

## Réadaptation Psychiatrique en Milieu Francophone : Pratiques Actuelles, Défis Futurs

Raymond Tempier, MD, MSc, FRCPC<sup>1</sup>, Jérôme Favrod, RN, CNS<sup>2</sup>

Cet essai vise à faire le point sur les pratiques actuelles de la réadaptation psychiatrique dans le monde francophone et à discuter des développements futurs.

Il présente des exemples de politiques et de pratiques au Québec et en Europe francophone. Il discute du rôle et de l'implication des professionnels, notamment des psychiatres et des infirmiers. L'article présente ensuite différentes stratégies et techniques de réadaptation utilisées dans le monde francophone comme la gestion de cas, l'entraînement aux habiletés sociales, les thérapies cognitives des symptômes psychotiques, les interventions familiales et le retour au travail.

En conclusion, les auteurs invitent les psychiatres à jouer un rôle plus actif dans la réadaptation. Ils recommandent la mise sur pied de petites unités spécialisées proches des besoins des clients, et proposent d'intégrer les interventions sociales et médicales plutôt que de les opposer.

(Can J Psychiatry 2002;47:621–627)

Consultez la page 627 pour l'affiliation des auteurs

### Implications cliniques

- Renouveler l'engagement des psychiatres dans la réadaptation psychiatrique.
- Reconnaître les efforts d'organismes non gouvernementaux à promouvoir la réadaptation.
- Tenir compte, dans le développement des approches de réadaptation, des ressources restreintes pour les besoins des patients.

### Limitations

- Exemples sélectionnés en milieu francophone pour illustrer le propos de cet essai.
- Il ne s'agit pas d'une revue systématique de la documentation francophone.
- Les études et les techniques de réadaptation citées ne sont pas explicitées en détail.

**Mots clés :** *réadaptation, services de santé mentale, politique de santé mentale, entraînement aux habiletés sociales, gestion de cas, techniques cognitivo-comportementales*

La réadaptation psychiatrique est aussi essentielle que la pharmacothérapie pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Elle représente cependant une réalité moins bien délimitée par rapport au traitement des maladies mentales (1) et elle se compose d'un ensemble d'interventions complexes. Dans cet article, nous voulons faire le point sur les différentes politiques, expériences et techniques qui l'ont fait progresser. Quoique la réadaptation psychiatrique soit fortement inspirée du cadre théorique anglo-saxon, nous nous de-

manderons s'il existe des différences de modèles ou de pratiques en milieu francophone. Nous analyserons aussi l'implication des professionnels, notamment des psychiatres dans ce champ de réadaptation. Les exemples que nous présenterons ne reflètent pas l'ensemble des activités de réadaptation, ils visent seulement à illustrer notre propos et à alimenter notre réflexion.

Nous rappellerons d'abord les définitions, principes et politiques servant de cadre de référence à la réadaptation

psychiatrique. Nous évaluerons le rôle des professionnels et des services de réadaptation disponibles, et nous présenterons ensuite des interventions ou techniques marquantes ou innovatrices présentement élaborées ou en vigueur. Nous mentionnerons des interventions comme la gestion de cas, l'entraînement aux habiletés sociales et les interventions familiales ou des interventions plus nouvelles, comme la thérapie cognitive des psychoses ou le retour au travail compétitif. Enfin, nous discuterons les écueils, défis et perspectives auxquels la réadaptation psychiatrique aura à faire face dans l'avenir.

### Réadaptation psychiatrique, définitions

Bachrach (1) décrit la réadaptation psychiatrique comme étant une approche thérapeutique. Cette approche encourage une personne souffrant de maladie mentale à développer toutes ses capacités grâce à un apprentissage (learning) et à un environnement de soutien. Dans un article clé du *Schizophrenia Bulletin*, Anthony et Liberman (2) expliquent que les cliniciens reconnaissent bien les besoins des patients, mais qu'ils ont plus de difficultés à définir ce qu'est la réadaptation. Selon ces auteurs, la réadaptation devrait améliorer à long terme les capacités nécessaires pour s'adapter, apprendre, travailler, socialiser et vivre de la façon la plus normale possible. Enfin, Sartorius (3) prend en compte l'avis des bénéficiaires et souligne que la réadaptation doit restaurer ou créer une qualité de vie acceptable pour les personnes souffrant de troubles mentaux malgré les invalidités consécutives. La réadaptation psychiatrique constitue donc un ensemble d'interventions thérapeutiques favorisant le potentiel de la personne tout en lui redonnant le pouvoir d'améliorer sa vie.

Le champ de la réadaptation psychiatrique est assez récent, il fait suite à la vague anglo-saxonne de désinstitutionnalisation qui s'est déroulée au pas de charge durant les années 70, ce mouvement étant cependant plus atténué en milieu francophone. Il s'est implanté à partir des hôpitaux psychiatriques, puis du mouvement des ressources communautaires et alternatives de santé mentale, soutenu par les politiques gouvernementales (4). Ce champ s'inscrit bien dans la politique française de secteur, ouverture administrative et thérapeutique à des services psychiatriques publics dans la communauté.

La réadaptation psychiatrique émerge comme un champ théorique cohérent et interdisciplinaire permettant de créer des programmes d'intervention crédibles (5). De nombreuses expériences ont été menées en milieu francophone par des équipes enthousiastes, à l'aide du cadre cognitivo-comportemental.

### Politique de santé mentale et réadaptation, l'exemple du Québec

Depuis que « les fous ont crié au secours » (6), divers rapports et commissions ont favorisé le mouvement de retour dans la communauté des patients hospitalisés en soulignant la nécessité de les aider à s'intégrer. En 1989, une politique de santé mentale s'engage à améliorer le sort des personnes souffrant de maladies mentales (7). Cette politique est centrée sur la primauté de la personne jugée partenaire valable, et ce partenariat s'élargit à la famille et à la communauté. Elle prône l'accessibilité rapide à des ressources diversifiées intégrées à la communauté et mise sur le potentiel de la personne dans son milieu, condition essentielle à son intégration sociale. Elle privilégie la réadaptation qui, selon cette politique, doit être reliée aux autres services de traitement ou d'hospitalisation. Voulant réaliser ce projet, le gouvernement québécois a élaboré ensuite un plan de transformation des services (8), proposant qu'à la fin de 2002, 60 % des dépenses de santé mentale soient affectées à des services dans la communauté. Ce plan réaffirme la priorité des services aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères en soulignant le manque d'intégration de celles-ci. Remarquons en passant que le rôle et la place des psychiatres ne sont pas définis dans ce plan. Les psychiatres seraient-ils écartés de ces problématiques de transformation de services ou s'agit-il d'une séparation voulue entre psychiatrie et réadaptation?

### Pratiques actuelles de réadaptation, la politique en action

Pourtant, certains psychiatres, trop peu vraisemblablement, s'engagent sur le terrain; rappelons l'expérience du Centre hospitalier de Sainte-Thérèse (CHST) à Shawinigan, résumée dans un article au titre percutant : « La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique, une question d'audace et de synergie » (9). Un directeur, voulant appliquer cette politique de santé mentale, a proposé une démarche complète de restructuration de cet hôpital : « tout devait être repensé pour favoriser une véritable intégration des personnes atteintes de troubles graves et persistants dans leur milieu naturel, prévenir les hospitalisations et éviter la transinstitutionnalisation ». Les médecins ont été associés à toutes les étapes de la restructuration, et des sessions intenses de formation et de sensibilisation du personnel ont eu lieu. Cette expérience a abouti mais ses protagonistes ont rencontré, au passage, une résistance des organismes communautaires sous le slogan : « l'hôpital psychiatrique établit son asile en ville ». Pour faciliter l'accès direct aux services, la Régie régionale, organisme coordonnateur des services, proposait de démanteler les ressources hospitalières pour constituer des équipes de base en santé mentale dans les CLSC (Centres locaux de services communautaires), à qui elle confiait le mandat d'assurer la réadaptation psychosociale. Opposé

à cette vision, le personnel du CHST a affirmé que l'hôpital a aussi une mission de réadaptation et qu'il peut être assez solide « pour assurer la pérennité de l'expertise et mener la mission à bon port ». Cette expérience de réadaptation ne s'est donc pas faite sans lutte, mais la mobilisation et l'action des agents ont fait la différence.

### Désinstitutionnalisation et besoins de réadaptation

Le fait de diminuer ou de transformer des lits hospitaliers appelle à des services spécifiques et à un accompagnement. Plusieurs équipes au Québec comme en Europe ont préféré opérer une désinstitutionnalisation douce en prenant en compte les besoins des patients. Et ceux qui se sont retrouvés dans la communauté ont eu plus d'autonomie et une meilleure qualité de vie, même 10 ans après leur sortie (10). Après avoir déterminé les besoins, des interventions de réadaptation ont eu lieu et selon l'étude de Lesage et coll.(10), au moins 25 % des patients encore hospitalisés à long terme nécessiteraient, en milieu hautement supervisé, un traitement et une réadaptation plus intensive que celle actuellement offerte.

Un autre exemple intéressant de service de transition vers la communauté est celui du foyer de la Borde, à Lausanne, un foyer d'hébergement de 25 lits. A l'ouverture c'est une structure de soins palliatifs pour les patients qui ont raté le virage ambulatoire! Cette structure médico-sociale héberge les personnes qui ne parviennent pas à quitter le milieu institutionnel. L'équipe est composée d'infirmières et d'animateurs formés aux méthodes d'entraînement aux habiletés sociales (11) et aux thérapies cognitivo-comportementales. Cet effort de formation a été particulièrement payant car, après 3 ans, 70 % des résidents ont trouvé un logement indépendant et cette ressource s'est redéfinie comme une structure intermédiaire visant la réadaptation. Progressivement victime de son succès, l'équipe a assuré le suivi des patients à domicile pour favoriser le maintien et la généralisation des acquis et éviter des retours à l'hôpital. Ces soins sont prodigués selon le modèle des visites à domicile et comportent un entraînement in vivo des compétences pour faire face aux stress du quotidien. L'équipe utilise des méthodes de prévention des rechutes effectuée de façon très précoce, par exemple dès l'apparition de signes de négligence dans l'appartement des patients ou de modification de leurs habitudes de vie. Le succès de ce programme est confirmé par de nouvelles références des médecins non hospitaliers qui utilisent ce nouveau service sans séjour préalable au foyer. Cette expérience évoque aussi celle de centres connus sous le nom de « psychiatrie en ville » à Québec (12).

### Rôle des professionnels

La réadaptation selon Bachrach (1) doit être liée à la pratique psychiatrique pour que les malades mentaux bénéficient au mieux des apports des deux disciplines, lorsqu'elles se complètent au lieu de s'affronter. Les psychiatres demeurent des éléments essentiels au processus d'intégration sociale; ils doivent par exemple surveiller les effets secondaires des médicaments qui peuvent saper tout effort de réadaptation. Mais ils demeurent ambivalents quant à leur rôle et à leur implication en réadaptation. Awad (13) constate l'amoindrissement de leur rôle malgré leur apport essentiel à la réadaptation. Il attribue cette désaffection au fait que bien des résidents terminent leur formation sans expérience adéquate en réadaptation. Y a-t-il un désintérêt des psychiatres pour la réadaptation et les traitements psychosociaux au profit des neurosciences et des traitements biologiques? Les traitements pharmacologiques, par exemple, occupent la majeure partie des guides de pratique psychiatrique. Ainsi, dans les lignes directrices canadiennes de traitement de la schizophrénie (14), 10 pages sont consacrées à l'évaluation et aux traitements médicamenteux, et 3 seulement aux interventions psychosociales et aux services, et il n'y a presque rien sur la réadaptation. Seuls sont énumérés les principes généraux d'utilisation des techniques de réadaptation pour développer les habiletés des patients à gérer leurs activités de vie quotidienne.

Les autres professionnels de la santé nous semblent beaucoup plus intéressés. Cet intérêt se manifeste par exemple chez des ergothérapeutes wallonnes qui sont allées chercher une formation québécoise (15). Les infirmiers d'Europe francophone montrent aussi beaucoup d'intérêt pour des approches comme l'entraînement aux habiletés sociales, (11,16,17), l'éducation familiale (18) et les thérapies cognitives des symptômes psychotiques (19,20). Cet intérêt s'explique par le fait que les pratiques des soins infirmiers psychiatriques des pays européens francophones ont été largement bouleversées au cours des années 1980, à cause de la fermeture des centres de formation. Ce bouleversement de la formation a eu un effet favorable à l'utilisation de méthodes de réadaptation. Certains anciens infirmiers psychiatriques, ébranlés par la disparition de leur filière de formation, se sont tournés vers des méthodes thérapeutiques anglo-saxonnes comme moyen de revaloriser leur travail. Et des infirmiers généralistes, nouveaux en psychiatrie, ont été séduits par l'acquisition d'outils non intégrés dans leur formation de base. L'implantation de ces méthodes en a favorisé la diffusion, mais il reste à rallier les centres de formation afin que les curriculums intègrent les modèles actuels de réadaptation.

## La promotion de la réadaptation, l'initiative non gouvernementale

Parallèlement à celles des gouvernements, des initiatives personnelles ont contribué à la promotion de la réadaptation psychiatrique, comme l'illustre le Réseau francophone des programmes de réhabilitation psychiatrique (RFPRP) (21,22). Cette association, créée en 1990, diffuse en Europe francophone des programmes de réadaptation dont l'efficacité a été démontrée. Ces programmes sont décrits dans des manuels d'instructions ou d'autres supports pédagogiques, dont certains sont traduits ou adaptés en français : manuels d'entraînement aux habiletés sociales ou d'intervention familiale de l'équipe de Liberman (5), programme Profamille (23), Projet Retour de Friedlob et Siegel (24) ou le jeu Compétence (22). Le RFPRP assure également la formation de base en ce qui concerne l'utilisation de ces techniques. Plusieurs dizaines d'équipes ont pu en bénéficier, et le RFPRP anime un site Web (<http://www.rehab-infoweb.net>) qui met à la disposition des patients, des familles et des professionnels des brochures et des informations sur les troubles mentaux graves. Signalons aussi l'implication des revues comme « l'Information psychiatrique », fondée en France en 1945 et au tirage de 3 000 exemplaires par mois, et « Santé mentale au Québec ». Cette dernière soutient les actions de réadaptation des intervenants en publiant depuis plus de 25 ans des dossiers importants sur les aspects de la réadaptation, la qualité de vie, l'intégration sociale, la place des cliniques externes, le suivi communautaire ou les nouvelles modalités de traitement cognitif, etc. (25). Certains professionnels issus de ressources alternatives, fondées en marge des institutions, proposent aussi un traitement dans la communauté, ailleurs et autrement. Les buts de ce traitement le rapprochent de la réadaptation, car il vise à redonner à la personne en besoin un pouvoir sur sa vie et à lui permettre de prendre sa place dans la société (26).

## Techniques et interventions

Les lignes directrices canadiennes (14) mentionnent certaines interventions de réadaptation : alliance thérapeutique et soutien, psychoéducation, interventions familiales, entraînement aux habiletés sociales. Nous présentons ici quelques exemples de ces interventions en milieu francophone. D'autres types d'interventions prometteuses telles les thérapies cognitives ou les expériences de retour au travail concurrentiel sont aussi mentionnées.

## Alliance thérapeutique et soutien, la gestion clinique de cas

La gestion clinique ou case management est une forme de réadaptation individuelle basée sur une relation thérapeutique d'aide et de soutien qui intègre le traitement psychiatrique et le coordonne avec les autres services, constituant un lien humain entre un patient et un système de services (27). Cette

pratique facilite la vie quotidienne, et augmente le bien-être, la participation dans la communauté et l'adaptation au trouble psychiatrique. Elle se distingue du suivi intensif dans le milieu, où c'est l'équipe qui devient gestionnaire du cas. C'est l'étendue des besoins et l'intensité des services requis qui différencient ces deux approches (28). Plusieurs équipes externes l'utilisent au Québec; ainsi, Nadeau (29) en Gaspésie, par sa longue expérience de gestion de cas a montré que le gestionnaire de cas est au carrefour du clinique et du communautaire qui selon lui, se complètent plutôt que de s'opposer. Une étude mesurant l'opinion des patients par rapport à la gestion de cas a montré leur satisfaction face à cette approche tant globalement que pour certains aspects spécifiques comme la compréhension, l'écoute et la disponibilité du thérapeute (30).

## L'entraînement aux habiletés sociales

C'est une méthode d'apprentissage structurée qui s'est développée à partir de l'école cognitivo-comportementale et redéfinie dans le cadre du modèle de traitement de l'information à la fin des années 70. Elle prend ainsi en compte la perception et l'interprétation des paramètres d'une situation sociale ainsi que le processus de décision qui va permettre le choix d'une réponse comportementale. Ce modèle a permis d'adapter l'entraînement aux habiletés sociales (EHS) aux difficultés d'apprentissage présentées par les personnes souffrant de schizophrénie. Il est intéressant d'observer comment cet entraînement améliore les déficits de l'attention, de la mémoire verbale et des fonctions exécutives déficitaires dans la schizophrénie. L'EHS intègre des méthodes multimédias, procédurales et d'aide à la décision. Les méthodes multimédias permettent de contourner les déficits de l'attention par la présentation de bandes vidéo sur les compétences sociales, par des affiches illustrant les comportements clefs nécessaires à l'accomplissement d'une activité sociale et par des indications verbales fréquentes pour maintenir l'attention. Les méthodes procédurales cherchent à compenser les déficits de la mémoire verbale en utilisant le jeu de rôle, la présentation de modèles, et l'incitation pour que les participants reformulent leurs observations dans leurs propres mots. Les méthodes d'aide à la décision comprennent l'établissement d'objectifs à court et long terme, l'anticipation des résultats et l'enseignement d'une méthode de résolution de problèmes pour faire face aux réponses de l'environnement. Un certain nombre de modules d'entraînement sont disponibles en français : éducation au traitement neuroleptique et au contrôle des symptômes, entraînement des compétences à converser, résolution de problèmes interpersonnels. Les études d'efficacité de ces programmes ont été reproduites dans des environnements francophones au Québec, en France ou en Suisse par des études expérimentales ou naturelles (11,21,31,32). Ces études montrent que ces programmes modulaires sont très

pratiques pour s'initier à l'EHS et très intéressants pour contrôler l'application de la variable indépendante dans des études expérimentales.

### Interventions familiales

Les effets des interventions familiales sur la schizophrénie sont connus depuis les années 80, mais elles ne sont pas encore monnaie courante dans les pays francophones européens. On en ignore les raisons car des manuels d'intervention sont disponibles en français (23,33) et les effets du climat familial sur le taux de rechute ont été reproduits dans un environnement francophone (34). Quelques expériences ont été menées, dans le cadre d'associations familiales, avec le programme Profamille (18). Les interventions familiales ne sont pas nécessairement plus utilisées au Québec, même si plus de 70 % des psychiatres sont familiers avec les concepts d'émotion exprimée (35).

### Thérapies cognitives des symptômes psychotiques

Il s'agit d'un ensemble de techniques visant à modifier les pensées, les émotions et les comportements des patients, en leur enseignant des méthodes pour apprendre à :

- remettre en question les croyances sur les délires et les hallucinations
- s'engager à vérifier la réalité
- développer des stratégies pour s'adapter à certains symptômes.

Selon une méta-analyse récente (36), les thérapies cognitives semblent être des méthodes efficaces pour réduire la gravité des hallucinations ou des délires persistants ou pour améliorer les capacités des patients à gérer les symptômes psychotiques. Cette méta-analyse présente un effet de taille supérieur à 6 mois en post-test, indiquant que les progrès s'observent à long terme. Cependant, les sept études répertoriées sont britanniques et il est urgent de tester cette approche dans un environnement francophone. Quelques ouvrages et articles existent en français pour favoriser la dissémination de ces méthodes (20,37,38). Malheureusement, il existe peu d'études montrant que ces thérapies cognitives sont applicables dans un contexte francophone (19,39).

### Retour au travail

Beaucoup de patients, même gravement malades, ont un désir croissant de retourner dans le marché du travail, ce qui constitue un point d'ancrage essentiel pour leur réhabilitation. L'exercice reste cependant assez difficile. Selon une enquête québécoise récente, les 3 obstacles les plus importants au retour au travail sont les préjugés des employeurs (90 %), la conjoncture socio-économique (75 %) et les modalités et structures des programmes (63 %) (40). Une association

montréalaise, l'Arrimage, mène depuis 20 ans un projet de retour à l'emploi avec un certain succès, offrant accompagnement et suivi aux patients en quête d'emploi, et rencontrant près de 600 clients par an (41). Cet organisme offre des services de conseillers en main-d'oeuvre au réseau des cliniques externes et un soutien à l'employeur, lorsque le travailleur est placé. Des expériences de services de soutien à l'emploi ont lieu aux É.-U. où la même équipe clinique utilise la réadaptation et le traitement. Les principes sont basés sur une recherche d'emploi concurrentiel, une formation minimum, une évaluation sur le lieu de travail et un soutien permanent. Les résultats montrent une amélioration des symptômes, de l'estime de soi et de la qualité de la vie (42). Ce type d'expérience a présentement cours au Québec.

### Discussion et conclusion

Y a-t-il un modèle francophone de réadaptation? Probablement pas. Mais il y a des expériences et un savoir communs, surtout dérivés du cadre cognitivo-comportemental, et des valeurs et principes d'inspiration américaine. Les ressources suffisent rarement à l'ampleur des besoins. Il semble pourtant que la réadaptation psychiatrique fait son chemin et que les expériences d'intégration communautaire sont plus nombreuses; ce phénomène est-il un épiphénomène ou constitue-t-il la base d'un mouvement réel de réadaptation et d'intégration? Difficile à dire car cela varie d'un pays à l'autre. Le Québec serait en marche, nous en voulons pour preuve le succès des congrès annuels de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale, association bien vivante, multidisciplinaire, regroupant le communautaire et l'institutionnel ainsi que des usagers pour un même but : la promotion de la réadaptation. Mais les psychiatres brillent par leur absence lors de ces congrès annuels et bien peu d'entre eux sont membres de cette association. Il est temps pour eux de s'impliquer davantage. Ils ont les capacités de diriger des équipes multidisciplinaires ou des centres de réadaptation ou encore, de prendre une place dans la planification et la promotion des services de réadaptation.

La réadaptation psychiatrique a besoin d'un second souffle, des choix s'imposent. Les ressources économiques ne suffisent plus aux nouveaux défis de la santé. La médecine de pointe est privilégiée aux dépens des patients souffrant d'affections à long terme. Ces dernières années, la psychiatrie européenne francophone a oscillé entre le maintien de services spécialisés ou non par pathologie. Ces choix ont un effet important sur les pratiques de réadaptation. Les structures non spécialisées ont l'avantage de la polyvalence, de la continuité et d'une intégration éventuelle, mais ne permettent pas le développement optimal de compétences spécifiques et risquent de mettre au second plan les patients souffrant de troubles de longue durée, quand elles sont surchargées. Des services spécialisés de

réadaptation auraient l'avantage d'offrir de meilleurs niveaux de compétence et de ne pas mettre au second plan ces affections de longue durée.

### La réadaptation psychiatrique, domaine social ou médical?

La fragmentation du système de soins et de réadaptation et l'intégration des services sont des défis de taille et des pierres d'achoppement entre services ou ressources (43). Au Québec comme en Europe, on assiste à une opposition du médical et du social ou du communautaire, et les autorités tendent à remettre les personnes souffrant de maladie mentale entre les mains d'organismes sociaux, selon ce qui a été fait pour les handicapés mentaux. Cette solution malheureusement ne prend pas en compte le caractère fluctuant des pathologies psychiatriques et résume la maladie mentale au handicap psychique, laissant flotter une grande confusion entre les concepts de handicap et d'incapacités fonctionnelles. Pourtant les incapacités fonctionnelles des patients psychiatriques sont consécutives aux troubles psychiatriques et sont traitables comme le montrent les normes de traitement édictées par l'OMS (44), la médecine fondée sur les données probantes (45) ou les associations psychiatriques (46). Les ressources communautaires ne sont pas suffisamment armées pour affronter seules la complexité de ces troubles. En Europe, le risque est grand que les gouvernements cherchent à résoudre le problème de cette façon sans tenir compte des échecs du passé. Le suivi des toxicomanes en Europe, en est un bon exemple : les psychiatres et les infirmiers ont été réintroduits dans les prises en charge dans les années 90, après l'échec de la gestion sociale du phénomène dans les années 1970–1980. Ce passage ne s'est pas fait sans heurt; on a dû développer rapidement des programmes d'éducation et de réduction de risque en réponse à l'évolution de l'épidémie du sida, mettre sur pied des programmes de distribution de méthadone et de prescription d'héroïne sous contrôle médical pour bloquer l'épidémie et démanteler les réseaux de distribution.

### Les défis futurs

Que va devenir la réadaptation psychiatrique? Sartorius (3) est pessimiste car selon lui, si les ressources de ces programmes de réadaptation étaient insuffisantes hier, la situation empirera demain. Doit-on le suivre lorsqu'il estime que la réadaptation psychiatrique doit être fondamentalement repensée et réinventée? En fait, il propose de procéder à 5 changements conceptuels, valables aussi pour le milieu francophone :

1. Le but de la réadaptation est l'amélioration de la qualité de la vie subjective telle que perçue par les patients et leurs familles immédiates.
2. La réadaptation est faite non pas pour mais avec les individus qui ont des troubles.

3. Chaque personne est différente; les intervenants doivent percevoir ces différences, les accepter et arrêter d'évaluer les résultats en fonction de règles de comportements normalisées, rigides et prédéterminées.

4. Les personnes et leurs incapacités changent avec le temps et leur milieu de vie. Intervenants et milieu de soutien doivent tenir compte de ces changements.

5. La séparation est difficile entre services de réadaptation et agences d'aide. Les intervenants ont à travailler, par exemple, avec les agences d'amélioration de l'habitat. Ces agents de formation différente devraient joindre leurs efforts pour créer un réseau d'aide en respectant leur spécificité.

Que recommandons-nous? D'abord, il nous semble que puisque la réadaptation est une pratique spécialisée, elle nécessite de petites unités où se côtoient psychiatres et professionnels qui développent cette expertise. Elle servira, à notre avis, de point de diffusion de pratiques renouvelées dans l'ensemble des services psychiatriques et en assurera la pérennité. En outre, cette pratique nécessite l'intégration des traitements médicaux et des interventions sociales. Enfin, rappelons que la réadaptation est porteuse d'un message d'espoir et de vie meilleure pour les personnes les plus souffrantes et qu'il est de notre devoir d'améliorer la condition de ces personnes. Espérons que, comme professionnels, nous serons de plus en plus nombreux à nous engager et à militer pour des services de réadaptation psychiatrique à la hauteur des aspirations de nos patients qui le méritent.

### Remerciements

Nous remercions vivement le Dr Alain Lesage pour ses commentaires judicieux et son encouragement constant.

### Sources de référence

1. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry: What are the boundaries? *Can J Psychiatry* 1996;41:28–35.
2. Anthony W, Liberman RP. The Practice of rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 1986;12:542–59.
3. Sartorius N. Rehabilitation and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry* 1992;43:1180–1.
4. Lecomte Y. Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie. *Santé Mentale au Québec*. 1999; 24(2):7.
5. Liberman RP. Psychiatric rehabilitation and chronic mental patients, coping with chronic mental disorders: a framework for hope. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1988.
6. Pagé JC. Les fous crient au secours Les éditions du jour, Montréal, 1961.
7. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Politique de santé mentale, 1989 1er trimestre
8. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction de la Planification et de l'Évaluation. Orientations pour la transformation des services de santé mentale, document de consultation, Avril 1997.
9. Gervais M, Gauthier L, Gélinas L. La réhabilitation de l'hôpital psychiatrique: une question d'audace et de synergie. *Santé mentale au Québec* 1997;2:137–53.
10. Lesage AD, Morissette R, Fortier L, Reinharz D, Contandriopoulos AP. Downsizing psychiatric hospitals: needs for care and services of current and discharged long-stay inpatients. *Can J Psychiatry* 2000;45:526–32.
11. Favrod J, Caffaro M, Grossenbacher B, Rubio A, Von Turk A. Entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels avec des personnes atteintes de schizo-

- phrénie dans différentes conditions de traitement. *Annales Médico-Psychologiques* 2000;158:302-11.
12. Cardinal A, Villeneuve E. Traiter en ville. Les centres de traitement et cliniques spécialisées du Centre hospitalier Robert-Giffard. *Santé Mentale au Québec* 1999;XXIV(2):126.
  13. Awad G. La réadaptation psychiatrique: Avons nous renoncé à notre rôle? *Bulletin de l'Association des Psychiatres du Canada* 1998;30(6):60.
  14. Basset A, Addington D, Working Group for the Canadian Psychiatric Association and the Canadian Alliance for Research on Schizophrenia. Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia *Can J Psychiatry* 1998;43 (Suppl 11).
  15. Lalonde P, Plaen S. Evaluation of skills training at Montreal's Clinic for Young Adults. *International Review of Psychiatry* 1998;10:20-5.
  16. Chambon O, Lumia D, Guillaume S. Compétence relationnelles et schizophrénie : le groupe « Conversation ». *Synapse* 1996;130:50-4.
  17. Leclerc C, Lesage AD, Ricard N, Lecomte T, Cyr M. Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70:380-8.
  18. Lebigre F, Dunningan-Rast L, Giarini M, Favrod J. Soutenir les proches de personnes atteintes de schizophrénie. *Cahiers Psychiatriques* 1995;18:85-90.
  19. Chambon O, Rouvière S, Favrod J, Marie-Cardine M. La psychothérapie cognitive des délires chroniques : Théorie et application. *Thérapie Comportementale et Cognitive* 1993;3(1):4-15.
  20. Favrod J, Krummenacher T, de Cocatrix B, Gigon C. Faire face aux hallucinations auditives. *Soins Infirmiers* 2001;6:58-63.
  21. Chambon O, Marie-Cardine M. An evaluation of social skills training modules with schizophrenia inpatients in France. *International Review of Psychiatry* 1998;10:26-9.
  22. Favrod J, Mc Quillan A, Pomini V, Ferrero FP. Training interpersonal problem-solving skills in French-speaking Switzerland. *International Review of Psychiatry* 1998;10:30-4.
  23. Cormier H, Guimond G, Joncas G, Leblanc G, Morin R, Vaillancourt S. Profamille, Programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie. *Marchienne-au-Pont (Belgique) : Socrate réhabilitation*; 1993.
  24. Friedlob S, Siegel J. Comment créer un club d'entraide avec des personnes souffrant de psychoses chroniques. *Adaptation française Guy Deleu. Marchienne-au-Pont (Belgique) : Socrate réhabilitation*; 1993.
  25. Lecomte Y. XXVème anniversaire de Santé Mentale au Québec. *Santé Mentale au Québec* 2000; XXV (2):7-8.
  26. Corin E. Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies. In: Lecomte Y, Gagné J. *Les ressources alternatives de traitement. Montréal: Édition conjointe du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et de la revue Santé mentale au Québec dans le cadre de son XXVe anniversaire*; 2000. p.17
  27. Kanter J. Clinical case management: definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry* 1989;40:361-8.
  28. Gelinat D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé Mentale au Québec* 1998;XXIII (2):17-47
  29. Nadeau B. Le Case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaire. *Santé mentale au Québec* 1989;XIV(2):51-9.
  30. Tempier R, Pawliuk N, Perreault M, Steiner W. Satisfaction with clinical case management services of patients with long-term psychoses. *Community Ment Health J* 2002;38(1):51-9.
  31. Goulet J, Lalonde P, Lavoie G, Jodoin F. Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez de jeunes patients psychotiques. *Revue Canadienne de Psychiatrie* 1993;38:571-3.
  32. Cormier H, Leblanc G, Picher F, Lachance L. Results of a clinical trial of the Symptom and Medication Module in schizophrenia. *Schizophr Res* 1995;15:146.
  33. Chambon O, Deleu G, Favrod J, Rajaonson H. Adaptation française du module de Liberman. Prise en charge familiale comportementale des patients schizophréniques. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 1998;3(3):10-6.
  34. Barrelet L, Ferrero F, Szigethy L, Giddey C, Pellizzer G. Expressed emotion and first-admission schizophrenia. Nine-month follow-up in a French cultural environment. *Br J Psychiatry* 1990;156:357-62.
  35. King S, Lesage AD, Lalonde P. Psychiatrists' ratings of expressed emotion. *Can J Psychiatry*. 1994;39:358-60.
  36. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001;30:335-42.
  37. Chambon O, Marie-Cardine M. *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*. Paris: Masson; 1993.
  38. Chambon O, Perris C, Marie-Cardine M. *Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*. Paris: Masson; 1997.
  39. Etienne-Novovitch Ch. *Thérapie cognitive d'un délire mystique chez une patiente schizophrène selon le modèle ABC d'Ellis*. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 1997;2 (3):10-5.
  40. Corbière M, Bordeleau M, Provost G, Mercier C. Obstacles à l'insertion socio-professionnelle de personnes ayant des problèmes de santé mentale: données empiriques repères théoriques. *Santé mentale au Québec* 2002;XXVII(1):194-217.
  41. *Journal de Montréal*. « L'Arrimage. Vingt ans de missions accomplies » 2 Juin 2002. p. 7
  42. Latimer E. Economic impacts supported employment for persons with severe mental illness. *Can J Psychiatry* 2001;46:496-505.
  43. Kovess V, Lesage A, Boisguérin B, Fournier L, Lopez A, Ouellet A. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2001. p 13-5
  44. Bertolote JM, de Girolamo G. *Essential treatments in psychiatry*. Geneva: World Health Organization; 1993.
  45. Lehman AF, Steinwachs DM, Project at C-IotP. Translating research into practice : the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24(1):1-10.
  46. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997 154 (4 Suppl):1-63.

Manuscrit reçu et accepté en juillet 2002.

<sup>1</sup>Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill, chef de service et directeur du Centre de réadaptation de jour, Hôpital Général de Montréal, Centre universitaire de santé, Montréal, Québec.

<sup>2</sup>Infirmier indépendant, Lonay, Suisse.

Adresse pour correspondance: Dr R tempier, Departement of psychiatry, the Montreal General Hospital, McGill University Health Centre, 1650 Cedar Ave, Montreal QC H36 1A4

### Abstract: Psychiatric Rehabilitation in French-Speaking Settings: Current Practices and Future Challenges

This paper aims to assess current interventions in psychiatric rehabilitation in the French-speaking world and to discuss future developments.

We review examples of policies and practices in Quebec and Europe and discuss the role and involvement of professionals; namely, the psychiatrists and the nursing staff. We also present different rehabilitation strategies and techniques used in the French-speaking world, such as case management, social-skills training, cognitive therapies for psychotic symptoms, family interventions, and return-to-work interventions.

In conclusion, we invite psychiatrists to play a more active role in rehabilitation. We recommend the creation of small, specialized units closely linked to the needs of clients, and we propose to integrate social and medical interventions, rather than opposing them.