnaire qui comprend les différents thèmes, c'est-à-dire la mesure d'empowerment et de l'espoir, leurs expériences avec les soins reçus (dans ce cas la satisfaction et la continuité) et la qualité de vie. En plus, le professionnel/aidant remplit un questionnaire concernant l'utilisation des soins de l'utilisateur. Pour la partie qualitative, des interviews/focus groups sont organisés pour avoir un meilleur aperçu des expériences des usagers en ce qui concerne l'orientation vers le rétablissement dans un(e) certain(e) équipe/service.
3. L'enquête auprès d'un échantillon de familles/proches en tant qu'aidants-proches est de préférence aussi bien quantitative que qualitative. Une série de données personnelles sont récoltées à l'aide d'un questionnaire, ainsi que le degré de soutien et l'intensité d'accompagnement pour la famille en tant qu'aidants-proches. Pour la partie qualitative, des focus groups peuvent être organisés pour aller plus loin sur certains aspects.
4. L'enquête auprès d'un échantillon de soignants/professionnels comprend deux parties. L'enquête quantitative se penche sur le bien-être et la satisfaction au travail, à côté d'une série de données personnelles. Pour la partie qualitative, des interviews/focus groups sont organisés pour avoir un meilleur aperçu de la manière avec laquelle un(e) équipe/service est convaincu(e) d'une vision vers le rétablissement et agit dans cet objectif.

L'enquête exposée dans ce document est complémentaire à la récolte de données que l'UCL-IRSS et la VUB-MESO effectuent afin d'avoir un meilleur aperçu de la délimitation géographique, de la composition du réseau et des liens de collaboration en fonction de l'utilisateur.