

Supplément à Neurone 2009; Vol 14 (Numéro spécial)

La prise en charge post-hospitalière

Dubois V, Masson AM, De Nayer A, Pirson O, Delatte B, Gillain B,
Mallet L, Domken MA, Floris M, Stillemans E, Detraux J

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Introduction | 4 |
| 2. | Définitions et objectifs | 4 |
| 2.1. | La réadaptation (<i>rehabilitation</i>) | 5 |
| 2.2. | La réhabilitation | 5 |
| 2.3. | Le rétablissement (<i>recovery</i>) | 5 |
| 2.4. | Insertion et réinsertion | 5 |
| 2.5. | Pathologie, déficit, invalidité, handicap | 5 |
| 3. | La réadaptation: une option réaliste? | 6 |
| 3.1. | Evolution symptomatique/syndromique | 6 |
| 3.1.1. | La rémission/le rétablissement | 6 |
| 3.1.2. | Risque de réhospitalisation | 8 |
| 3.2. | Evolution psychosociale et vocationnelle | 8 |
| 3.2.1. | Evolution et insertion psychosociale | 8 |
| 3.2.2. | Evolution et insertion professionnelle | 9 |
| 4. | Interventions et plan de soins | 10 |
| 4.1. | Plan d'intervention en situation d'urgence et de crise | 10 |
| 4.2. | Contrats de soins | 10 |
| 5. | Modèles d'organisation du suivi des patients | 11 |
| 6. | La réinsertion professionnelle | 13 |
| 6.1. | Comment préparer un retour ou une intégration au travail ou aux études? | 13 |
| 6.2. | Qu'est-ce qui facilite ou fait obstacle à la réinsertion professionnelle? | 14 |
| 7. | Evaluation | 14 |
| 7.1. | Principes généraux | 14 |
| 7.2. | Domaines d'évaluation | 15 |
| 7.3. | Instruments de mesure des besoins individuels | 15 |
| 8. | Conclusion | 16 |

1. Introduction

La schizophrénie est une maladie chronique qui, dans la plupart des cas, doit être traitée pendant toute la vie. De nombreux schizophrènes n'adhèrent pas au traitement ambulatoire après une première hospitalisation. Selon une étude de Morken et al. (1), le risque de réhospitalisation est 4 fois plus grand lorsque les patients ne sont pas adhérents au traitement. Etant donné les graves conséquences de la non-adhésion, il est donc essentiel que l'équipe soignante élabore un plan de traitement avec chaque patient en vue de réduire le risque de rechute. Non seulement l'adhésion au traitement médicamenteux, mais aussi la psychoéducation, la réinsertion professionnelle, la formation, la socialisation et l'alliance et le suivi avec un intervenant principal sont des ingrédients importants d'une réadaptation psychiatrique réussie.

La réadaptation est en pratique le plus souvent envisagée en deuxième lieu, suite à une phase de traitement et non comme devant être intégrée dès le début (2). Cependant, son importance dès le début du traitement est de plus en plus évidente dans la littérature (3). Pour la plupart des psychiatres, le contrôle des symptômes et la rémission sont les buts les plus importants dans la prise en charge de la schizophrénie. Le but de la réadaptation dans cette phase consiste à maintenir une rémission ou un bon contrôle sur les symptômes, à minimiser les facteurs stressants agissant sur le patient, à fournir du support pour diminuer le risque de rechute et à favoriser la réhabilitation par l'acquisition de stratégies adaptatives. A ce stade-ci, une bonne adhésion ainsi que la mise en place d'interventions psychosociales spécifiques semblent être des facteurs déterminants pour diminuer le risque de rechute (4-6). Dans une deuxième étape, la réadaptation psychiatrique vise la réinsertion sociale (7). La réadaptation consiste à redonner au patient les moyens d'agir, les habiletés nécessaires pour s'adapter, apprendre, travailler, socialiser et vivre de la façon la plus normale possible, en tenant compte de ses déficits et de ses capacités.

Plusieurs facteurs reliés à des préoccupations tant sociales, humanitaires, scientifiques qu'économiques ont suggéré qu'il est possible et souhaitable de favoriser le retour des personnes atteintes de troubles mentaux vers la communauté.

La réadaptation psychiatrique est maintenant clairement définie par sa nature bio-psychosociale. Une équipe de réadaptation psychiatrique doit réunir des professionnels possédant des expertises complémentaires dans un cadre de travail interdisciplinaire (3). La gestion de la médication, l'établissement d'un réseau social, l'autonomie économique, l'intégration à l'emploi sont des défis lors de la sortie de l'hôpital. La planification des interventions doit se faire en collaboration avec le patient et se doit d'être individualisée pour refléter les forces et les lacunes de chacun (3). Une réadaptation réussie est le résultat des

efforts conjoints du patient, de sa famille et de l'équipe de traitement.

La réadaptation représente donc une pierre angulaire qui permet de donner aux personnes atteintes de troubles persistants, comme la schizophrénie, l'espoir de réaliser leur plein potentiel. L'absence du processus de réadaptation décuple la probabilité de se considérer comme un malade chronique (2), ce qui stigmatise et mène habituellement à une marginalisation (3).

2. Définitions et objectifs

Même s'il a beaucoup été utilisé, le terme «réadaptation» a été ambigu et peu compris (8). Le manque d'une définition claire et précise a occasionné 2 types de difficultés:

- le terme de la réadaptation s'avère trop évusif;
- il n'y a pas de critères pour évaluer les programmes, pas de cadre théorique pour évaluer et répliquer les innovations. Cela empêche d'obtenir des résultats valides (9,10). C'est pourquoi nous précisons d'abord la définition de certains termes.

La littérature anglo-saxonne utilise généralement le terme de «*rehabilitation*» pour faire référence

La réadaptation psychiatrique est essentielle pour les personnes souffrant de troubles psychotiques en vue de réduire le risque de rechute et doit être intégrée dès le début de la prise en charge.

au processus permettant à un individu de retrouver une fonction ou pallier un déficit (3). Selon Barbès-Morin & Lalonde (3) et Lalonde (7), le mot «*rehabilitation*» se traduit correctement par le mot «réadaptation». La littérature francophone utilise parfois dans ce même sens l'anglicisme «réhabilitation». Toutefois, selon Barbès-Morin & Lalonde, la réhabilitation 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 (3). Notons, à cet égard, que la littérature anglo-saxonne ne distingue pas ces deux concepts (réadaptation et réhabilitation) et se réfère indistinctement à la notion de «(*psychosocial*) *rehabilitation*».

1. **Traitement individualisé: l'individualisation des besoins et des services, des interventions individuelles taillées sur mesure («need for individually tailored interventions»).**

Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réadaptation doit être individualisé pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est du sur-mesure et non pas une action globalisante pour l'ensemble des patients atteints de schizophrénie.

2. Centré sur l'environnement: l'accent est mis sur la personne dans le milieu. Les interventions doivent viser non seulement à doter les personnes d'habiletés, mais également à structurer l'environnement immédiat de la personne (la famille, réseau social et professionnel) en vue de favoriser l'adaptation du patient. Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement psychosocial, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie mentale sévère (informer le public, modifier les services médicaux, les structures d'accueil,...).

3. Centré sur les forces/compétences: l'utilisation maximale des capacités du patient, malgré l'existence de la maladie mentale. La réadaptation mise sur les forces de la personne, sur la partie saine de son ego. Chaque personne, même sévèrement handicapée, est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. Il y a toujours une portion intacte de l'ego qui peut être touchée par le traitement.

4. Soutenant l'espoir: l'espoir est un ingrédient essentiel à la réadaptation.

5. Centré sur le potentiel d'emploi: la valeur du travail et l'optimisme quant au potentiel professionnel des personnes. La réadaptation soutient la conviction que le travail est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapées par la maladie mentale. Il s'agit d'envisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi à temps complet, mais des emplois souples, diversifiés, tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs.

6. Services intégrés et complets: le travail, aussi important soit-il, ne peut combler tous les besoins de l'être humain. Aussi la réadaptation fait-elle une place de choix au loisir, au logement, au réseau communautaire.

7. Implication active du patient: l'engagement actif de la personne dans la construction de son protocole de réadaptation. Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit donc pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix. L'autodétermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, la nature de ses symptômes, les conséquences qui en découlent et les possibilités de traitement.

8. Continuité du suivi à long terme: l'aspect «continuité» de traitement de la réadaptation. La réadaptation est un processus continu qui nécessite continuité des soins et du soutien et qui doit être constamment revu en fonction de l'évolution. Il importe de ne pas suspendre les services de réadaptation en cas d'hospitalisation.

9. Fondé sur une alliance thérapeutique solide: réels partenariats. La réadaptation implique le développement de réels partenariats et la création d'une alliance et d'un lien de confiance.

Lexique*

| ACTION/MOYEN | OBJECTIF/BUT |
|--|---|
| La réadaptation | La réhabilitation |
| La réadaptation se centre sur le patient. | La réhabilitation concerne non seulement le patient mais aussi son milieu. |
| Une approche thérapeutique qui tient compte des incapacités fonctionnelles de la personne et vise le développement maximal de ses compétences. | La réhabilitation vise l'actualisation des compétences du patient dans les situations concrètes. |
| Cet idéal est réalisé par des procédures d'apprentissage et de soutien environnementaux, et l'adhésion au traitement. Les interventions visent à soutenir la personne dans le développement de son autonomie et de sa qualité de vie, en l'accompagnant dans son quotidien et dans la poursuite de ses objectifs personnels. | Pour réaliser cet idéal, l'intervention consiste à changer le milieu pour réduire la stigmatisation, changer les attitudes et les croyances négatives des gens face à la maladie mentale et favoriser l'adaptation de la personne. Les programmes de soutien à l'emploi sont un bon exemple d'une telle pratique. |

* La réadaptation et la réhabilitation sont des concepts utilisés dans un contexte socioprofessionnel, tandis que le rétablissement est un concept utilisé dans un contexte purement clinique.

2.1. La réadaptation (*rehabilitation*)

Bachrach décrit la réadaptation comme étant une approche thérapeutique «qui encourage la personne atteinte d'une maladie mentale à développer de façon optimale ses capacités à l'aide d'un environnement favorisant l'apprentissage et le soutien social». Elle n'est pas une opposition au traitement psychiatrique et médicamenteux (8). Il n'y a donc pas lieu d'opposer la réadaptation psychiatrique à la réadaptation psychosociale (7,8): la réadaptation psychiatrique vise la réinsertion sociale (7). La réadaptation psychiatrique et la réadaptation psychosociale sont donc interchangeables. Anthony & Liberman 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 (11). Sartorius souligne que la réadaptation doit restaurer ou créer une qualité de vie acceptable pour les personnes souffrant de troubles mentaux malgré les invalidités (12).

La réadaptation consiste à redonner au patient les moyens d'agir, les habiletés nécessaires pour s'adapter, apprendre, travailler, socialiser et vivre de la façon la plus harmonieuse possible, en tenant compte de ses déficits et de ses capacités. L'objectif de la réadaptation est la réhabilitation de la personne.

Bachrach mentionne 9 principes constituant la base de la pratique de la réadaptation (voir page 4) (8,13,14).

Auparavant, la réadaptation ne concernait que les professionnels de la santé. Le patient ne faisait que recevoir, sans vraiment avoir son mot à dire, des prescriptions de traitements pharmacologiques ou psychosociaux. Aujourd'hui, elle implique tant la personne elle-même que sa famille, son milieu, la collectivité et les professionnels.

2.2. La réhabilitation

Il s'agit de développer un contexte social pour redonner à la personne sa dignité et une place dans la société. Il ne s'agit pas tant d'agir sur le patient, mais d'agir sur nous-mêmes et sur la société pour diminuer les préjugés et la discrimination (7). Dans son usage anglo-saxon, le terme désigne la succession des actes par lesquels quelqu'un est rétabli dans ses droits et capacités (désirer, parler, penser, travailler, etc.), mais aussi comment un sujet peut lui-même se reprendre en main (15).

La réhabilitation consiste à modifier les perceptions et les attitudes alimentées par les préjugés à propos des maladies mentales, mais aussi la perception dévalorisée que la personne porte sur elle-même. Pour favoriser la réhabilitation, il faut donc (3):

- 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 déficiences) 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 opportunités, en dénonçant les politiques sociales discriminantes, en revendiquant des mesures économiques qui favorisent l'intégration.

2.3. Le rétablissement (*recovery*)

Dans un article précédent du groupe sur la rémission, le rétablissement était défini comme

un stade de longue rémission, sans symptômes (symptômes-clés se situant assurément au niveau de la "normalité", cela veut dire absents ou incertains), avec une amélioration du fonctionnement, de la cognition et de la qualité de vie. Le rétablissement dure plus longtemps/arrive plus tardivement que la rémission, sans exclure la nécessité d'un traitement (16). Au-delà de 6 mois, la rémission fait place au rétablissement.

2.4. Insertion et réinsertion

Les termes de réinsertion ou d'insertion se réfèrent davantage à une dimension sociale et sont en rapport avec une notion d'intégration dans une communauté plus vaste: on peut parler d'insertion ou de réinsertion professionnelle, mais aussi «sociale», lorsqu'il s'agit de faciliter aux patients psychotiques leur retour dans la communauté et leur accès aux différents droits et obligations liés à la vie collective (15).

Si l'on veut éviter une nouvelle hospitalisation à brève échéance, il est nécessaire de bien gérer la sortie et d'orchestrer très précisément la continuité des soins.

2.5. Pathologie, déficit, invalidité, handicap

Anthony et Liberman ont élaboré, à partir de concepts d'abord introduits en santé physique, un modèle conceptuel de la réadaptation psychiatrique (11). Ils divisent en quatre niveaux l'impact d'une maladie mentale grave ainsi que les interventions à mettre en oeuvre:

- **pathologie** (*pathology*): anomalie ou lésion anatomique au niveau cérébral causée par un processus ou agent étiologique;
- **déficit** (*impairment*): perte ou anomalie d'une structure ou du fonctionnement physiologique, psychologique ou anatomique causée par la pathologie sous-jacente, qui mène à l'altération du fonctionnement cérébral et à la manifestation de symptômes positifs (tels que les délires, les hallucinations), négatifs (telle que l'anhédonie) et de troubles cognitifs. L'évaluation diagnostique et des interventions comme l'hospitalisation, la pharmacothérapie et la psychothérapie sont indiquées;
- **invalidité** (*disability*): incapacité dans l'accomplissement d'une activité considérée comme normale pour un être humain (p.ex. un déficit au niveau des habiletés sociales causé par les symptômes négatifs de la schizophrénie);
- **handicap**: désavantage résultant d'une invalidité qui limite la possibilité d'assumer un rôle considéré comme normal pour un individu (exemple: non-accès au travail).

Le traitement cible essentiellement la pathologie et le déficit. Lorsque les facettes pathologie

Tableau 1: Pourcentages de patients atteints de schizophrénie ayant des besoins, mesurés à l'aide d'échelle d'Evaluation des Besoins de Camberwell (26).

| | % de patients qui ont des besoins par rapport à... | % de besoins totalement ou partiellement comblés | % de besoins absolument non comblés | Ratio besoins non comblés/ totaux |
|--------------------------|--|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Symptômes psychotiques | 84 | 59,6 | 24,4 | 29,1 |
| Relations sociales | 58,4 | 27,3 | 31,1 | 53,3 |
| Activités quotidiennes | 56,5 | 37,8 | 18,7 | 33,1 |
| Détresse psychologique | 55,5 | 32,1 | 23,4 | 42,2 |
| Information | 43,3 | 21,8 | 21,5 | 49,7 |
| Activité domestique | 39 | 29,4 | 9,6 | 24,5 |
| Argent | 36,8 | 26,3 | 10,5 | 28,6 |
| Relations intimes | 34,2 | 8,4 | 25,8 | 75,5 |
| Nourriture | 34 | 26,6 | 7,4 | 21,8 |
| Santé physique | 28,2 | 17,9 | 10,3 | 36,4 |
| Logement | 28,2 | 15,8 | 12,4 | 44,1 |
| Sexualité | 21,5 | 7,7 | 13,9 | 64,4 |
| Sécurité personnelle | 18,7 | 9,3 | 9,3 | 50 |
| Allocations | 17,5 | 7,7 | 9,8 | 56,2 |
| Soins personnels | 14,4 | 9,8 | 4,5 | 31,7 |
| Alcool | 13,9 | 9,6 | 4,3 | 31 |
| Transports | 10,5 | 5,5 | 5 | 47,7 |
| Education | 8,4 | 3,1 | 5,3 | 62,9 |
| Soins des enfants | 6,5 | 1,4 | 5 | 77,8 |
| Abus de substances | 5,3 | 2,9 | 2,4 | 45,5 |
| Sécurité pour les autres | 4,1 | 3,3 | 0,7 | 17,6 |
| Téléphone | 3,6 | 1 | 2,6 | 73 |

et déficit reliées 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.

La réadaptation vise l'invalidité, l'accompagnement des personnes aux prises avec des incapacités dans l'atteinte de leurs objectifs. Finalement, la réhabilitation s'applique aux handicapés, favorisant la réinsertion sociale (3).

3. La réadaptation: une option réaliste?

La réadaptation prend une place de plus en plus importante dans la prise en charge au long cours

des patients atteints de schizophrénie. Les pourcentages oscillent entre 22 et 90% selon les critères utilisés pour la prise en charge post-hospitalière (18). D'autres études rapportent que 40 à 60% des patients ne reçoivent pas de soins ambulatoires à la sortie de l'hôpital (19,20). Selon une étude qualitative de Vallow et al. (21), la continuité des soins est le résultat d'une combinaison des divers éléments comme la disponibilité des médicaments, des traitements individualisés et l'accessibilité aux soins. En Belgique, l'étude de Bruffaerts et al. (22,23) a montré qu'une planification de soins à la sortie diminue le risque de réhospitalisation; ce risque est 6 fois plus grand lorsque les patients psychiatriques ne reçoivent pas une prise en charge post-hospitalière.

Dans ce cadre, on peut se poser les questions suivantes:

1. La planification de soins est-elle proposée avant la sortie pour assurer la continuité des soins?
2. L'intervention proposée est-elle acceptée et/ou suivie?
3. Si elle est suivie, la réadaptation est-elle une option réaliste?

1. La planification de soins est-elle proposée avant la sortie?

Selon Nelson et al. (24), un patient a un taux de réhospitalisation 2 fois plus élevé s'il n'a pas de rendez-vous concrétisé à la sortie. Dans une étude rétrospective, Thompson et al. (25) ont trouvé que seulement 16% des patients psychiatriques avaient reçu un rendez-vous post-hospitalier. Les patients atteints de schizophrénie avaient plus de chance de recevoir une continuité de soins.

2. L'intervention proposée est-elle acceptée et/ou suivie?

En Belgique, l'étude de Bruffaerts (22) a démontré qu'en dépit du fait que 94,8% des patients avaient reçu une proposition pour une prise en charge post-hospitalière, seulement 58,6% parmi eux se sont conformés à cette proposition. Pourtant, une étude de Middelboe et al. (26), réalisée dans les pays nordiques sur les personnes atteintes de schizophrénie (N = 418) vivant en milieu extra-hospitalier, a montré qu'en règle générale l'aide que les patients attendaient des services de soins était nettement supérieure à celle dont ils bénéficiaient concrètement. En fait, on peut considérer qu'il y avait un décalage entre les attentes des patients et les services proposés. Les domaines dans lesquels on observait le décalage le plus marqué entre les besoins et les services dispensés étaient le fonctionnement social et les relations humaines (voir **tableau 1**).

L'échelle "Evaluation des Besoins de Camberwell" est un instrument élaboré pour évaluer les besoins de soins des patients atteints de troubles mentaux sévères, comme la schizophrénie.

3. La réadaptation, représente-t-elle une option réaliste dans la prise en charge de la schizophrénie?

Plusieurs dimensions sont alors à évaluer: l'évolution symptomatique/syndromique (la rémission/le rétablissement, et risque de réhospitalisation), psychosociale (l'amélioration des activités sociales, l'autonomie dans la gestion de la vie quotidienne) et vocationnelle (fonctionnement dans un contexte professionnel ou scolaire) des patients.

3.1. Evolution symptomatique/syndromique

3.1.1. La rémission/le rétablissement

Jobe & Harrow (27) ont examiné les études empiriques qui évaluaient l'évolution à long terme de la schizophrénie. Toutes les études examinées utilisaient des sujets témoins et duraient dix ans ou plus. Même s'il y avait beaucoup de variance dans les résultats des différentes études, la

Tableau 2: Résultats d'études concernant la rémission et le rétablissement (28-38).

| Etude | Résultats | Définition |
|-------------------------|--|--|
| San et al. (2007) | Rémission symptomatique: 44,8% | Rémission symptomatique: score égal à deux ou moins pour chacun des items suivants: délires, hallucinations, trouble de la pensée formelle positive, et comportement bizarre sur SAPS, et émoussement affectif, avolition-apathie, anhédonie-asocialité, et alogie sur SANS. |
| Kane et al. (2007) | Rémission symptomatique après 52 semaines ARIP = 32% HAL = 22% | Score égal à trois (faible) ou moins pour chacun des 8 items suivants sur la PANSS depuis au moins 6 mois: délire, troubles de la pensée, comportement hallucinatoire, affect émoussé, retrait social passif/apathique, manque de spontanéité et flot de conversation, maniérisme et affectation, contenu de la pensée extraordinaire. |
| Emsley et al. (2007) | Rémission: 23,6% | Score égal à trois (faible) ou moins pour chacun des 8 items suivants sur la PANSS depuis au moins 6 mois: délire, troubles de la pensée, comportement hallucinatoire, affect émoussé, retrait social passif/apathique, manque de spontanéité et flot de conversation, maniérisme et affectation, contenu de la pensée extraordinaire. |
| Kissling et al. (2005) | Après 12 mois Rémission à la fin: 60% Rémission ≥ 6 mois: 45% | Score égal à trois (faible) ou moins pour chacun des 8 items suivants sur la PANSS depuis au moins 6 mois: délire, troubles de la pensée, comportement hallucinatoire, affect émoussé, retrait social passif/apathique, manque de spontanéité et flot de conversation, maniérisme et affectation, contenu de la pensée extraordinaire. |
| De Hert et al. (2005) | Patients non en rémission au début (34,4%): Rémission atteinte: 21% Patients en rémission au début (65,6%) après 6 mois: Maintien de la rémission: 63% | Score égal à trois (faible) ou moins pour 6 items suivants sur la PANSS depuis au moins 6 mois: délire, troubles de la pensée, comportement hallucinatoire, affect émoussé, retrait social passif/apathique, contenu de la pensée extraordinaire. |
| Robinson et al. (2004) | Après 5 ans: Rémission symptomatique: 47,2% | Rémission symptomatique: SADS-C (suspicion, délires, hallucinations, altération de la compréhension, comportement bizarre) ≤ 3 (léger); SANS affect émoussé, alogie, anhédonie-asocialité, avolition-apathie, attention < 3 (modéré) |
| Harrison et al. (2001) | Après 15-25 ans Rétablissement: 60% Rétablissement: 37,8% (schizophrènes), 54,8% (autres psychoses) | Rétablissement selon l'échelle de Bleuler (score 4) Rétablissement selon l'échelle de Bleuler et GAF-D >60 |
| Ho et al. (2000) | Sans traitement: 20,3% | Rémission des symptômes positifs (SAPS): scores des symptômes psychotiques et désorganisés ≤ 2 (léger) pendant 8 semaines. Divers domaines de Qualité de Vie: relations sociales, activités récréatives, GAS. |
| Edwards et al. (1998) | Après 1 an Rétablissement prolongé: 91,1% | Rétablissement prolongé = BPRS trouble somatique < 5, suspicion < 4, mégalomanie < 3, délires, sentiments de culpabilité < 5, comportement hallucinatoire < 2, désorganisation conceptuelle < 3, contenu de la pensée extraordinaire < 4). |
| Loebel et al. (1998) | Rémission complète: 74% | Rémission = SADS-C + PD symptômes positifs ≤ 3; CGI-S ≤ 3; CGI de gravité légère ou moins, et CGI d'amélioration fortement amélioré pendant 8 semaines. |
| Lieberman et al. (1993) | Après 1 an Rémission: 83% Rémission complète: 74% Rémission partielle: 12% | Rémission = SADS-C + PD symptômes positifs (suspicion, délires, hallucinations, altération de la compréhension, comportement bizarre) ≤ 3; CGI-S ≤ 3; CGI-C ≤ 2; pendant 8 semaines Rémission partielle = symptômes positifs persistants ou symptômes négatifs. Rémission complète = absence de symptômes résiduels sur SAPS, symptômes négatifs ≤ 2 (léger) sur SANS. |

SAPS = Scale for the Assessment of Positive Symptoms

SANS = Scale for the Assessment of Negative Symptoms

PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale

SADS-C = Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia Change

GAF-D = GAF Disability Scale

GAS: Global Assessment Scale

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale

CGI-S = Clinical Global Impression of Severity

CGI-C = Clinical Global Impression - Change

GAF = Global Assessment of Functioning

schizophrénie est un trouble dont le pronostic est relativement moins bon que celui des autres troubles psychiatriques. Néanmoins, il y a des sous-groupes avec des résultats positifs: certains patients avec des périodes prolongées de rémission ne montraient pas une dégradation progressive,

qu'ils aient bénéficié ou non d'un traitement de suivi prolongé.

Dans l'étude de Robinson et al. (28), 118 patients, lors de leur premier épisode psychotique avec un diagnostic soit de schizophrénie (70%), soit de

troubles schizo-affectifs (30%), furent analysés. Après 5 ans, 47,2% des patients atteignent la rémission symptomatique, 25,5% l'amélioration fonctionnelle et sociale. Seulement 13,7% rencontraient les critères qualifiés selon l'auteur de «full recovery» depuis au moins deux ans.

Le **tableau 2** laisse entrevoir les résultats d'autres études. Ces études indiquent un taux de rémission/rétablissement jusqu'à 90%! Les pourcentages varient évidemment selon les critères utilisés: si l'on applique des critères plus stricts, les taux de rémission ou rétablissement diminuent à 20-40%.

3.1.2. Risque de réhospitalisation

Les taux de réhospitalisation des personnes atteintes d'une maladie mentale sont très élevés par rapport à ceux des personnes atteintes de la plupart des autres maladies. Parmi les taux de réhospitalisation en raison d'une maladie mentale, ceux des personnes atteintes de troubles schizophréniques ou psychotiques figurent parmi les plus élevés (39,40). Par exemple, 27% des patients admis dans un hôpital général en raison d'une dépression ont été réadmis à l'hôpital dans l'année suivant leur sortie, comparativement à 38% des patients ayant un diagnostic de schizophrénie (41). Selon les études de Daniels et al. (40) et Mahendran et al. (42), respectivement 71,4% et 66,7% des patients atteints de schizophrénie sont réhospitalisés dans les cinq ans.

En ce qui concerne les indicateurs pronostiques, on peut dire que le risque d'une réhospitalisation chez les patients atteints de schizophrénie s'accroît quand les facteurs suivants sont réunis (43):

* Facteurs liés aux patients

- Sexe masculin
- Jeune âge (< 40 ans)
- Age de début plus précoce de la maladie
- Psychopathologie sévère malgré le traitement
- Absence de prise de conscience de la maladie (anosognosie)

* Facteurs liés au traitement

- Interruptions fréquentes de traitement
- Faible planification à la sortie durant le séjour à l'hôpital
- Suivi insuffisant du patient et manque de continuité des soins ambulatoires
- Faible coopération entre le patient, les aidants et les soignants

Parmi les causes des rechutes psychotiques, la mauvaise adhésion au traitement est un facteur bien établi (1,43-49). Sur l'ensemble des cas de rechute (définie comme une réhospitalisation) survenant un an après une première hospitalisation, 32% sont attribuables à la non-adhésion, selon Weiden & Olfson (50).

La non-adhésion n'exerce pas seulement une influence sur les symptômes du patient (51), mais également sur sa réhospitalisation (1,45,47,48,52,53). Dans deux tiers des cas, les réhospitalisations sont directement attribuées à un défaut complet ou partiel d'adhésion (48,54). Selon les données d'Ayuso-Gutiérrez & del Río Vega (48), 73% des patients atteints de schizophrénie s'aggravent et nécessitant une hospitalisation ne prennent pas correctement leur traite-

ment. Selon une étude de Morken et al. (1), le risque de réhospitalisation est 4 fois plus grand lorsque les patients ne sont pas adhérents au traitement. Dans l'étude de Lam et al. (55), qui prend particulièrement soin de sa méthodologie de la vérification de l'adhésion, déjà 7 à 10 jours après leur sortie de l'hôpital, 25% des patients apparaissent partiellement adhérents.

Les taux de réhospitalisation en raison de schizophrénie sont plus élevés que dans le cas des autres maladies mentales.

L'insertion des patients psychotiques dans les soins ambulatoires reste souvent difficile et constitue un enjeu essentiel. Les caractéristiques des patients semblent jouer un rôle moins important que les services offerts dans le développement post-hospitalier de l'adhésion au traitement ambulatoire. Selon une étude de Bonsack et al. (56), 48% des patients ayant un premier épisode psychotique ne se rendent pas au rendez-vous fixé après la sortie. Les facteurs associés à la présence au rendez-vous sont l'hospitalisation volontaire, un contact avec un service psychiatrique plus de trois mois avant l'admission et une idéation suicidaire avant l'admission. La discussion du diagnostic avec le patient en cours d'hospitalisation, la construction d'un plan de traitement en collaboration entre l'équipe hospitalière et ambulatoire, l'initiation du traitement ambulatoire durant l'hospitalisation et l'élaboration des projets concrets avec le patient dans les domaines des besoins de base (logement, finances ou occupation), d'activités de la vie quotidienne ou de

psychoéducation sont autant d'éléments associés avec une bonne participation ultérieure aux soins.

Données belges

Depuis le 1^{er} janvier 2006, le Centre psychosocial Sint-Alexius d'Ixelles a lancé le projet "trAC-Tor". Ce projet ACT prévoit un accompagnement de patients adultes à la sortie de l'hôpital psychiatrique afin de faciliter leur réinsertion dans la société et d'éviter une rechute (57). Au Centre psychosocial Sint-Alexius, de Hert et al. (58) ont mené une étude en miroir, ou «pré-post». Les études en miroir comparent les données sélectionnées avant et après la mise en place du modèle d'organisation du suivi étudié (p.ex. l'initiation de la ACT). Ce protocole est simple, mais l'absence de groupe contrôle constitue un biais important (59,60). Toutefois, dans cette étude, portant sur 30 patients (87,8% ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif), les auteurs ont constaté une réduction significative du nombre des réhospitalisations et de leur durée moyenne (voir **tableaux 3 et 4**) chez des patients ayant reçu des soins à domicile pendant trois ans, par rapport à la même période sans ACT.

Ces résultats indiquent qu'ACT permettrait une réduction substantielle des coûts pour le système de santé belge. Selon l'étude de de Hert, une économie annuelle moyenne d'environ 8.415 euros par patient pourrait être réalisée.

3.2. Evolution psychosociale et vocationnelle

3.2.1. Evolution et insertion psychosociale

De bonnes relations intra- et extra-familiales offrent de bonnes potentialités de réadaptation. La grande étude internationale sur la schizophrénie

Tableau 3: Nombre moyen de journées d'hospitalisation par an, avant et après la mise en place du modèle ACT (58).

| | Avant la mise en place du modèle ACT | Après la mise en place du modèle ACT | p |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------|
| Nombre moyen de journées d'hospitalisation à plein temps par an | 84 | 18 | 0,0002 |
| Nombre moyen de journées d'hospitalisation à temps partiel par an | 33 | 21 | 0,2 |
| Nombre moyen de journées d'hospitalisation à plein temps et/ou à temps partiel par an | 117 | 40 | 0,0001 |

Tableau 4: Nombre moyen d'hospitalisations par an, avant et après la mise en place du modèle ACT (58).

| | Moyen | | Moyen |
|--|-------|---|-------|
| Nombre d'hospitalisations par an dans la période avant la mise en place du modèle ACT | 1,1 | Nombre d'hospitalisations dans la période avant la mise en place du modèle ACT | 2,2 |
| Nombre moyen d'hospitalisations par an après la mise en place du modèle ACT | 0,7 | Nombre moyen d'hospitalisations après la mise en place du modèle ACT | 0,97 |
| p | 0,002 | p | 0,002 |

menée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1977 (61) a confirmé que l'évolution à long terme de la schizophrénie dépend en grande partie du caractère accueillant de la famille et du soutien offert par l'environnement social. Dans une revue de la littérature, Mueser et al. (62) ont recensé 75 études dûment contrôlées. La plupart des études montrent que les modèles de «gestion de cas» ont peu d'effets sur le fonctionnement social. Seulement 21% des études montrent des effets positifs sur le fonctionnement

social (défini par les auteurs comme la qualité des relations sociales, la capacité de répondre aux attentes sociales). La revue systématique réalisée par la *Cochrane Collaboration* en 1998 (63) concernant le modèle de «gestion de cas» («*case management*» mais pas l'*Assertive Community Treatment*), montre que ce modèle ne produit pas des améliorations cliniques significatives du fonctionnement social. Le **tableau 5** laisse entrevoir les résultats d'une méta-analyse récente de Smith & Newton (64) concernant l'effet des

modèles de «gestion de cas» sur le fonctionnement social.

3.2.2. Evolution et insertion professionnelle

Dans le cadre d'une étude observationnelle, Fredenrich-Mühlebach et al. (70) ont constaté qu'à la sortie, 40% des patients atteints de schizophrénie n'ont pas concrétisé un projet de travail, de reprise d'études ou de travail en atelier protégé. De plus, le taux d'emploi pour les patients atteints de schizophrénie est très faible (71,72). En Europe, les chiffres oscillent entre 8% et 35% (73). La plupart des études européennes ont mis en évidence que le taux d'emploi chez les patients atteints de schizophrénie est de 10-20% (73,74). Aux Etats-Unis, les chiffres oscillent entre 3% et 42,8% (73). Marwaha et al., dans le cadre de l'EuroSC (*European Schizophrenia Cohort study*), la première étude comparative internationale (n = 1.208), basée sur des données épidémiologiques collectées pendant deux ans dans trois pays (Grande-Bretagne, Allemagne et France), ont trouvé

Tableau 5: L'impact des modèles de «gestion de cas» sur le fonctionnement social selon la revue systématique de Smith & Newton (64-69).

| Etude | Fonctionnement social | Comparaison |
|----------------------|-------------------------|------------------------|
| Bjorkman (2002) | Pas de changement | MFC vs services usuels |
| Issakidis (1999) | Amélioration (p < 0,05) | SIP vs GCC |
| Burns (1999) | Pas de changement | SIP vs GCC |
| Wykes (1998) | Amélioration modérée | SIP vs services usuels |
| Aberg-wistedt (1990) | Pas de changement | SIP vs services usuels |

SIP = Suivi Intensif du Patient; GCC = Gestion Clinique de Cas; MFC = Modèle centré sur les Forces du Client.

Tableau 6: Etudes de prévalence depuis 2000 concernant le fonctionnement social et/ou professionnel chez les patients atteints de schizophrénie (28,29,33,35,77,78).

| Etude | Résultats | Définition |
|--------------------------|---|--|
| San et al. (2007) | Fonctionnement social et/ou vocationnel adéquat: 10,2% | Fonctionnement social et/ou vocationnel: diverses échelles (GAF, MADRS, SF-12). |
| De Hert et al. (2005) | Les patients en rémission par rapport à ceux non en rémission montrent une amélioration du fonctionnement mesuré d'après des critères d'hygiène personnelle, d'activités ménagères et professionnelles (p < 0,0001) | Fonctionnement global: GAF, CGI |
| Robinson et al. (2004) | Amélioration fonctionnelle, vocationnelle et sociale: 25,5% « <i>full recovery</i> » (rémission symptomatique + amélioration fonctionnelle, vocationnelle, et sociale): 13,7% | Amélioration fonctionnelle: 3 composants de SAS - Fonctionnement dans un contexte professionnel, scolaire ou domestique: une occupation régulière, un emploi professionnel, au moins à temps partiel (minimum), y compris des études ou les activités domestiques - L'existence de contacts sociaux en dehors du milieu familial = relations amicales et/ou amoureuses, au moins une fois par semaine - Vie autonome: capacité à vivre de manière indépendante (vivre seul, sans supervision journalière des finances, des courses, des repas, des lessives, d'hygiène personnelle). |
| Auslander & Jeste (2004) | « <i>Sustained remission</i> »: 8% | - Absence d'hospitalisation pendant 5 ans - Capacité à vivre de manière indépendante pendant 2 ans - Fonctionnement psychosocial normal - Un traitement d'entretien n'est plus de mise ou la dose n'est pas plus haute que la moitié de la maximale donnée durant l'hospitalisation. |
| Marshall et al. (2000) | Après 12 mois Emploi compétitif grâce aux approches plus graduelles: 12% Après 12 mois Emploi compétitif grâce au soutien à l'emploi: 34% | |
| Ho et al. (2000) | Après 6 mois relations amicales, participations aux activités récréatives, satisfaction de vie en général; modéré ou faible fonctionnement vocationnel: un tiers temps en moyenne participation aux activités domestiques la plupart du temps GAS score: dysfonctionnement majeur. | Divers domaines de Qualité de Vie: relations sociales, activités récréatives, GAS. |

GAF = Global Assessment of Functioning

MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

SF-12 = Medical Outcomes Study 12-item Short Form health survey

CGI-S = Clinical Global Impression

SAS = Social Adjustment Scale

GAS: Global Assessment Scale

les taux d'emploi suivants, à pathologie égale: 12,9% (Grande-Bretagne), 30,3% (Allemagne) et 11,5% (France) (71). Lorsque l'on compare ces résultats avec la situation de l'emploi dans la population générale, on trouve pourcentages suivants: 71,4% (Grande-Bretagne), 61,8% (Allemagne) et 65,3% (France) (données de l'Union européenne pour le troisième trimestre de 2007) (75). L'absence de diplôme ou de formation, l'abus de substances, les troubles les plus sévères (plusieurs épisodes), un plus grand isolement social constituaient des handicaps pour exercer une activité (71). Une étude intereuropéenne (EPSILON), menée dans 5 pays (Angleterre, Danemark, Pays-Bas, Italie et Espagne), a révélé un taux d'emploi total de 20% (76). Pour les patients présentant un premier épisode psychotique, le taux d'emploi est plus haut (les chiffres oscillent entre 13-65%), en comparaison avec les patients traités depuis plus longtemps (71,73). Il faut donc intervenir rapidement lors du premier épisode psychotique afin que les jeunes conservent ou retrouvent un emploi le plus rapidement possible, pour ainsi diminuer les incapacités qui surviennent avec l'évolution de la maladie. Le **tableau 6** laisse entrevoir les résultats d'études du type de prévalence depuis 2000 concernant le fonctionnement social et/ou vocationnel chez les patients atteints de schizophrénie.

Remarque

Le travail garde une place essentielle dans le projet de vie de chaque individu. Il reste souvent le passage obligé, un objectif nécessaire pour accéder à un statut social. Toutefois, les perspectives de réinsertion professionnelle restent, pour un psychotique, assez faibles. La Belgique ne dispose pas de beaucoup de moyens diversifiés pour favoriser l'accès à l'emploi des patients atteints de schizophrénie. Signalons également le problème de la stigmatisation par les employeurs. Enfin, ces dernières années, avec l'importance du chômage, il a bien fallu constater que, dans un monde où beaucoup sont privés d'emploi, l'accomplissement personnel doit souvent se décentrer de la vie professionnelle. Lorsque l'insertion professionnelle est impossible, il faudra imaginer avec le patient quels autres types d'activités auraient un sens pour lui (p.ex. des actions bénévoles).

4. Interventions et plan de soins

4.1. Plan d'intervention en situation d'urgence et de crise

Il est nécessaire d'établir un plan d'urgence en prévision des crises. Il est important de déterminer à l'avance à quel hôpital le patient devrait se rendre et/ou à quel psychiatre il devrait faire appel en cas d'urgence. Un plan d'intervention

Selon les données disponibles à ce jour, la (ré)insertion socioprofessionnelle concerne moins d'un tiers des patients dans l'ensemble mais monte à 50% dans le groupe des premiers épisodes.

nous sert non seulement de guide au cours d'une situation d'urgence, mais il nous permet aussi de détecter des risques passés inaperçus susceptibles d'empirer la situation et de les éliminer par la suite (79). Le plan d'intervention comprend tous les scénarios des situations d'urgence ou de crises possibles, leurs conséquences, les mesures à prendre et les ressources susceptibles de nous venir en aide. Il contient également une liste détaillée des personnes de l'entourage immédiat du patient disponibles à aider dans ces situations. C'est dans un plan d'intervention d'urgence que nous trouvons les étapes à suivre pour mieux gérer les situations imprévues et soudaines (80).

4.2. Contrats de soins (81,82)

Les contrats de soins doivent permettre d'inscrire les patients comme partenaires du soin, en essayant de favoriser une coopération active de la part

Tableau 7: Divers modèles d'organisation du suivi extra-hospitalier des patients PTMS² (62,78).

| | Gestion de cas standardisée <i>Standard Case Management</i> | | Soins de réhabilitation dans la communauté <i>Rehabilitation oriented community care</i> | | Soins intégrés à domicile <i>Intensive comprehensive care</i> | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| Modèles d'organisation du suivi des patients | Modèle du courtier « <i>Broker</i> » model | Modèle d'une gestion clinique de cas <i>Clinical Case Management</i> | Modèle centré sur les forces du client <i>Personal Strengths Model</i> | Modèle de la ré-adaptation <i>Rehabilitation Model</i> | Suivi assertif dans le milieu <i>Assertive Community Treatment</i> | Suivi intensif du patient <i>Intensive Case Management</i> |
| Caractéristiques | | | | | | |
| Ratio intervenant/client | 1:50 (?) | 1:30+ | 1:20-30 | 1:20-30 | 1:10-15 | 1:10 |
| L'« <i>outreach</i> » ³ | Bas | Bas/Modéré | Modéré | Modéré | Haut | Haut |
| Approche d'équipe (« <i>Shared caseload</i> ») | Non | Non | Non | Non | Oui | Non |
| Disponibilité 24h/24h | Non | Non | Non | Non | Souvent | Souvent |
| Rôle actif du patient (« <i>Consumer input</i> ») | Non | Bas | Haut | Haut | Bas | Bas |
| Accent mis sur l'entraînement des habiletés | Non | Bas | Modéré | Haut | Modéré (?) | Modéré (?) |
| Fréquence des contacts avec les patients | Bas | Modéré | Modéré | Modéré | Haut | Haut |
| Lieu des contacts | Clinique | Clinique/Milieu | Milieu | Clinique/Milieu | Milieu | Milieu |
| Intégration du traitement | Bas | Modéré | Bas (?) | Bas (?) | Haut | Haut (?) |
| Offre directe des services | Bas | Modéré | Modéré | Modéré | Haut | Haut |
| Exemples belges | « <i>Puente</i> » et « <i>S.P.A.D.</i> » ⁴ | | « <i>a.s.b.l. Réflexion</i> » | | « <i>trACTor</i> » | |

du sujet et en établissant une relation thérapeutique de qualité basée sur la confiance et le respect mutuel. Cela implique que l'on va discuter avec le patient, négocier avec lui certains points. Un contrat permet également de responsabiliser le patient car il doit s'engager à respecter ce qu'il a signé avec le psychiatre, et augmente la possibilité d'une réadaptation réussie.

Le traitement médicamenteux doit être noté sur le contrat ainsi que son mode d'administration et sa durée. Il importe d'informer le patient et son entourage sur la nécessité absolue de poursuivre le traitement, même si le patient va mieux, et de donner les arguments qui justifient cette continuation. De plus, la présence d'un gestionnaire de cas peut être précisée, ainsi que la fréquence des visites. Le contrat peut s'interrompre suite à une évolution favorable de la symptomatologie du patient. Le contrat peut aussi bénéficier d'un assouplissement du cadre, dans le but de maintenir l'alliance établie avec le patient. Des objectifs sur le plan de la réinsertion professionnelle et la socialisation sont également des ingrédients importants pour planifier la sortie et pour revaloriser le potentiel du patient face au monde extérieur, potentiel qui peut être entravé lors des hospitalisations. Le contrat fournit aussi le cadre d'interrogation du gestionnaire de cas sur le sens de son intervention et permet au patient de s'interroger sur son suivi. Il est le fil conducteur pour toute nouvelle prise en charge, afin d'éviter si possible de tomber dans l'engrenage de la chronicité et de rester lucide et attentif.

5. Modèles d'organisation du suivi des patients

Dans les recommandations de l'équipe PORT (*Patient Outcomes Research Team*), il est spécifié que:

1. les systèmes de santé destinés à des personnes souffrant de schizophrénie qui sont de grands utilisateurs des services de soins, devraient inclure des programmes de gestion assertive de cas et de suivi assertif dans la société (ACT) (*recommandation 29*)⁵;
2. les programmes de suivi assertif (ACT) devraient être destinés spécialement aux sujets qui présentent un risque élevé de réhospitalisations ou aux sujets qu'il a été difficile de maintenir en traitement actif dans des services plus traditionnels de soins (*recommandation 30*)⁶.

La «gestion de cas» (*case management*) s'est développée dans les années 1970 afin d'aider les personnes vivant avec un problème grave de santé mentale. A l'origine, la «gestion de cas» était composée de cinq fonctions principales: l'évaluation initiale, la planification, la liaison, le suivi et l'évaluation continue. Au fil du temps, la «gestion de cas» est devenue un service aux multiples fonctions, incluant notamment le dépistage de la clientèle, la prise de contact intensive afin

Tableau 8: Différence entre suivi intensif du patient et suivi assertif.

| Suivi intensif du patient ou gestionnaire de cas (<i>Intensive Case Management</i>) | Suivi assertif (<i>Assertive Community Treatment</i>) |
|---|---|
| Prestation des services majoritairement en bureau et/ou quelquefois en milieu naturel | Prestation du traitement dans la communauté et à domicile |
| L'intervenant offre quelques services directement et réfère pour d'autres services | Offre directement la majorité des services de traitement en réadaptation et réinsertion |
| Travaille seul et utilise des références ou consultations | Fonctionnement en équipe multidisciplinaire |
| L'accessibilité aux services de jour par semaine | Accessibilité aux services 24h/7 jours (collaboration centre de crise) |
| Ratio intervenant/client: 1/15-20 | Faible ratio intervenant/client: 1/8-10 |
| Durée des services variant de court à moyen-long terme, mais habituellement délimitée dans le temps | Durée illimitée de services |

Une meilleure planification commence bien avant que le patient soit prêt à retourner dans la société.

d'offrir des services, l'entraînement aux habiletés sociales, le soutien familial, de même que la défense des droits des personnes (83). Plusieurs modèles de «gestion de cas» existent: le modèle du courtier (*«Broker» model*), le suivi assertif dans le milieu (*Assertive Community Treatment*), le suivi intensif du patient (*Intensive Case Management*), le modèle centré sur les forces du client (*Personal Strengths Model*), le modèle de la réadaptation (*Rehabilitation Model*), le modèle d'une gestion clinique de cas (*Clinical Case Management*) (62,78,84) (voir **tableau 7**).

Dans le modèle du courtier, la responsabilité d'un gestionnaire de cas (*case manager*) n'est pas d'offrir un service direct, mais de s'assurer que le système répond adéquatement aux besoins de chaque patient (84). Mais l'expérience démontre que beaucoup de patients atteints de schizophrénie requièrent plus de soutien et de services directs (85). Dans les autres modèles, le gestionnaire de cas fonctionne comme clinicien ou thérapeute et offre un service direct. A la différence du modèle du courtier, où l'intervenant agit surtout par la coordination et l'orientation d'un client vers les ressources appropriées, l'intervenant dans les autres modèles dispense lui-même des services de traitement, de réadaptation et de soutien à la vie dans la société. De plus, dans le modèle du suivi assertif, l'ensemble des interventions est effectué en équipe. Le modèle du suivi intensif et le modèle du suivi assertif sont les plus connus. Malgré des similarités entre les deux, leur mode de prestation est différent (voir **tableau 8**).

Tous les modèles de «gestion de cas» reposent sur la responsabilité individualisée des gestionnaires de cas pour les clients, à l'exception du modèle du suivi assertif dans le milieu où l'accent est mis sur le fonctionnement en équipe multidiscipli-

naire (78). On peut donc distinguer les modèles en fonction de leur démarche.

Le modèle centré sur les forces du client (*Personal Strengths Model*) met l'accent sur les forces de la personne plutôt que sur la pathologie (78), et sur l'établissement d'une relation interpersonnelle très étroite entre le gestionnaire de cas et le client (souvent défini comme un partenariat). Il base toutes les interventions sur le principe de l'autodétermination, adhère au principe de la recherche active sur le terrain (*Assertive Outreach*) comme mode privilégié de contact avec le client, affirme que les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent apprendre, croître et se développer. Il prône que l'acquisition des ressources doit aller au-delà des services formels en santé mentale et mobiliser les ressources présentes dans la société (62). Il met l'accent sur le soutien actif des buts fixés par le client et sa stratégie repose sur l'accès aux ressources sociales permettant d'en actualiser le potentiel (86).

Un plan de traitement et de soins personnalisés constitue un passage souhaitable dans la prise en charge post-hospitalière. Ceci constitue un partenariat qui mène peu à peu le patient à gérer lui-même sa maladie.

Le modèle de la réadaptation (*Rehabilitation Model*) s'appuie sur les approches comportementalistes et ajoute aux modalités de courtage des occasions d'apprentissage proposées à la personne pour surmonter les déficits provoqués par la maladie (62). Il place l'accent sur l'amélioration des aptitudes de vie quotidienne de la personne. La gestion de cas par la réadaptation débute par une évaluation des capacités du client afin de déterminer ses lacunes dans le but d'établir un plan de réadaptation global (87). Le modèle insiste sur la nécessité de réduire les barrières qui restreignent l'accès aux ressources sociales, et sa

stratégie repose sur l'entraînement aux habiletés sociales nécessaires à l'atteinte des objectifs par le client (86).

Le modèle d'une gestion clinique de cas (*Clinical Case Management*) se réfère à l'orientation psychodynamique. Il met l'accent sur le développement réussi de la relation thérapeutique entre le gestionnaire de cas et le bénéficiaire comme ingrédient essentiel du plan de services (78).

Le suivi intensif du patient (*Intensive Case Management*) met l'accent sur l'importance d'un faible ratio intervenant/client et des efforts très intensifs d'encadrement (78).

Parmi les études s'étant intéressées aux effets du suivi intensif du patient, la plupart ont obtenu des diminutions significatives sur l'hospitalisation en psychiatrie. Cependant, d'autres n'ont obtenu aucun effet significatif ou ont démontré une augmentation du nombre d'hospitalisations. Cet aspect a fait l'objet d'une revue systématique et méta-analyse approfondie de Burns et al. (88). Selon cette revue, le modèle du suivi intensif du patient semble être plus efficace quand les participants ont tendance à utiliser souvent les services de l'hôpital psychiatrique, et moins efficace quand ils ne le font pas.

Le modèle du suivi assertif dans le milieu, ou l'ACT (*Assertive Community Treatment*), est un modèle de services développé par Stein, Test et leurs collègues dans les années 1970 (89). «L'approche ACT est basée sur le fait que tous les citoyens, incluant ceux qui sont touchés par les maladies mentales les plus graves et persistantes, ont le droit de vivre une vie décente et satisfaisante dans la communauté. La pierre angulaire sur laquelle est basée l'ACT... est que si les usagers en santé mentale reçoivent assez d'assistance et de soutien dans la communauté, l'hospitalisation et l'itinérance peuvent être prévenues ou presque éliminées et que ces personnes peuvent vivre librement dans la communauté une vie décente et avoir une qualité de vie satisfaisante. L'ACT travaille de façon respectueuse et collabore avec les usagers de façon à les aider à atteindre leurs buts dans les sphères du logement, du maintien dans la communauté, des relations sociales, du travail et de l'éducation, de la gestion des symptômes, des éléments stressants de la vie, de l'intégration dans la communauté, de la reprise du pouvoir et du rétablissement» (90).

Les principaux éléments d'une approche ACT sont (91-94): travail d'équipe (participation d'une équipe multidisciplinaire), nombre de clients par intervenant limité («faible ratio intervenant/client», «*low client/staff caseloads*»), services individualisés, contacts dans la communauté, accès rapide aux services (services disponibles 24h/jour), gestion des médicaments (évaluation, choix et dosage approprié), attention particulière sur les activités de la vie quotidienne, intégration des services (traitement, réadaptation et soutien), durée illimitée des services, assistance professionnelle et psychoéducation/soutien aux familles. Les services sont destinés aux personnes aux prises avec un trouble mental grave. La majorité de ces personnes ont un diagnostic de schizophrénie, de trouble schizo-affectif ou de trouble bipolaire (91). Sur le plan des coûts, le traitement assertif dans la communauté permettrait de déployer les ressources avec une flexibilité telle que le nombre de jours d'hospitalisation diminue (95).

De tous les modèles de suivi communautaire ('*case management*'), le modèle ACT est celui pour lequel il y a eu le plus de recherches évaluatives. Diverses études, y compris des méta-analyses, concluent que l'ACT diminue la fréquence et la durée des hospitalisations psychiatriques, tout en augmentant la stabilité résidentielle. Cette approche de traitement aiderait également à améliorer de façon modérée les symptômes et la qualité de vie subjective (62,78,92,96-98). Les résultats de la méta-analyse de Coldwell & Bender (92) dans l'*American Journal of Psychiatry*, totalisant 5.775 sujets, démontrent que ce type d'intervention réduit la probabilité de se trouver sans domicile fixe (*reducing homelessness*) en plus de minimiser la sévérité des symptômes de la personne atteinte de maladie mentale.

Selon l'APA, l'ACT est recommandé avec un degré substantiel de confiance. Une revue systématique réalisée par la Cochrane Collaboration (78) a repris les études randomisées contrôlées comparant l'orientation vers une prise en charge dans une structure de soins de proximité au suivi habituel en ambulatoire, à la réinsertion faite par l'hôpital ou à la coordination de soins personnalisés. Selon les conclusions de cette revue, cette approche, ciblée sur les patients fréquemment hospitalisés, permettrait de réduire le nombre et la durée des hospitalisations et d'améliorer la

satisfaction des patients. En comparaison avec des services habituels, l'ACT réduit les coûts d'hospitalisation mais pas le coût global des soins et des services. En Belgique, De Hert et al. ont constaté une réduction significative du nombre des réhospitalisations et de la durée moyenne de celles-ci chez des patients ayant reçu des soins à domicile pendant trois ans, par rapport à la même période sans ACT (57,58).

Le **tableau 9** laisse entrevoir la catégorisation des recommandations sur l'ACT d'après la classification du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) en Angleterre.

Les recommandations du NICE sur l'ACT sont actuellement retravaillées et seront probablement publiées en 2009.

L'a.s.b.l. belge «Rémission» a démarré un projet autour de la méthode ACT (101). «Puente» («pont») est une nouvelle structure belge, chargée d'établir un lien entre le milieu protégé qu'est l'institution et la vie «normale», durant un an (102). Deux types de suivi sont possibles dans le cadre de «Puente». Le patient peut opter soit pour un système de soins à domicile, soit pour un suivi étroit dans un 'foyer de la rémission', un point de rencontre bien précis associé à l'hôpital (103,104). Dans les deux systèmes, «Puente» fait appel à du personnel infirmier spécialement formé à la schizophrénie (102). L'accompagnement consiste en une série de visites ou de contacts personnels, de conversations téléphonique et d'envoi d'information. Des moments de suivi, par téléphone ou en face-à-face, permettent d'aider le patient à poursuivre son traitement et à gérer rapidement les problèmes (103,104). L'infirmier accompagne le patient lors des visites médicales, s'assure de la bonne adhésion aux traitements, informe le patient, le motive, lui explique les prochains rendez-vous, etc... D'un autre côté, il assure un feedback vers les médecins qui suivent le patient (102).

Les structures para- et extra-hospitalières

Pour maintenir la personne dans un milieu naturel, éviter les rechutes et favoriser la réadaptation du patient, toute une palette de structures ouvertes sur la communauté existe: l'hôpital de nuit, l'hôpital de jour, les initiatives d'habitations protégées et la communauté thérapeutique.

- **Hôpital de jour:** service, situé préférentiellement à l'extérieur de l'hôpital, offrant en externe un programme regroupant des activités d'évaluation, de diagnostic et de traitement à une clientèle aux prises avec des problèmes d'ordre psychique. Son objectif est d'optimiser l'insertion des personnes dans leur milieu familial, scolaire ou professionnel (105).
- **Hôpital de nuit:** organise une prise en charge thérapeutique de fin de journée, une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine. La nuit peut représenter un

Tableau 9: Catégorisation des recommandations sur l'ACT d'après la classification du *National Institute for Clinical Excellence* (99,100).

| L'efficacité de l'ACT | Grade de recommandation |
|--|-------------------------|
| Option du traitement pour la schizophrénie | B |
| Patients atteints de schizophrénie et sans domicile fixe | B |

Grade B: recommandation fondée sur un niveau de preuve 2 (niveau 2a: au moins un essai contrôlé de bonne qualité, non randomisé; niveau 2b: au moins une bonne étude quasi expérimentale, comme une étude de cohorte); ou 3 (niveau 3: études descriptives non expérimentales de bonne qualité, études cas-témoins, séries de cas); ou extrapolée d'un niveau de preuve 1.

Tableau 10: Différence entre IPS et Services Vocationnels selon le principe 'entraîner puis placer' durant le «follow-up» de 18 mois (les données sont exprimées en pourcentages ou en valeur moyenne) (117).

| Critère | IPS | N | Services Vocationnels | N | Différence | 95% IC | P |
|------------------------------|-------------------|-----|-----------------------|-----|------------|------------------|---------|
| Travaillé un jour au minimum | 85 (55%) | 156 | 43 (28%) | 156 | 26,9% | (16,4%, 37,4%) | < 0,001 |
| Nombre d'heures de travail | 428,8 (706,77) | 143 | 119,1 (311,94) | 138 | 308,7 | (189,22, 434,17) | |
| Nombre de jours employés | 130,3 (174,12) | 154 | 30,5 (80,07) | 152 | 99,8 | (70,71, 129, 27) | |
| Jours de travail prestés | 213,6 (159,42) | 83 | 108,4 (111,95) | 39 | 104,9 | (56,03, 155,04) | |
| Non adhérent au programme | 20 (13%) | 156 | 70 (45%) | 156 | -32,1% | (-41,5%, -22,7%) | < 0,001 |
| Hospitalisation | 28 (20%) | 148 | 42 (31%) | 141 | -11,2% | (-21,5%, -0,90%) | 0,034 |
| % temps dans l'hôpital | 4,6 (13,56) | 148 | 8,9 (20,08) | 141 | -4,3 | (-8,40, -0,59) | < 0,05 |

Tableau 11: Obstacles à l'activité vocationnelle (110).

| Obstacles à l'activité vocationnelle (personne) | Obstacles à l'activité vocationnelle (milieu) |
|--|---|
| Fatigue | Une vision pessimiste des intervenants |
| Déficits cognitifs | Des milieux de travail pathogènes |
| Symptômes négatifs | Le manque de soutien des proches |
| Fonctionnement pré-morbide pauvre | L'insuffisance de modèles |
| Instabilité au plan des symptômes positifs | Des politiques gouvernementales incohérentes et à court terme |
| Déni face à la maladie | Un manque d'argent et de ressources adaptées |
| La peur de l'échec | Des préjugés tenaces envers la maladie mentale |
| Manque d'habiletés sociales | Degré de chômage |
| Faible résistance au stress | Pièges à l'emploi |
| Peu d'expérience et/ou une absence prolongée du marché du travail | |
| Manque de réalisme ou immaturité dans les projets | |
| Comorbidité de plus en plus présente (problème de jeu, drogue, physique...) | |
| Manque de confiance en ses capacités (sentiment d'inefficacité) | |
| Bénéfices associés aux incapacités et handicaps (certificat d'invalidité long terme) | |

moment de recrudescence de phénomènes anxieux, certains patients nécessitant une prise en charge la nuit et le week-end. Le personnel de ces structures est identique à celui d'une unité d'hospitalisation à temps complet (106).

- **Initiatives d'habitations protégées:** lieu de vie qui se présente soit sous forme collective (3 à 10 personnes par maison), soit sous forme de studio individuel. Cette structure accueille des personnes adultes rencontrant des difficultés psychosociales ou psychiatriques, désirant développer un projet de vie au sein de la communauté locale. L'accompagnement s'articule généralement autour des axes suivants: accueil, écoute individuelle, autonomie, insertion sociale (107).
- **Communautés thérapeutiques:** communautés thérapeutiques adoptant des modalités de fonctionnement qui, malgré certaines divergences, se ressemblent. La vie quotidienne de 5 à 12 patients psychotiques se déroule dans un milieu qui leur donne toute liberté d'organiser leur vie personnelle, relationnelle, professionnelle, etc. Parfois, des stagiaires y vivent. Des thérapeutes y interviennent ponctuellement afin de régulariser la vie commune et de donner une finalité thérapeutique à la vie quotidienne (108).

6. La réinsertion professionnelle

La littérature démontre bien l'importance de la réinsertion professionnelle dans la vie d'une personne atteinte de schizophrénie. Elle occupe aussi une place de plus en plus importante dans les programmes de réadaptation pour ces personnes. Selon Comtois, la réinsertion professionnelle est «la recherche d'une activité significative, adaptée aux besoins de la personne, une intervention spécialisée qui suppose des connaissances et interventions à 2 niveaux: monde vocationnel (travail, études) et problématique psychiatrique. C'est une activité instrumentale qui doit marquer une intention, supposer une planification et être orientée vers un but précis. Elle doit rejoindre l'intérêt et les capacités (et limites) de la personne» (109), dans un environnement donné, bien sûr. L'activité vocationnelle est donc une étape essentielle au rétablissement. Elle permet de (110):

- donner un sens au traitement et à la vie;
- éviter la désinsertion professionnelle (baisse dramatique du taux de jeunes aux études ou à l'emploi au cours de la première année de psychose);
- aider à l'organisation du temps;
- reconstruire l'identité;
- améliorer l'estime de soi et la confiance en ses capacités;

- rebâtir un réseau social;
- donner un but motivationnel structuré qui redonne espoir dans l'avenir;
- diminuer les rechutes;
- permettre une décentration de la maladie qui contribue à rebâtir l'identité.

6.1. Comment préparer un retour ou une intégration au travail ou aux études?

On peut distinguer les modèles suivants:

- **le modèle transitionnel/prévocationnel ou le modèle «entraîner puis placer» (vocationnel rehabilitation) (111)**

Dans les programmes dits «transitionnels», les patients se doivent donc d'acquérir des expériences de formation préalable (en atelier protégé, par exemple) avant de pouvoir s'investir dans un emploi compétitif. L'emploi régulier n'est pas le but ultime à atteindre.

- **le modèle du soutien à l'emploi ou le modèle «placer puis entraîner» (supported employment)**

Il vise essentiellement à amener le patient à se trouver rapidement un emploi compétitif, et à lui fournir la formation et le soutien nécessaires sur place. Cette approche a fait son apparition au début des années 1980 (112). Elle s'inscrivait alors en opposition aux programmes dits «transitionnels».

Une revue de Cochrane de 18 études contrôlées et randomisées a démontré que le soutien à l'emploi est plus efficace pour l'obtention d'emplois réguliers que les approches plus graduelles de préparation à l'emploi (113).

Les informations sur le patient (expériences antérieures de travail, niveau de scolarité et niveau actuel d'adaptation, par exemple) sont d'abord recueillies par un spécialiste en emploi en questionnant le client, les cliniciens et, après avoir obtenu l'autorisation du patient, les membres de sa famille. Les employeurs antérieurs et les autres intervenants sont également contactés. Le spécialiste en emploi aide ensuite le client à élaborer un plan d'emploi fondé sur ses objectifs personnels de travail. L'accès à l'emploi est fondé sur le choix du client et n'est pas limité

par les critères d'exclusion habituels (le potentiel d'employabilité et l'abstinence d'alcool et de drogues, par exemple). Les démarches auprès des employeurs sont généralement effectuées au cours du mois suivant la demande de référence au programme, souvent par le patient lui-même. Au début, la plupart des individus choisissent de travailler à temps partiel, en moyenne cinq à dix heures par semaine. Tout au long du suivi, le spécialiste en emploi rencontre régulièrement l'équipe de traitement en santé mentale (psychiatre, gestionnaire de cas, infirmière, travailleur social...). Les activités de soutien à l'emploi se poursuivent aussi longtemps que le client le désire (114). Elles offrent un support constant même quand le client est embauché (112). Il est parfois indiqué que les patients cheminent par étapes avant d'atteindre le marché régulier de l'emploi. Par exemple, pour des jeunes de 20 ans qui n'ont pas d'expérience de travail et qui ont une faible confiance en leurs capacités, il est souvent plus réaliste de débiter par des programmes d'insertion sociale d'une durée limitée afin qu'ils acquièrent une expérience positive de travail leur permettant d'aller vers un emploi compétitif (115).

Le modèle de support à l'emploi le plus connu et le plus évalué est le modèle IPS (*Individual Placement and Support*) de Becker et Drake. Six principes le définissent: 1) l'objectif est de trouver un emploi compétitif sur le marché du travail; 2) les patients obtiennent des emplois directement, plutôt que de suivre un long parcours de préparation; 3) le soutien à l'emploi est intégré au traitement en santé mentale; 4) les services sont basés sur les préférences des patients; 5) l'évaluation globale et continue du patient est faite à partir de son expérience de travail; 6) le soutien est continu et fourni aussi longtemps que nécessaire (116). Les données probantes démontrent qu'il est plus efficace que le modèle prévocational aux Etats-Unis et en Europe (113,117) (voir aussi le **tableau 10** concernant l'étude de Burns sur l'efficacité d'IPS).

Il semble que le modèle IPS commence aussi à s'implanter aux Pays-Bas (118,119). Là-bas, le

nombre de personnes qui ne sont pas actives sur le plan professionnel pour des raisons psychiques est assez important: le taux d'emploi compétitif pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères s'avère être seulement de 12%. Entre 2003 et 2005, 4 services de santé mentale ont testé le modèle (n = 316). 18% des personnes souffrant d'une maladie mentale ont obtenu un emploi dans une période de 24 mois. La pratique du modèle IPS ressemble en partie à des méthodes qui sont également implantées en Flandre (p.ex. ECHO) (120). Le projet ECHO (*European Community Horizon Project*) est un programme spécifique de réhabilitation par le travail.

- le modèle mixte

Ce modèle s'adapte à la personne et non pas l'inverse. 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. L'entraînement prévocational est donné si nécessaire, le but à atteindre demeure l'emploi mais peut prendre différentes formes. Des alternatives à l'emploi sont considérées valables et le rythme du patient est respecté (110).

6.2. Qu'est-ce qui facilite ou fait obstacle à la réinsertion professionnelle?

Plusieurs obstacles sont rencontrés dans la réinsertion professionnelle. Le **tableau 11** laisse entrevoir les principaux obstacles à l'activité vocationnelle.

Ce sont surtout les jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique qui accrochent à un suivi qui d'emblée leur parle de l'importance d'avoir des projets de vie, comme le retour à un rôle social. Toutefois, les réactions des patients après un épisode psychotique peuvent être diversifiées. Il y a des patients qui veulent assurer leur avenir, reprendre un rôle actif dans la société, réaliser leurs buts vocationnels. Ils veulent faire comme les autres, éviter de se sentir marginalisés à cause de leur maladie. Ils veulent se rétablir complètement et avoir plein pouvoir sur leur vie. De l'autre côté, il y a des gens qui ont déjà fait

plusieurs essais, ont perdu l'espoir et n'ont plus confiance en eux. Ils trouvent que la vie est trop stressante et ont peur de rechuter. Ils ne veulent plus être stigmatisés dans un groupe et ils ne savent quoi dire et comment faire pour camoufler leur maladie (109).

Même si le diagnostic est similaire, chaque personne est «unique» et nécessite des interventions individualisées. L'évaluation ne se fait pas en un seul temps et selon les mêmes modalités, mais de façon continue. Plusieurs professionnels peuvent être mis à contribution: ergothérapeute, psychiatre, psychologue, travailleur social, etc. La durée et le type de préparation doivent tenir compte à la fois des facteurs évalués et des besoins et intérêts exprimés par la personne (110). On doit attendre le bon moment (phase de stabilisation) et se préparer au moyen de la psychoéducation, du traitement médicamenteux, de la participation à des activités de réadaptation, et de l'alliance et du suivi avec un intervenant principal (109). On doit choisir le programme en fonction des besoins et des capacités, des limitations cognitives et fonctionnelles, des expériences antérieures, de l'état clinique du patient et des chances d'obtenir un succès (109) (voir aussi **tableau 12**).

7. Evaluation

7.1. Principes généraux

Une évaluation dans le cadre de la réadaptation n'est pas un fait ponctuel. C'est un processus de recueil progressif et continu d'informations sur un patient et sur son entourage. Un test réalisé une seule fois ne peut en aucun cas remplacer une telle appréciation. Lors d'un processus de réadaptation, les conclusions sont toujours provisoires.

Selon Pieters & De Hert (121), un principe fondamental lors d'une évaluation dans le cadre de la réadaptation est l'observation directe du comportement à évaluer. C'est-à-dire que si l'on veut savoir comment une personne fonctionne dans une situation donnée (travail, contacts sociaux, temps libre, etc.), on la placera et on l'observera dans la situation en question. Bien que cela semble relativement logique, ce principe n'est pas encore assez souvent appliqué. Pendant des années – et encore aujourd'hui –, on a tenté d'apprécier les possibilités des patients en l'absence de toute observation directe, en effectuant par exemple des tests ou des entretiens structurés ou tout simplement en questionnant le patient sur ce sujet. On sait maintenant que de telles appréciations indirectes des prestations d'un individu ont une faible valeur prédictive pour le comportement dans une situation spécifique. Si l'observation directe n'est pas possible, une anamnèse soigneuse peut, elle aussi, livrer un grand nombre d'informations.

Lors du processus d'appréciation, on tâche de se former une idée sur les possibilités et les pro-

Tableau 12: Planification de l'activité vocationnelle (110).

| Les interventions individuelles et de groupe | Développer de réels partenariats |
|--|---|
| Savoir créer une alliance | Savoir créer un lien de confiance |
| Développer la motivation et travailler l'ambivalence | Informier pour diminuer le stigma, combattre les préjugés |
| Miser sur les forces | Respecter l'expertise de chacun |
| Faire des relances (<i>outreach</i>) | Apporter du soutien dans le milieu |
| Favoriser les essais | Maintenir l'espoir |
| Développer les habiletés sociales et vocationnelles | Développer des ressources ou des mesures d'accommodement avec les milieux |
| Faire une psychoéducation | |
| Créer l'espoir en misant sur les pairs | |

blèmes, tant dans le présent que dans le passé. On évalue les symptômes, l'efficacité et les effets secondaires du traitement, les besoins, les nécessités et les attentes, les possibilités et les aptitudes. L'avis du patient sur ce sujet est un élément indispensable dans chaque processus d'évaluation. A côté d'une appréciation du patient («l'évaluation fonctionnelle»), l'accompagnateur ou figure de soutien ainsi que l'entourage seront également impliqués dans ce processus d'évaluation («*resource assessment*»), non seulement en tant que source d'information, mais aussi en tant qu'éventuel facteur d'influence. Une bonne connaissance des moyens existants et des possibilités d'aide (professionnelle ou autre) sera importante, du moins si l'on n'a pas pour objectif de changer le patient jusqu'à ce qu'il s'intègre dans un entourage donné, mais bien de chercher un entourage qui répond aux besoins spécifiques de ce patient. Le diagnostic psychiatrique nous donne une classification qui ne livre que peu d'informations utiles sur le potentiel de réadaptation probable du patient. Le diagnostic en fonction de la réadaptation doit nous procurer des informations utiles sur les possibilités et les aptitudes actuelles requises pour fonctionner dans la société. D'autre part, il existe aussi une évaluation du contexte et de l'entourage visant à identifier les sources de soutien potentielles (122).

7.2. Domaines d'évaluation

Lorsqu'on veut aider un patient psychotique à atteindre, avec ses limitations, le meilleur niveau de fonctionnement possible en lui offrant un soutien et un entourage adéquats, il faut non seulement bien connaître les chances et les possibilités que l'environnement peut lui offrir, mais il est aussi indispensable de faire une bonne évaluation des problèmes et des possibilités de ce patient. Tant pour la planification des interventions que pour l'appréciation continue de celles-ci, un processus d'évaluation poursuivi dans le temps est nécessaire (121). Shepherd (123) décrit 12 domaines («*areas of need*») dans lesquels les besoins du patient peuvent se situer.

- Juridique: on recherche ici s'il existe une mesure juridique qui s'applique au patient. Le patient est-il hospitalisé volontairement ou tombe-t-il sous la loi de la protection du malade mental? Est-il interné?...
- Financier: quelle est la situation financière actuelle du patient? Quelle est sa source de revenus? Bénéficie-t-il d'une aide financière ou y a-t-il droit? Qui gère l'argent du patient?...
- Hébergement: quelle sorte de logement, avec qui le partage-t-il, dans quel état se trouve-t-il? Le patient a-t-il des antécédents d'instabilité sur le plan du logement?
- Activités de la vie quotidienne: quelles sont les difficultés qui existent en rapport avec l'hygiène personnelle, la présentation, la propreté générale de la maison, faire la cuisine, faire les emplettes, utiliser les transports

publics, utiliser les services de la poste et de la banque, les aptitudes sociales et interpersonnelles.

- Occupations, activités de jour: le patient est-il satisfait de son modèle actuel d'activités quotidiennes? Si non, que voudrait-il voir changer? Quelle est la vision à ce sujet des accompagnateurs et de la famille? Le patient a-t-il travaillé, dans le sens le plus large du terme, pendant les deux dernières années?
- Soutien social à domicile: existe-t-il un soutien social ou au contraire un manque? Quelle relation le patient a-t-il avec les membres de sa famille lorsqu'il habite chez eux?
- Soutien social en dehors du domicile: quel réseau social le patient a-t-il en dehors de son domicile? Décrivez tant les contacts sociaux (avec les amis, etc.) que les endroits où il se rend régulièrement (café, clubs), ses loisirs et ses passe-temps.
- Santé physique: quel est actuellement l'état de santé physique du patient? Notez les problèmes physiques importants.
- Santé psychique: nombre d'hospitalisations au cours des deux années écoulées, les données relatives à la dernière hospitalisation, les commentaires sur la santé mentale de ce patient. Quels sont les symptômes présents en ce moment et dans quelle mesure ont-ils un impact sur le niveau de fonctionnement? Existe-t-il certains facteurs de stress spécifiques qui sont associés d'une manière générale à une détérioration de l'état psychique du patient? Existe-t-il des symptômes prodromiques spécifiques ou des signes que le patient, l'accompagnateur ou l'entourage ont remarqué lorsqu'une rechute est imminente?
- Traitement médicamenteux: quel est le traitement médicamenteux actuel du patient? Les médicaments actuels sont-ils efficaces? Existe-t-il des effets secondaires importants? Qui prescrit les médicaments, qui en assure le suivi? Le patient prend-il ses médicaments tels qu'ils ont été prescrits?
- Relation de l'accompagnateur avec le patient: décrivez brièvement la qualité et la nature de la relation que vous entretenez avec le patient. Quelle serait, d'après le patient et d'après l'accompagnateur, la fréquence idéale des contacts et quelle est la fréquence actuelle?
- Implication d'autres professionnels: qui est également impliqué dans l'accompagnement de ce patient? A quelle fréquence? Existe-t-il un besoin d'implication professionnelle supplémentaire, absente en ce moment? Spécifiez enfin si ces divers besoins et domaines à problèmes sont discutés avec le patient.

7.3. Instruments de mesure des besoins individuels (10)

Plusieurs outils de mesure permettent d'évaluer les déficits et incapacités du patient. Ces outils de

mesure visent l'évaluation des problématiques et le choix des meilleures interventions ou ressources pour répondre aux besoins déterminés. Cette démarche sert de guide pour mettre sur pied un plan d'intervention.

Evaluation des besoins en matière de soins psychiatriques (NFCAS)

La version française a été conçue à partir de la version originale anglaise intitulée *Need for Care Assessment Schedule* (NFCAS) de Brewin & Wing (124).

L'instrument comporte 20 champs couvrant les sphères cliniques (9 champs) et sociales (11 champs). Chaque champ comporte trois niveaux de cotation:

1. l'évaluation du fonctionnement pour déterminer si un problème est présent, et ce, à l'aide de la démarche d'évaluation habituelle (dossier médical, entrevues, outils de mesure standardisés, etc...);
2. l'évaluation des interventions pour estimer parmi les traitements indiqués lequel ou lesquels sont les plus appropriés ainsi que l'évaluation des traitements actuels et leur efficacité;
3. l'évaluation des besoins pour identifier à l'aide d'un algorithme si les besoins sont:
 - a. comblés: traitements adéquats et suffisants pour les besoins identifiés;
 - b. non comblés: traitements inadéquats et insuffisants pour les besoins identifiés, ou;
 - c. sur-comblés: traitements en excès pour les besoins identifiés.

Camberwell Assessment of Needs (CAN-F et CAN-N)

Cet instrument de mesure est né à partir d'une insatisfaction envers la NFCAS. La CAN se veut plus facile à utiliser, et les instructions semblent plus claires. Les versions française (CAN-F) et néerlandaise (CAN-N) ont été conçues à partir de la version originale anglaise intitulée *Camberwell Assessment of Needs* (CAN) de Phelan et al. (125).

Il permet d'évaluer 22 items selon quatre niveaux (les trois premiers niveaux correspondant à ceux de la NFCAS):

1. l'évaluation du fonctionnement;
2. l'évaluation des interventions fournies par les proches, et par les services;
3. l'évaluation des besoins;
4. l'évaluation de la satisfaction de l'utilisateur.

Il peut être utilisé en recherche et en clinique. Dans ce dernier cas, il permet de rendre systématique le jugement clinique des intervenants de l'équipe et ainsi favoriser la mise en place du plan d'intervention.

Entrevue pour déterminer les besoins de soins et services dans la schizophrénie (EDBES)

Cet instrument, élaboré d'abord en français, permet de déterminer les besoins de soins et

l'utilisation des services des personnes atteintes de schizophrénie et ce, à l'aide d'un questionnaire administré aux patients ainsi qu'à l'intervenant clinique.

Il permet de coter les besoins du patient selon sa propre perception, selon celle de l'intervenant et selon celle du chercheur. Le questionnaire permet d'évaluer les besoins et l'utilisation de 3 types d'intervention: intervention de crise (4 services), intervention clinique (7 services), intervention de réadaptation (18 services). Pour chacune des interventions, le patient ou l'intervenant doit indiquer:

1. si le service est recommandé compte tenu de l'état actuel du patient;
2. si le patient utilise ou non ce service;
3. le motif de non-utilisation lorsque le service est indiqué cliniquement mais qu'il n'est pas utilisé;
4. le motif d'utilisation quand le service n'est pas indiqué.

L'Inventaire de Niveaux de Soins (INS; Grille New-York; GNY)

Cet instrument de mesure à 140 items permet d'évaluer les dimensions suivantes: communication-compréhension, santé physique, procédés de soins, santé mentale et comportement, activités de la vie quotidienne, vie communautaire et médication psychiatrique, pour déterminer le niveau de soins psychiatriques (Psych), de soins physiques (Phys), et globaux (Psych + Phys) d'un groupe de patients atteints de troubles mentaux graves. La version française a été conçue à partir de la version originale anglaise intitulée *Level of Care Survey* (LOCS) de Furman et al. (126).

Dix niveaux de soins sont identifiés: quatre sont des soins dans la communauté, trois sont des soins dans un environnement de réadaptation et trois sont des soins intensifs d'intervention et de supervision. Il est particulièrement adapté pour les personnes hospitalisées au long terme ou pour des personnes demeurant dans des résidences supervisées.

Des développements ont été poursuivis au Québec sur l'INS avec l'ajout du volet d'autonomie fonctionnelle et d'une section sur les besoins de services (127).

8. Conclusion

Même s'il a beaucoup été utilisé, le terme «réadaptation» s'avère peu compris et est ambigu. La réadaptation est une approche thérapeutique qui vise le développement maximal des compétences du patient. La réhabilitation vise l'actualisation de ces compétences dans les situations concrètes. Le rétablissement et l'insertion sociale sont l'objectif de ces deux processus.

La réadaptation prend une place de plus en plus importante dans la prise en charge au long cours des patients atteints de schizophrénie. Toutefois, selon les données disponibles, à ce jour, la réhabilitation reste difficile: elle peut être atteinte

dans moins de la moitié ou d'un tiers des cas. Il est donc essentiel que l'équipe soignante élabore un plan de traitement avec chaque patient et que la réadaptation soit intégrée dès le début. Non seulement l'adhésion au traitement médicamenteux, mais aussi la psychoéducation, la réinsertion professionnelle, la prise en compte du point de vue du patient, la formation, la socialisation, et l'alliance et le suivi avec un intervenant principal sont des ingrédients importants d'une réadaptation psychiatrique réussie. Plusieurs modèles d'organisation du suivi des patients existent, qui devraient être beaucoup plus évalués. Cette évaluation est très importante, tant pour tester ces modèles que pour augmenter la négociation continue avec le patient afin de l'aider à se gérer lui-même.

Notes

1. Stade de longue résolution (depuis au moins 6 mois). Score égal à trois (faible) ou moins pour chacun des 8 items suivants sur la PANSS depuis au moins 6 mois: délire, troubles de la pensée, comportement hallucinatoire, affect émoussé, retrait social passif/apathique, manque de spontanéité et flot de conversation, maniérisme et affectation, contenu de la pensée extraordinaire.
2. PTMS = personnes atteintes de troubles mentaux sévères.
3. Signifie "aller vers", sortir de l'institution pour aller rejoindre les patients dans le milieu où ils se trouvent.
4. S.P.A.D. = les projets de soins psychiatriques à domicile.
5. *Recommendation 29: Systems of care serving persons with schizophrenia who are high service utilizers should include assertive case management and assertive community treatment programs.*
6. *Recommendation 30: Assertive community treatment programs should be targeted to individuals at high risk for repeated rehospitalizations or who have been difficult to retain in active treatment consisting of more traditional types of services.*
7. Cela veut dire des emplois dans la communauté rémunérés au moins au salaire minimum et pour lesquels tout le monde peut postuler, en accord avec les choix et les capacités du client, sans nécessiter un programme prévocational prolongé.

Références

1. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2008;8:32.
2. Lesage AD, Morissette R. Chronic my a**. *Can J Psychiatry* 2002;47:617-618.
3. Barbès-Morin G, Lalonde P. La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2006;164(6):529-536.
4. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002;32(5):763-782.
5. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002;32(5):783-791.
6. Zygmunt A, Olsson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159(10):1653-1664.
7. Lalonde P. Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico Psychologiques* 2007;165:183-186.
8. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia--what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;102(Suppl.407):6-10.

9. Benoît A. La réadaptation sans frontières. Actes du congrès 2008 de la FFAPAMM (Fédération des Familles et Amis de la Personne Atteinte de la Maladie Mentale).
10. Lecomte T, Leclerc C. Manuel de réadaptation psychiatrique. Presses de l'Université du Québec;2004.
11. Anthony W, Liberman RP. The Practice of rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 1986;12:542-559.
12. Sartorius N. Rehabilitation and quality of life. *Hosp Community Psychiatr* 1992;43:1180-1181.
13. Bachrach LL. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am J Psychiatry* 1992;149(11):1455-1463.
14. Deleu GM. Les grands principes de la réhabilitation psychosociale. www.espace-socrate.com.
15. Kapsambelis V, Bonnet C. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-295-E-10, 2002, 11p.
16. De Nayer A, Masson A, Delatte B, Domken M-A, Floris M, Gillain B, Stillemans E, Dubois V, Mallet L, Pirson O, Detraux J. La rémission dans la schizophrénie. *Neurone* 2006;11(6) Supplément.
17. Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 1986;12(4):542-559.
18. Puschner B, Steffen S, Gaebel W, Freyberger H, Klein HE, Steinert T, Muche R, Becker T. Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilizers of psychiatric services (NODPAM): design and methods. *BMC Health Serv Res* 2008;8:152.
19. Bonsack C, Ferrari P, Gibellini S. Orientation et liaison à l'hôpital psychiatrique;2006. http://www.arcosvd.ch/files/arcos_psy_orient_liaison.pdf.
20. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receipt of after-care and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996;47(5):487-496.
21. Vallow S, Russo P, Parks J, Memran M, Stern L. Continuity of care in schizophrenia. Poster presented at the 160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 19-24, 2007, San Diego, CA.
22. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27(4):269-274.
23. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004;55(6):685-690.
24. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv* 2000;51(7):885-889.
25. Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003;54(9):1271-1276.
26. Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L, Werdelin G, Karlsson H, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Dybbro J, Nilsson LL, Sandlund M, Sörgegaard KW. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *Eur Psychiatry* 2001;16(4):207-214.
27. Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Can J Psychiatry* 2005;50(14):892-900.

28. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):473-479.
29. San L, Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *Eur Psychiatry* 2007;22(8):490-498.
30. Kane JM, Crandall DT, Marcus RN, Eudicone J, Pikalov A 3rd, Carson WH, Swyzen W. Symptomatic remission in schizophrenia patients treated with aripiprazole or haloperidol for up to 52 weeks. *Schizophr Res* 2007;95(1-3):143-150.
31. Emsley R, Rabinowitz J, Medori R; Early Psychosis Global Working Group. Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophr Res* 2007;89(1-3):129-139.
32. Kissling W, Heres S, Lloyd K, Sacchetti E, Bouhours P, Medori R, Llorca PM. Direct transition to long-acting risperidone—analysis of long-term efficacy. *J Psychopharmacol* 2005;19(5 Suppl):15-21.
33. De Hert M, Wampers M, Kane J, Peuskens J. Remission criteria for schizophrenia evaluated in a large naturalistic cohort. Poster presented at the ECNP 2005, Amsterdam.
34. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganey K, Giel R, an der Heiden W, Holmberg SK, Janca A, Lee PW, León CA, Malhotra S, Marsella AJ, Nakane Y, Sartorius N, Shen Y, Skoda C, Thara R, Tsirkin SJ, Varma VK, Walsh D, Wiersma D. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001;178:506-517.
35. Ho BC, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):808-815.
36. Edwards J, Maude D, McGorry PD, Harrigan SM, Cocks JT. Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;172(33):107-116.
37. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992;149(9):1183-1188.
38. Lieberman J, Jody D, Geisler S, Alvir J, Loebel A, Szymanski S, Woerner M, Borenstein M. Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):369-376.
39. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Hospital length of stay and readmission for individuals diagnosed with schizophrenia: are they related? www.icis.ca.
40. Daniels BA, Kirky KC, Hay DA, Mowry BJ, Jones IH. Predictability of rehospitalisation over 5 years for schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32(2):281-286.
41. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Près de 40 % des patients hospitalisés en raison de schizophrénie sont réadmis dans l'année suivant leur sortie. Communiqué du 17 avril 2008.
42. Mahendran R, Mythily, Chong SA, Chan YH. Brief communication: factors affecting rehospitalisation in psychiatric patients in Singapore. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51(2):101-105.
43. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs* 2002;16(7):473-484.
44. Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J, Schüssler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998;24(1):87-98.
45. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152(6):856-861.
46. Kent S, Yellowlees P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(4):347-350.
47. Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry* 1995;152(12):1749-1756.
48. Ayuso-Gutiérrez JL, del Río Vega JM. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;28(2-3):199-206.
49. Üçok A, Polat A, Kahir S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(1):37-43.
50. Weiden PJ, Olsson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(3):419-429.
51. Docherty JP, Grogg AL, Kozma C, Lasser R. Antipsychotic maintenance in schizophrenia: partial compliance and clinical outcome. Poster presented at the ACNP, 2002, San Juan, Puerto Rico.
52. Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, Bingham CR, Stavenger T. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care* 2002;40(8):630-639.
53. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004;55(8):886-891.
54. Adams SG Jr, Howe JT. Predicting medication compliance in a psychotic population. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(9): 558-560.
55. Lam FYW, Velligan DJ, DiCocco M, Ereshefsky L, Maples N, Castillo D, Archuleta D, Korell S, Miller A. Comparative assessment of antipsychotic adherence by concentration monitoring, pill count and self-report. Poster presented at the 42nd Annual Meeting of NCDU (New Clinical Drug Evaluation Unit); June 10-13, Boca Raton, Florida 2002.
56. Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *L'Encéphale* 2006;32(5Pt1):679-685.
57. Van Langenhove A, De Greef A, Massy A, Van Espen W, Vermeersch S, Maes F, Thys E, Vercrussen V, De Hert M. Eerste ervaringen met Assertive Community Treatment in Brussel. Onderzoeksproject Assertive Community Treatment (ACT) Psycho-Sociaal Centrum St. Alexius-Elsene.
58. De Hert M, Wampers M, De Greef A, Vercrussen V, Matton C, Thys E, Peuskens J. Psychiatrische thuiszorg: pilotproject vanuit het P.S.C. Sint-Alexius te Elsene.
59. Foster RH, Goa KL. Risperidone. A pharmacoeconomic review of its use in schizophrenia. *Pharmacoeconomics* 1998;14(1):97-133.
60. Briffault X. Un ouvrage de référence de M.F. Drummond et al.: «méthodes d'évaluation économique des programmes de santé». Bulletin de la fédération française de psychiatrie, juin 2005, n° 45.
61. Organisation Mondiale de la Santé (1977). La schizophrénie: étude multinationale: résumé de la phase d'évaluation initiale de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie. Cahiers de santé publique, n°63, Genève, OMS, 164 pp.
62. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998;24(1):37-74.
63. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 1998, Issue 2.
64. Smith L, Newton R. Systematic review of case management. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(1):2-9.
65. Björkman T, Hansson L, Sandlund M. Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(4):147-152.
66. Issakidis C, Sanderson K, Teesson M, Johnston S, Buhrich N. Intensive case management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99(5):360-367.
67. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *UK 700 Group. Lancet* 1999;353(9171):2185-2189.
68. Wykes T, Leese M, Taylor R, Phelan M. Effects of community services on disability and symptoms. PRISM Psychosis Study. 4. *Br J Psychiatry* 1998;173:385-390.
69. Aberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Liljeborg B, Osby U. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995;46(12):1263-1266.
70. Fredenrich-Mühlebach A, Zinetti Bertschy A, Ehrensperger S, Guimón J. Evolution of patients treated in a day hospital specialized for schizophrenic disorders: an exploratory study. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2003;161(10):749-759.
71. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin JM, Kilian R, Hansen K, Toumi M. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191:30-37.
72. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(11-12):951-962.
73. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):337-349.
74. Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, Wiersma D, Burns T; EQOLISE Group. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):224-231.
75. Rapport trimestriel sur le marché de travail de l'Union européenne – Hiver 2008.
76. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Borra C, Ballesteros J, Schene A, Welcher B, Thornicroft G, Becker T, Ruggeri M, Herrán A; EPSILON Study Group. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(4):283.
77. Auslander LA, Jeste DV. Sustained remission of schizo-

- phrenia among community-dwelling older outpatients. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1490-1493.
78. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000050.
 79. Shepherd G. Nieuwe ontwikkelingen in de begeleiding van schizofrene patiënten. In: Pieters G, Peuskens J (Red.). *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt*. Garant;1995.
 80. Alpbem (Association Lavalloise de Parents pour le Bien-Être Mental). Plan d'intervention en situation d'urgence et de crise. <http://www.alpbem.qc.ca/imprimer.php?id=163>.
 81. Burns T, Firth M. Assertive outreach in mental health: a manual for practitioners. Oxford University Press;2003.
 82. Chapui J (Ed). *Le service des soins infirmiers de la section «E. Minkowski» en travail*. L'Écrit 2000; 31. http://files.chuv.ch/internet-docs/dpc/bibliotheque/dpc_bpul_ecrit31.pdf.
 83. Leclerc C. *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Presses de l'Université du Québec.
 84. Björkman T, Hansson L. What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(1):43-50.
 85. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001;158:163-175.
 86. Gélinas D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec* 1998;XXIII,2:17-47.
 87. Agence de la santé publique du Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/bp_review/pdf/revsec1-1.pdf.
 88. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007;335(7615):336.
 89. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37(4):392-397.
 90. Test MA. Guidelines for Assertive Community Treatment Teams. In: Roberts AR, Green GJ (Eds)(2002). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford University Press, New-York. Cité dans: Gélinas D. Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage? Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque Suivi intensif en équipe dans la communauté: Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002.
 91. McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *J Ment Health Adm* 1995;22(2):113-125.
 92. Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):393-399.
 93. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(4):657-668.
 94. Ford R, Barnes A, Davies R, Chalmers C, Hardy P, Muijen M. Maintaining contact with people with severe mental illness: 5-year follow-up of assertive outreach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(9):444-447.
 95. Latimer E. Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci* 2005;30(5):355-359.
 96. Bond GR, McGrew JH, Fekete DM. Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Ment Health Adm* 1995;22(1):4-16.
 97. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Health J* 1998;34(3):241-250.
 98. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 2000;51(11):1410-1421.
 99. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health;2002.
 100. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update). Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health;2008.
 101. Puente. Remission: een haalbaar streefdoel. Brochure.
 102. Maillard C. Un «pont» vers la vie normale. «Puente» accompagne les schizophrènes vers la rémission. *Journal du médecin* 01.09.2006.
 103. Schrooten P. 'Puente' jette des ponts vers les schizophrènes. *Généraliste* de 14.09.2006.
 104. Schrooten P. 'Puente' werpt een brug naar schizofrenen. *Huisarts* van 14.09.2006.
 105. *Bibliothèques Psy*;2004. <http://www.bibliothèques-psy.com/sommaire.php/spip.php?article920>.
 106. Kratz P. Les structures de soins psychiatriques;2004. www.cadredesante.com.
 107. <http://www.guidesocial.be/infos/initiatives-d-habitations-protégees.html>.
 108. Lecomte Y. Fondements théoriques des communautés thérapeutiques pour psychotiques. *Revue de Psychanalyse filigrane* 2008;17(1). <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/95fondem.htm>.
 109. Comtois G. Réinsertion professionnelle: limitations fonctionnelles et attentes réalistes. Journée de sensibilisation à la psychose. Tenue le 11 novembre 2005 à l'Université de Montréal.
 110. Comtois G. Etudier ou travailler une façon de reprendre sa place dans le trafic. Mission rémission! Journée de sensibilisation à la détection et au traitement précoce des premières psychoses. Le 26 octobre 2007. Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques. www.aqppep.com/fichiers/trafic080522.pdf.
 111. Kin Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59(1):84-90.
 112. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, Bell MD, Blyler CR. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001;52(3):313-322.
 113. Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD003080.
 114. Blondeau C, Nicole L, Lalonde P. Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 164, Issue 10, December 2006, Pages 869-876.
 115. Comptois G, Morin C. La réinsertion professionnelle: un pas de plus vers le rétablissement! (Tiré de la conférence de Mme Ginette Comptois et Mme Caroline Morin présentée en avril 2007 à la Société québécoise de la schizophrénie). *Défi schizophrénie* 2007;12(2)mars-avril.
 116. Bond GR. Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998;22(1):11-23.
 117. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9593):1146-1152.
 118. van Erp NH, Giesen FB, van Weeghel J, Kroon H, Michon HW, Becker D, McHugo GJ, Drake RE. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2007;58(11):1421-1426.
 119. Gaal E, van Weeghel J, van Campen M, Linszen D. The trainee project: family-aided vocational rehabilitation of young people with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002;26(1):101-105.
 120. SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins, Conseil National des Etablissements hospitaliers. Section «Programmation et Agréments». Avis relatif à la poursuite et à la généralisation de la fonction de soins «Activation» dans les SSM;2004.
 121. Pieters G, De Hert M. Assessment en psychiatrique réhabilitative. In: Pieters G, Peuskens J (Red.). *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt*. Garant;1995.
 122. De Hert M, Bussels J, Lindström, Abrahams F, Fransens C, Peuskens J. PECC. Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers. EPO.
 123. Shepherd G (1990). CDC case management needs review summary. Citeerd in: Pieters G, De Hert M. Assessment en psychiatrique réhabilitative. In: Pieters G, Peuskens J (Red.). *Rehabilitatie van de chronische psychiatrische patiënt*. Garant;1995.
 124. Brewin CR, Wing JK. *Manual of the MRC Needs for Care Assessment*, Memo. MRC Social Psychiatry Unit, London;1989.
 125. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167(5):589-595.
 126. Furman WM, Phil M, Lund DA. The assessment of patient needs: description of the level of care survey. *J Psychiatr Treat Eval* 1979;1:38-46.
 127. Pilon W, Arsenault R. Caractéristiques des populations au Centre hospitalier Robert-Giffard: personnes ayant des incapacités intellectuelles et personnes atteintes de maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 1997;22(2):115-136.

