

CAHIER DE FORMATION CONTINUE

La réadaptation psychiatrique du schizophrène

G. Barbès-Morin, MD, P. Lalonde, MD, FRCPC *

Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 6070, rue Sherbrooke Est, bureau 106, Montréal, Québec H1N 1C1

Disponible sur internet le 03 juillet 2006

Résumé

L'anglais n'a qu'un mot, « rehabilitation », pour désigner deux concepts : le processus de l'intervention (la réadaptation) et l'objectif à atteindre (la réhabilitation). Cet article précise les principes de traitements contemporains à offrir dans la schizophrénie selon une approche biopsychosociale. Puis les notions de pathologie, de déficit, d'invalidité et de handicap sont reliées aux interventions spécifiques qui visent ultimement au rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie. S'intercalent les principes de réadaptation qui nécessitent la collaboration du patient et les changements d'attitude sociale qui favorisent la réhabilitation. C'est à la suite de cette persévérante démarche que certains patients arrivent au rétablissement. Ce premier article fait partie d'une triade qui définit d'abord les principes de réadaptation–réhabilitation. Puis seront exposées les interventions spécifiques validées scientifiquement pour leur efficacité dans le processus de réadaptation. Enfin, le troisième article portera sur les structures et ressources pour soutenir la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

I. INTRODUCTION

Dans plusieurs spécialités médicales et chirurgicales, la réadaptation fait partie depuis longtemps des bonnes pratiques et elle est fréquemment perçue comme une facette à part entière du traitement. Par exemple, la clinique moderne de la traumatologie, de la neurologie et de la cardiologie intègre des préoccupations de réadaptation, parallèlement aux différentes étapes du traitement, dans un objectif de rétablissement le plus complet possible de la personne. Dans le cas de la psychiatrie, il semble plus ardu de bien définir les contours de la réadaptation. Quoique ce champ d'intervention ait connu un développement très important au cours des 25 dernières années, il demeure moins diffusé que d'autres facettes du traitement psychiatrique, telles que la pharmacologie. Cette lacune se vérifie notamment par l'implantation inégale et très graduelle des modalités de réadaptation psychiatrique dans les centres de traitement, tant en Europe qu'en Amérique. En psychiatrie, comme dans les autres disciplines médicales, la réadaptation représente la clé de voûte qui permet de donner aux personnes atteintes de troubles persistants l'espoir de réaliser leur plein potentiel. Pour ces personnes, l'absence du processus de réadap-

tation décuple la probabilité de se voir affublées de l'étiquette « malade chronique » [20] qui assure un fardeau indu de stigmatisation et mène habituellement à une marginalisation tant au niveau de l'équipe de soins, de la famille, qu'au niveau de la société en général.

2. HISTORIQUE

Au cours du siècle dernier, des changements majeurs au niveau de la compréhension, de la perception et du traitement des troubles mentaux sévères et persistants déclenchent des modifications importantes des dispositifs de soins, tant en Europe qu'en Amérique. Dans la seconde moitié du XX^e siècle, une conjoncture politique permet de passer d'une époque asilaire vers un grand mouvement nommé « désinstitutionnalisation ». Plusieurs facteurs reliés à des préoccupations tant sociales, humanitaires, scientifiques qu'économiques suggèrent qu'il est souhaitable et possible de favoriser le retour des personnes atteintes de troubles mentaux vers la communauté. Citons en exemple l'émergence d'un discours en faveur des droits et libertés des personnes atteintes de troubles mentaux, l'enthousiasme créé par l'utilisation des premiers neuroleptiques ou encore l'augmentation rapide des coûts associés au maintien des institutions asilaires. Dans la plupart des sociétés occidentales, le processus de désinstitutionnalisation s'est alors mis en

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lalonde.md@videotron.ca (P. Lalonde).

application avec plus ou moins de rapidité et de réussite [14,27]. Il s'agissait de restreindre la disponibilité des modalités institutionnelles classiques et d'augmenter l'accessibilité aux services ancrés dans la communauté.

S'il est maintenant généralement admis que le résultat global de ces changements majeurs est somme toute positif pour la majorité des patients, des conséquences inattendues et parfois malheureuses en illustrent les limites [29]. Dans les faits, la « désinstitutionnalisation » prit souvent la forme d'une « déshospitalisation », les patients atteints de troubles mentaux sévères et persistants étant éventuellement pris en charge par des institutions extra-hospitalières (centres de jour, ateliers protégés, maisons de transition ou encore le milieu carcéral, suite à la judiciarisation) faute de ressources et de moyens d'intervention appropriés pour favoriser une véritable réintégration dans la communauté. De plus, une importante proportion de patients ne sut pas trouver sa place hors du contexte protégé de l'institution et devint une nouvelle population très vulnérable. Ces personnes étaient susceptibles de présenter une importante symptomatologie chronique au fil de rechutes non traitées, en plus d'avoir un accès très limité aux traitements médicaux de première nécessité. Ce type de situation précaire favorise une marginalisation inexorable (itinérance, sans domicile fixe). La gestion de la médication, l'établissement d'un réseau social supportant, l'autonomie économique, l'intégration à l'emploi sont des exemples d'écueils difficiles à surmonter lors de la sortie de l'hôpital. Après 50 ans, l'évaluation des résultats associés à ces changements majeurs est grandement tributaire des différents contextes sociopolitiques à l'intérieur desquels ils s'inscrivent et des outils d'évaluation utilisés [5,19,26].

Toutefois, certaines leçons en émergent et valent la peine d'être retenues : la planification des interventions doit se faire en collaboration avec le patient, se doit d'être individualisée pour refléter les forces et les lacunes de chacun et doit être recevable culturellement. Aussi, l'articulation des différents éléments du système de soins doit se faire dans une optique de continuité et faire preuve d'une grande flexibilité, ce qui demande une collaboration continue entre les différents intervenants impliqués [17].

Par ailleurs, les progrès au niveau de la compréhension du fonctionnement du cerveau et de ses affections ainsi que la prise de conscience des limites des traitements pharmacologiques contribuèrent à un changement de paradigme au niveau des soins. On a longtemps cru en arriver à la cure des maladies mentales sévères. Chaque conception théorique, qu'elle soit issue des chapelles biopharmacologique, intrapsychique (psychanalytique) ou sociale, proposait sa cure en faisant généralement peu de cas des autres points de vue. Tant l'élaboration des modèles théoriques que l'évaluation de l'effet des moyens thérapeutiques proposés se fondait sur l'expérience personnelle de cliniciens, l'opinion de psychiatres chevronnés, la déduction et l'anecdote. Depuis quelques années, les meilleures pratiques s'orientent sur les données probantes qui sont publiées régulièrement sur Internet, même en français plus récemment : www.cochrane.uottawa.ca/Default.asp?lang=fr/.

L'évaluation plus rigoureuse des interventions permet de préciser les efficacités relatives des diverses approches thérapeutiques [1] et de réaliser à quel point il est futile pour chacune de ces approches, prises individuellement, de prétendre aspirer à « la cure ». Il devient plutôt concevable d'obtenir une « synergie thérapeutique » grâce à l'utilisation d'une approche intégrée, biopsychosociale.

3. LE MODÈLE VULNÉRABILITÉ-STRESS

La compréhension contemporaine de la schizophrénie, visant à unifier ces éléments disparates, s'est développée en s'appuyant sur le modèle vulnérabilité-stress qui permet de réunir les diverses facettes en interaction [16]. La Fig. 1 précise la présence de deux composantes essentielles : une vulnérabilité neuropsychologique, découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale créant un dysfonctionnement d'un circuit frontotemporo limbique, qui rend certains individus plus fragiles à des stressors environnementaux tels que la consommation de drogues, l'expression de fortes émotions ou des pressions de performance. Ce n'est donc pas une cause unique, mais un ensemble de facteurs qui peuvent déclencher la schizophrénie, entraînant par la suite des symptômes résiduels [14]. Puis, selon une causalité circulaire, l'individu, affaibli par son handicap, devient alors plus sensible aux facteurs susceptibles de déclencher des rechutes. La Fig. 1 mentionne aussi les approches thérapeutiques démontrées efficaces tant pour la période symptomatique que pour la phase résiduelle. Quoique la majeure partie de la recherche et des publications en psychiatrie concerne toujours principalement la pharmacologie, il y a de plus en plus d'intérêt pour étudier l'impact des causalités et des interventions telles que mentionnées dans ce modèle.

Dans cette conception intégrée, on voit mieux où se situe la réadaptation psychiatrique qui prit son essor dans l'ère de la post-désinstitutionnalisation, caractérisée par de grands besoins et peu de ressources. Il fallait développer des services efficaces axés vers un maintien hors des hôpitaux d'une clientèle aux prises avec des problématiques graves et persistantes, dans un contexte de moyens psychothérapeutiques, pharmacologiques et économiques limités. De plus, le climat social demandait des moyens favorisant le respect de l'autonomie et de l'intégrité de la personne atteinte, son intégration sociale, le tout avec un souci d'intervention minimale efficiente.

Nous allons maintenant considérer les étapes qui mènent à la réhabilitation et au rétablissement dans la schizophrénie en intégrant les dimensions biopsychosociales.

4. LE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE (FAIRE POUR)

À toutes les étapes de l'évolution, que ce soit au premier épisode de psychose, pendant la période de stabilisation ou lors d'une décompensation, le traitement psychiatrique

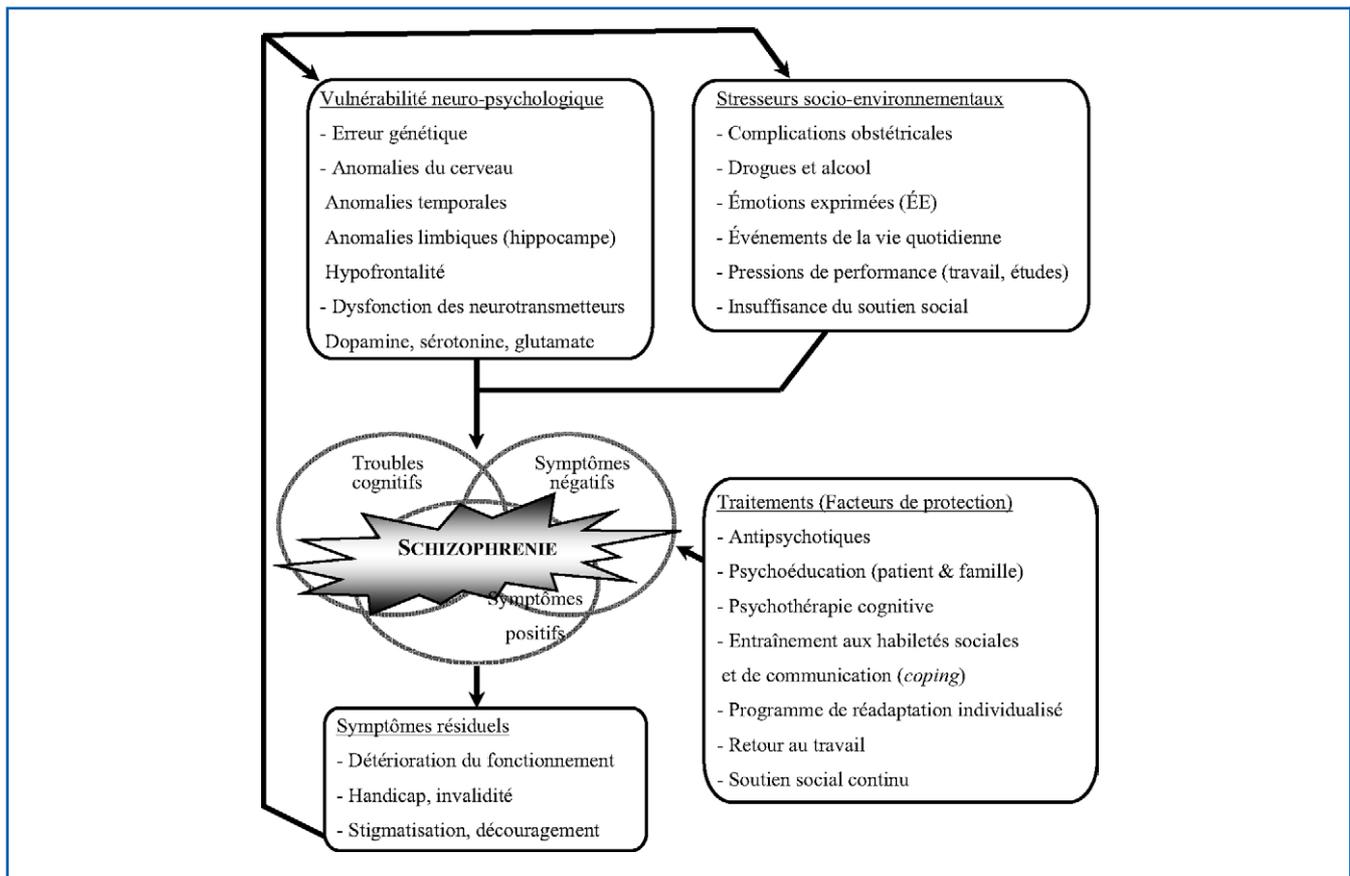


Fig. 1. Modèle vulnérabilité–stress de la schizophrénie [16].

entre en jeu. Différents types d'intervention chercheront à contrôler les symptômes aigus ou résiduels. Les soins donnés n'ont pas absolument besoin que le malade collabore activement à ces interventions qui sont offertes au patient (faire pour). Mais ces approches préparent le terrain à l'étape de réadaptation où l'implication du patient deviendra essentielle, où les cliniciens devront travailler avec (faire avec) la personne qui veut se rétablir.

Parmi les traitements essentiels à offrir, notons :

- Les antipsychotiques qui, depuis l'arrivée de la chlorpromazine, ont encore les mêmes effets successifs : réduire l'agitation, atténuer l'angoisse puis, graduellement, effriter les symptômes psychotiques, mais pas toujours complètement. La prise d'une médication antipsychotique demeure cependant l'élément central du traitement de la psychose, car elle représente l'intervention dont l'efficacité est la mieux démontrée [8]. Mais, il arrive encore que l'on réduise le traitement psychiatrique à sa facette biologique psychopharmacologique. L'approche intégrée biopsychosociale reconnaît toutefois l'importance d'intervenir à ces trois niveaux simultanément ;
- La thérapie psychoéducative [9] a démontré son efficacité comme facette primordiale du traitement dans un grand nombre de maladies, pas seulement psychiatriques. Il s'agit donc de donner de l'information à un patient et à sa

famille, en la personnalisant avec beaucoup de nuances, en évitant d'insuffler une perspective pessimiste, démoralisante [7]. Cette éducation devrait non seulement viser l'acquisition de connaissances nouvelles à propos de la maladie et des traitements efficaces, mais aussi, et surtout, favoriser des changements de comportements et insuffler l'espoir de gérer au mieux la maladie et ses conséquences personnelles et familiales. Plusieurs techniques psychoéducatives ont été mises au point et seront expliquées dans l'article suivant ;

- On doit chercher à fournir un environnement social apaisant et sécuritaire pour faciliter la stabilisation de la crise aiguë et maintenir ensuite la rémission. La thérapie de milieu qui vise à résoudre les problèmes concrets est aussi un élément du traitement qui se base sur les principes suivants :
 - instauration d'une relation de confiance ;
 - réduction des stimulations ;
 - surveillance et réconfort ;
 - encouragement à l'hygiène personnelle.

Dans la pratique psychiatrique moderne, ces différents ingrédients du traitement biopsychosocial sont offerts au patient. Mais quand on arrive à la réadaptation, il faut trouver des stratégies pour obtenir la collaboration de la personne.

5. LA RÉADAPTATION PSYCHIATRIQUE (FAIRE AVEC)

Précisons d'abord la définition de certains termes [22]. La littérature anglo-saxonne utilise généralement le terme de « réhabilitation » pour faire référence au processus permettant à un individu de retrouver une fonction ou pallier un déficit. Le terme français de « réadaptation » en est la traduction et convient donc pour désigner ce processus d'entraînement d'habiletés pour que la personne souffrant d'une maladie mentale collabore à des méthodes d'apprentissage en vue de développer ses capacités, assumer ses responsabilités dans la vie et fonctionner de façon aussi active et autonome que possible dans la société. Une littérature francophone utilise parfois dans ce même sens l'anglicisme « réhabilitation », peut-être par réticence à accepter la connotation behaviorale d'apprentissage attachée aux activités de réadaptation. Toutefois, *Le Petit Robert* précise bien que la réhabilitation réfère plutôt à « rétablir dans ses droits [...] dans l'estime publique, dans la considération d'autrui » [18], ce qui est en fait l'objectif recherché par le processus de la réadaptation : avec un travail de réadaptation, on peut aspirer à la réhabilitation et au rétablissement.

La réadaptation n'est pas un concept nouveau en psychiatrie. Depuis environ un siècle, différents auteurs en évoquent la nature et l'importance. Déjà en 1911, Bleuler suggère de favoriser le retour aux activités habituelles et de limiter la durée du séjour en institution. À l'époque du « traitement moral » [6], on vise déjà la récupération complète de la personne atteinte, tant au niveau du travail, des activités sociales que des loisirs. Toutefois, c'est au début des années 1980, principalement en Amérique du Nord, que le champ de la réadaptation se précise graduellement, pour ensuite prendre sa place dans le langage des intervenants en psychiatrie. La littérature scientifique s'attarde principalement sur les troubles sévères et persistants, comme la schizophrénie et autres psychoses chroniques, la toxicomanie et les troubles sévères de la personnalité [22]. Toutefois, l'étude de la réadaptation de troubles tels que la dépression majeure représente aussi un besoin important, compte tenu des coûts sociaux et de la morbidité qui y sont associés [24]. De plus, on place souvent le rôle de la réadaptation après le traitement de la phase aiguë. Cependant, son importance, en conjonction avec le début du traitement, est de plus en plus évidente dans la littérature, pour amorcer une démarche à petits pas grâce à une approche psychoéducative [9].

L'univers de la réadaptation des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants fut le théâtre de divisions et d'incompréhensions entre ses composantes psychosociale et psychiatrique. Certains thérapeutes de la communauté de la réadaptation psychosociale avançaient l'idée que les personnes atteintes n'ont besoin que de réadaptation psychosociale et que tout autre traitement (notamment la pharmacothérapie) est inutile ou même délétère. Réciproquement, certains professionnels de la communauté psychiatrique voyaient la réadaptation psychosociale comme

antimédicale, donc nuisible au traitement adéquat des personnes atteintes [4]. Quoique cette division persiste encore dans certains milieux, la réadaptation psychiatrique est maintenant clairement définie par sa nature biopsychosociale. Une équipe de réadaptation psychiatrique doit réunir des professionnels possédant des expertises complémentaires dans un cadre de travail interdisciplinaire. L'offre d'une gamme complète de services individualisés selon les caractéristiques de chaque patient rend indispensable l'étroite collaboration entre ces différents professionnels [21].

Anthony et Liberman ont élaboré, à partir de concepts d'abord introduits en santé physique, un modèle conceptuel de la réadaptation psychiatrique [3]. Ils divisent en quatre niveaux l'impact d'une maladie mentale grave ainsi que les interventions à mettre en œuvre :

- **Pathologie (*Pathology*)** : Anomalie ou lésion anatomique au niveau cérébral causée par un processus ou agent étiologique. Par exemple une infection, une tumeur cérébrale ou un processus neurodégénératif. Les investigations de laboratoire et en imagerie sont ici de mise.
- **Déficit (*Impairment*)** : Perte ou anomalie d'une structure ou du fonctionnement du cerveau causée par une pathologie sous-jacente qui mène à l'altération du fonctionnement cérébral et à la manifestation de symptômes tels que délires, hallucinations et troubles cognitifs. L'évaluation diagnostique et des interventions comme l'hospitalisation, la pharmacothérapie et la thérapie cognitivocomportementale sont indiquées.
- **Invalidité (*Disability*)** : Incapacité dans l'accomplissement d'une activité considérée normale pour un être humain. Par exemple, un déficit au niveau des habiletés sociales causé par les symptômes négatifs de la schizophrénie. Lorsque les facettes pathologie et déficit reliés à la phase aiguë de la maladie se stabilisent, la réadaptation psychiatrique et ses technologies entrent en jeu. Il faut mentionner que la réadaptation peut (et doit) débiter même si des déficits (ou symptômes) persistent, pour autant qu'ils soient pris en considération dans l'élaboration d'un plan d'intervention (cf. article suivant dans un prochain numéro).
- **Handicap** : Désavantage résultant d'une invalidité qui limite la possibilité d'assumer un rôle considéré comme normal pour un individu (selon son âge, sa culture, etc). Par exemple, le chômage, l'itinérance. La mise en place de programmes sociaux favorisera la réhabilitation la plus complète possible de la personne dans ses différents rôles.

Le **Tableau 1** présente ces définitions en lien avec les interventions préconisées. Les thérapeutes doivent offrir à la personne malade les opportunités d'acquérir des compétences (le savoir, le savoir-faire et le savoir-être) en vue d'atteindre les objectifs recherchés.

À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine [23], par exemple, tous les employés sont formés à intégrer l'approche biopsychosociale et le modèle Traitement-Réadaptation-Réhabilitation (T-R-R) pour adapter leurs interventions en fonction des valeurs et des principes qui y sont rattachés.

Tableau I
Interventions et objectifs

Niveau d'atteinte	Intervention	Compétence à acquérir	Objectif recherché
Pathologie et Déficit Invalidité	Traitement	Un savoir	Contrôler les causes et les symptômes de la maladie
	Réadaptation	Un savoir-faire	Développer de nouvelles habiletés (<i>coping</i>) Redonner les moyens d'agir en tenant compte des déficits et des capacités
Handicap	Réhabilitation	Un savoir-être	Redonner à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) Favoriser la réinsertion sociale

Historiquement, le traitement somatique ou psychologique des personnes atteintes d'une maladie mentale ciblait essentiellement les symptômes associés à un déficit. Toutefois, une amélioration à ce niveau n'amène pas nécessairement une amélioration au niveau de l'invalidité. Réciproquement, une amélioration au niveau de l'invalidité n'a pas nécessairement d'influence positive sur le déficit. La réadaptation psychiatrique vise l'accompagnement des personnes aux prises avec des incapacités dans l'atteinte de leurs objectifs, et la réponse aux exigences de leur environnement résidentiel, éducationnel, professionnel et social. Les notions d'autonomie, de fonctionnement optimal et de milieu de vie approprié sont donc au premier plan, à travers un apprentissage individualisé et un soutien environnemental à long terme.

La réadaptation psychiatrique vise donc à traiter les conséquences de la maladie. Anthony [2] a énoncé neuf principes de base de la réadaptation psychiatrique. Il est ici intéressant de faire un parallèle avec la réadaptation des atteintes physiques, car la plupart de ces principes semblent alors couler de source :

- *L'amélioration des capacités et des habiletés des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique constitue une préoccupation essentielle de la réadaptation psychiatrique.* On vise ainsi à maximiser la santé et non à seulement réduire la maladie ;
- *La réadaptation psychiatrique vise des améliorations comportementales dans les environnements de la personne.* L'emphase est mise sur des éléments de la réalité concrète du patient (au lieu de facteurs intrapsychiques) et on cherche à aider la personne à s'ajuster aux demandes spécifiques associées à des milieux précis en apprenant des comportements appropriés ;
- *Soutenir la dépendance peut entraîner une amélioration du fonctionnement autonome du patient.* L'état de dépendance des personnes atteintes est fréquemment considéré comme un état régressé non souhaitable. Pourtant, nous sommes tous dépendant d'autrui (de notre gardienne d'enfants, de notre plombier, de notre épicier, de notre ordinateur, de notre pension de retraite, etc.), et cette interrelation s'avère nécessaire et souhaitable pour vivre une vie satisfaisante et productive. Pour la personne atteinte, dépendre d'un certain nombre d'intervenants et de structures peut être souhaitable pendant la réadaptation, pour permettre d'atteindre un meilleur niveau d'autonomie générale. Ainsi une personne aveugle peut bien être dépendante de son chien guide ou un tétraplégique de sa chaise roulante, mais ainsi atteindre un meilleur niveau d'autonomie ;

- *Les deux interventions fondamentales de la réadaptation psychiatrique sont le renforcement des habiletés de la personne et le développement des soutiens environnementaux.* L'apprentissage de nouvelles habiletés spécifiques à l'interaction avec son environnement est possible même en présence d'une symptomatologie active. La littérature indique d'ailleurs que le rétablissement est mieux prédit par les habiletés de la personne que par l'atteinte symptomatique. La modification de l'environnement permettra aussi de faciliter l'intégration de la personne. En plus d'apprendre à une personne paraplégique l'utilisation efficace et sécuritaire d'un fauteuil roulant, il est aussi important d'adapter l'environnement pour rendre possible l'utilisation de ce fauteuil ;
- *La réadaptation psychiatrique vise avant tout à améliorer les conditions résidentielles, éducationnelles et professionnelles des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique.* On favorise donc la mise en place de structures résidentielles adaptées, le soutien de démarches pour compléter la scolarité ou pour favoriser l'obtention d'une formation supplémentaire et l'intégration dans une forme de travail. Le travail constitue en effet une force intégrative et générative primordiale pour tout être humain. C'est l'essence même de la réhabilitation. L'insertion active dans ces sphères permet une vie sociale active et satisfaisante ;
- *La participation active et l'implication des individus dans leur réadaptation constituent la pierre angulaire de la réhabilitation psychiatrique.* Les cliniciens peuvent offrir des programmes de réadaptation en étant à l'écoute de la personne atteinte qui doit s'y impliquer activement dès la planification des interventions de réadaptation. Les intervenants doivent donc expliquer les procédures de façon personnalisée et susceptible de générer un intérêt chez le patient. On ne penserait pas laisser un amputé marcher avec une prothèse sans lui fournir des explications claires sur les exercices à faire. Le manque de motivation ne doit pas servir d'argument au clinicien qui doit plutôt continuer à chercher une façon attrayante pour favoriser la participation du patient. Avec certains patients, il faut une longue période de développement de la motivation ou de la disponibilité pour entrer graduellement dans le processus de réadaptation [12] ;
- *Le traitement médicamenteux à long terme constitue le complément souvent nécessaire mais rarement suffisant d'une intervention de réadaptation.* Quoique l'utilisation de psychotropes soit un élément incontournable du traitement, aucun médicament ne peut développer les habiletés de la personne de même que le support extérieur nécessaire à

une vie pleine et entière dans la communauté ;

- *La réadaptation psychiatrique est éclectique et pragmatique ; elle repose sur une variété de techniques.* Étant axée sur les résultats, la réadaptation n'a pas d'allégeance à une théorie en particulier ;
- *L'espoir représente un élément essentiel de la réadaptation psychiatrique.* L'acquisition de compétences génératrices d'espoir oriente la personne atteinte vers son rétablissement.

En réadaptation psychiatrique, deux principaux champs d'interventions sont ciblés par les différentes technologies : le développement des habiletés personnelles et le développement d'un soutien environnemental. On peut aussi diviser les interventions selon que l'on cible directement le patient, la famille ou encore l'environnement social.

Différents obstacles peuvent survenir dans la démarche de réinsertion sociale tant au niveau de l'individu qu'au niveau organisationnel. Par exemple, les déficits cognitifs, découlant de l'hypofrontalité, peuvent empêcher la personne atteinte de généraliser ses apprentissages dans des contextes différents. On peut par exemple offrir d'intéressants exercices de réadaptation en clinique, mais le patient ne les transpose pas aisément dans son milieu naturel. Il en va de même pour le travail en ateliers protégés qui ouvre rarement sur un travail rémunéré. Il vaut mieux offrir un soutien en milieu réel de travail, en aidant d'emblée la personne à poser les gestes adéquats sous supervision [16].

En Occident, l'adaptation de l'environnement pour favoriser l'autonomie des personnes à mobilité réduite (stationnements réservés, rampes d'accès pour les commerces, transports en commun accessibles, etc.) est le fruit d'une volonté politique récente qu'il serait maintenant impensable de contester. Une volonté politique semble aussi nécessaire pour favoriser l'émergence de solutions adaptées aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. La « maison intelligente » [28] est un exemple d'initiative qui cherche à utiliser différentes technologies de pointe et la domotique pour favoriser la remédiation cognitive et l'insertion sociale des patients.

6. LA RÉHABILITATION

La réhabilitation consiste à modifier les perceptions et les attitudes alimentées par les préjugés à propos des maladies mentales [23]. Le handicap est une création sociale qui émane du regard que les autres portent sur les incapacités et les différences, mais aussi sur la perception dévalorisée que la personne porte sur elle-même. Pour favoriser la réhabilitation, il faut donc :

- agir sur nous-même comme intervenant, sur nos valeurs et nos attitudes ;
- agir sur la personne en la valorisant dans ses réussites (plutôt qu'en soulignant ses défaillances) pour l'amener à croire en elle, à retrouver son pouvoir d'agir ;
- agir sur la société en contribuant à diminuer les préjugés, en militant pour l'accès aux mêmes services et opportu-

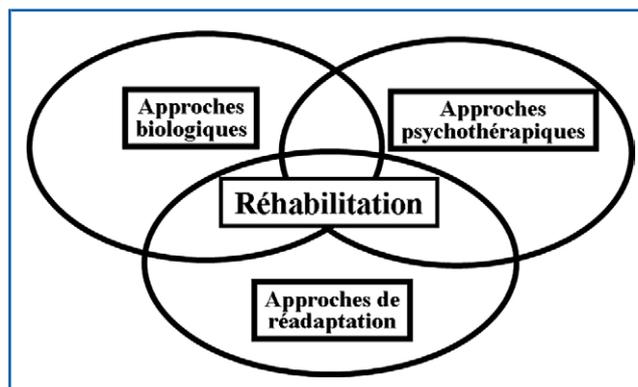


Fig. 2. La réhabilitation [10].

nités, en dénonçant les politiques sociales discriminantes, en revendiquant des mesures économiques qui favorisent l'intégration, en accompagnant la personne à prendre la parole.

Comme illustré dans la Fig. 2, la réhabilitation est l'aboutissement de plusieurs efforts mis en œuvre. C'est le produit des traitements tant psychopharmacologiques que psychothérapeutiques offerts à la personne atteinte qui profite des technologies de réadaptation auxquelles elle a participé avec le soutien des intervenants. Elle peut alors mieux se situer dans la société et maintenir une position plus satisfaisante tant au niveau du travail, du milieu de vie que des interactions sociales et des loisirs, et retrouve ainsi sa dignité, sa qualité de vie et son pouvoir d'agir sur sa propre vie.

La réhabilitation oriente vers l'atteinte d'un rétablissement global, ce qui va plus loin que le seul rétablissement de la maladie mentale.

7. LE RÉTABLISSMENT

Le rétablissement (*recovery*) est un processus actif fondé sur l'expérience subjective de la personne, ses efforts continus pour surmonter et dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences qui lui sont associées, une redécouverte, une reconstruction du sens du soi [25]. Pour y arriver, il est nécessaire de s'intéresser à d'autres facettes de l'individu qui auront été profondément affectées par l'expérience de la maladie et de son traitement. Par exemple, la modification de la perception de soi, de sa propre identité, les difficultés liées à la discrimination sociale et familiale, la mise à l'écart du monde du travail, l'impossibilité d'atteindre les objectifs de vie préalables et la perte d'espoir [2].

Certains ingrédients semblent fondamentaux pour permettre à une personne affectée de se rétablir : conserver l'espoir ainsi que retrouver un sens à sa vie en se redéfinissant de nouveaux buts apparaissent comme des éléments clés. La notion d'*empowerment* (ou pouvoir d'agir, qui comprend par exemple le fait de prendre la responsabilité de son rétablissement en gérant son traitement et sa santé, de faire des choix de vie soi-même et d'avoir la possibilité de pren-

Tableau 2
Les étapes du rétablissement [25]

Étapes	Perception de soi	Caractéristiques
Moratoire	L'expérience de la schizophrénie « la descente aux enfers »	Déni, confusion, désespoir, repli, souffrance incommensurable, effondrement des désirs, des rêves Ostracisme familial et social
Prise de conscience	Le jaillissement d'une étincelle, le désir de vivre	Première lueur d'espoir dans une vie meilleure et une possibilité de rétablissement.
Préparation	Une démarche personnelle d'introspection	Faire l'inventaire de sa partie saine, de ses forces et faiblesses. Apprendre à gérer sa maladie et à faire appel aux services disponibles.
Reconstruire	Activation de moyens personnels d'atteindre un mieux-être	Se forger une identité positive, établir des buts personnels importants. Faire des efforts pour chercher et expérimenter des stratégies
Croissance	Perception d'une lumière au bout du tunnel	Prendre la responsabilité de la gestion de sa maladie et du contrôle sur sa vie. La personne sait comment gérer la maladie et rester bien sans être nécessairement libre de symptômes. Elle est tournée vers le futur et se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie.

dre des risques mesurés) est un autre ingrédient fondamental dans l'atteinte du rétablissement. Les personnes rétablies arrivent ainsi à mieux redéfinir leur identité en distinguant la maladie de la personne, tout en intégrant de façon constructive l'expérience de cette maladie. Elles auront alors cheminé graduellement d'une étape dite de « moratoire » à l'étape de la « croissance » (Tableau 2) [13–25].

Dans nos vies, nous pouvons tous faire l'expérience de catastrophes individuelles (deuil, divorce, faillite) ou sociales (guerre, désastre économique). Chacun de nous peut un jour être confronté au défi du rétablissement [2]. Il ne s'agit pas de nier que le problème a existé, ni que ses effets peuvent persister, ni que la vie a changé à jamais. Le rétablissement signifie que c'est la personne qui a évolué et que le sens de ces événements a changé pour elle. Les récits autobiographiques de plus en plus nombreux font état de la reconnaissance par la personne d'indices et par son environnement de signes d'un mieux-être dans ses dimensions biopsychosociales : « [...] le fait que je prenne régulièrement mes médicaments et que je fasse du sport, tous les jours, a un effet bénéfique au plan biologique et donc, psychologiquement, je le ressens parce que je retrouve mes capacités à fonctionner à mon rythme [...] ; donc socialement, je deviens accessible aux autres, cela sécurise mon entourage qui constate que je vais mieux et cesse d'être inquiet pour moi » [25].

8. INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

Avant d'aborder les technologies spécifiques de réadaptation dans l'article suivant, il est important d'introduire le concept de « diagnostic » propre à la réadaptation psychiatrique. Une fois un diagnostic psychiatrique classique posé, il est nécessaire d'identifier avec la personne atteinte un objectif global de réhabilitation, par exemple, habiter seule en appartement. Le travail consiste ensuite à examiner les habiletés et ressources nécessaires à la réalisation de cet objectif global et à évaluer où se situe actuellement le patient par rapport à chacune de ces habiletés et ressources [2]. Par exemple, combien de repas le patient devra-t-il pouvoir préparer lui-même (habileté) sur une base hebdomadaire

(niveau nécessaire) et combien peut-il en préparer actuellement (niveau actuel). Si un déficit est constaté, à quel organisme (ressource) pourra-t-on alors s'adresser ? On prend alors en compte différents éléments tels que les stratégies de *coping* propres à l'individu [15]. Obtenir ainsi un « diagnostic de réadaptation » permet de mieux planifier les interventions spécifiques nécessaires pour arriver à la réhabilitation et au rétablissement.

Le bénéfice de certaines de ces technologies a déjà été clairement démontré par la recherche évaluative. Une des particularités des technologies de la réadaptation psychiatrique est qu'elles sont généralement soumises de façon rigoureuse à la recherche évaluative. Cette pratique, quoique souvent ardue, présente de nombreux avantages. D'une part, elle confère une crédibilité aux interventions ainsi développées et permet de voir la réadaptation psychiatrique comme un domaine théorique cohérent. Elle permet aussi de sélectionner les meilleures pratiques selon l'effet au niveau du bien-être global du patient et non essentiellement en fonction de préférences théoriques, économiques ou idéologiques. Le Tableau 3 indique une série d'interventions de réadaptation où des études randomisées ont bien démontré leur efficacité pour leur impact sur le fonctionnement de la personne atteinte de schizophrénie [1]. Pourtant peu de ces pratiques font partie des services offerts à la population. En fait, aux États-Unis, une minorité (moins de 10 %) de personnes atteintes de troubles mentaux graves a accès à l'ensemble des interventions psychosociales reconnues efficaces [11]. La situation est sans doute similaire au Québec et en France. Même si bon nombre de profession-

Tableau 3
Interventions psychosociales ayant démontré leur efficacité [1]

Type d'intervention	Niveau d'évidence
Entraînement aux habiletés sociales	B
Psychothérapies cognitives	B
Suivi intensif dans le milieu (PACT)	A
Psychoéducation familiale	A
Soutien à l'emploi	A

Niveau d'évidence : (A) Efficacité très bien démontrée (B) Efficacité assez bien démontrée.

nels ont quelques notions de ces meilleures pratiques et s'en inspirent parfois dans leurs interventions, peu les utilisent de façon intégrale, souvent par manque de formation adéquate.

L'objectif n'est pas simplement de proposer des services, mais plutôt d'améliorer la réussite et la satisfaction des patients dans l'environnement de leur choix. La recherche en santé (comme dans bien d'autres domaines) s'oriente de plus en plus vers les résultats observables des soins plutôt que sur le processus d'offre d'interventions. Cela permet d'en faciliter l'implantation dans des contextes économiques, sociaux et culturels différents. Par exemple, quoique la majorité des technologies de réadaptation psychiatrique aient été développées et évaluées dans des contextes anglo-saxons, leur adaptation à différents contextes est facilitée par le rigoureux processus ayant mené à leur mise en place. Encore faut-il arrimer ces services selon une approche bio-psycho-sociale cohérente, les offrir de façon individualisée en tenant compte des besoins de la personne et des diverses phases de la maladie. Certaines de ces interventions seront développées dans un article suivant dans un autre numéro.

9. CONCLUSION

Après plus de deux décennies d'évolution rapide, la réadaptation psychiatrique a su démontrer son importance incontournable dans le traitement des personnes aux prises avec des troubles sévères et persistants. Sa philosophie met vraiment le patient, avec ses forces et ses incapacités, au centre du processus d'évaluation des besoins et des interventions. Son objectif est le rétablissement de la personne dans ses différents rôles, ce qui va bien au-delà des objectifs de « réponse » ou « rémission » syndromique et représente un important message d'espoir pour la personne atteinte. Ses moyens sont diversifiés, appliqués par une équipe interdisciplinaire et validés par un souci d'évaluation scientifique de leur pertinence.

Toutefois, l'implantation de la réadaptation psychiatrique demeure généralement insuffisante [30]. L'accès à des services de réadaptation psychiatrique n'est pas partout possible. Maximiser l'offre de services en réadaptation psychiatrique passe par la sensibilisation et la formation des différents professionnels impliqués, l'implication accrue des organismes subventionnaires et des gouvernements, mais aussi par l'implication active des psychiatres à l'intérieur de leur milieu de pratique.

RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association. Treatment Guidelines for Schizophrenia. 2nd edition. *Am J Psychiatry Supp* 2004;161:1–56.
- [2] Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Gagné C. La Réhabilitation psychiatrique. Charleroi: Socrate Éditions Promarex; 2004.
- [3] Anthony WA, Liberman RP. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base. *Schizophr Bull* 1986;12:542–59.
- [4] Bachrach LL. Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry: What are the Boundaries? *Can J Psychiatry* 1996;41:28–35.
- [5] Bachrach LL. The State of the State Mental Hospital in 1996. *Psychiatr Serv* 1996;47:1071–8.
- [6] Bockoven JS. Moral Treatment in American Psychiatry. New York: Springer; 1963.
- [7] Collette S, Lalonde P, Jalbert C. Approches familiales. In: Lecomte T, Leclerc C, editors. Manuel de réadaptation psychiatrique. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec; 2004. p. 231–52.
- [8] Davis JM, Chen N, Glick IDA. Meta-analysis of the Efficacy of Second-generation Antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553–64.
- [9] Deleu G, Lalonde P. Thérapie psychoéducative. In: Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, editors. Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale. 3^e édition. Tome II. Montréal: Gaëtan Morin éditeur; 2001.
- [10] Deleu G. Réhabilitation : plaidoyer pour une meilleure formation de chaque intervenant. *L'Agenda psychiatrie* 2002;24:6–7.
- [11] Drake RE, Goldman H, Leff HS, Lehman AF, Dixon L, Mueser KT, et al. Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Services Settings. *Psychiatr Serv* 2001;52:179–82.
- [12] Farkas M, Gagné C, Sullivan SA. Disponibilité à la réhabilitation : une introduction. Socrate Éditions Promarex; 2005.
- [13] Favrod J, Scheder D. Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:205–8.
- [14] Geller JL. The Last Half-Century of Psychiatric Services as Reflected in Psychiatric Services. *Psychiatr Serv* 2000;51:41–67.
- [15] Lalonde P, Lesage A, Comtois G, Morin C, Likavcanova E, L'Écuyer G. Stratégies de coping dans la schizophrénie. *Encephale* 1996;22:240–6.
- [16] Lalonde P. Schizophrénie. In: Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, editors. Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale. 3^e édition. Montréal: Gaëtan Morin éditeur; 1999. p. 242–85 (Tome I, chapitre 10).
- [17] Lamb HR, Bachrach LL. Some Perspective on Deinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001;52:1039–45.
- [18] Le Nouveau Petit Robert. Article « Réhabilitation. ». Paris: Dictionnaire Le Robert; 1996.
- [19] Lesage AD, Morissette R, Fortier F, Reinhartz D, Contandriopoulos AP. Downsizing Psychiatric Hospitals: Need for Care and Services of Current and Discharged Long-Stay Inpatients. *Can J Psychiatry* 2000;45:526–31.
- [20] Lesage AD, Morissette R. Chronique mon c**. *Can J Psychiatry* 2002;47:617–8.
- [21] Liberman RP, Hilty DM, Drake RE, Tsang HWH. Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatr Serv* 2001;52:1331–42.
- [22] Messier MJ. Réadaptation. In: Lalonde P, Aubut J, Grunberg F, editors. Psychiatrie clinique: approche biopsychosociale. 3^e édition. Montréal: Gaëtan Morin éditeur; 2001. p. 1876–91 (Tome II, chapitre 81).
- [23] Morissette R. et al. Le modèle T-R-R. Matériel non publié. Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- [24] Mueser KT. Helping Families Manage Severe Mental Illness. *Psychiatr Rehab Skills* 1996;1:21–42.
- [25] Noiseux S. Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. Thèse de doctorat; 2005.
- [26] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS; 2001.
- [27] Reinhartz D, Lesage A, Contandriopoulos AP. Cost-Effectiveness Analysis of Psychiatric Deinstitutionalization. *Can J Psychiatry* 2000;45:533–8.
- [28] Stip E, Rialle V. Environmental Cognitive Remediation in Schizophrenia: Ethical Implications of "Smart Home" Technology. *Can J Psychiatry* 2005;50:281–91.
- [29] Talbot JA. Deinstitutionalization: Avoiding the Disasters of the Past. *Psychiatr Serv* 2004;55:1112–5.
- [30] Tempier R, Favrod J. Réadaptation psychiatrique en milieu francophone : Pratiques actuelles, défis futurs. *Can J Psychiatry* 2002;47:621–7.