

# Les meilleures pratiques cliniques en réadaptation psychosociale

## Note informative

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en  
santé (UETMIS)

Institut universitaire en santé mentale de Québec

Février 2015

L'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) en santé et services sociaux vise à soutenir et à conseiller les gestionnaires, les cliniciens et les autres professionnels dans leur prise de décision en examinant les enjeux reliés à l'introduction d'une nouvelle technologie ou l'implantation d'un nouveau mode d'intervention dans leur milieu.

Ce document est accessible en ligne dans la section *UETMIS* du site Web de l'IUSMQ.

#### L'ÉQUIPE DE L'UETMIS de l'IUSMQ

M<sup>me</sup> Julie Cummings, agente de planification, de programmation et de recherche

M<sup>me</sup> Louise Dubé, adjointe à la direction

M<sup>me</sup> Karen Giguère, agente de planification, de programmation et de recherche

M<sup>me</sup> Diane Lalancette, agente de planification, de programmation et de recherche

M. Langis Lemieux, coordonnateur UETMIS, évaluation et soutien au développement des pratiques cliniques

Dr Stéphane Poulin, directeur scientifique, psychiatre, CHU de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Pour des renseignements sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Institut universitaire en santé mentale de Québec

2601, chemin de la Canardière

Québec (Québec) G1J 2G3

Téléphone : 418 663-5112

Courriel : [louise.dube@institutsmq.qc.ca](mailto:louise.dube@institutsmq.qc.ca)

#### **Comment citer ce document :**

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (UETMIS-IUSMQ). Les meilleures pratiques cliniques en réadaptation psychosociale – Note informative préparée par Julie Cummings (ET31-0606) Québec, février 2015, 25 p.

#### **DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS**

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

## Préparée par :

M<sup>me</sup> Julie Cummings, M.Sc., agente de planification, de programmation et de recherche, UETMIS-IUSMQ

M. Langis Lemieux, M.Ps., coordonnateur UETMIS, à l'évaluation et au soutien au développement des pratiques cliniques

## Collaboration

### Comité de pilotage de la réadaptation

M. Sylvain Bélanger, directeur adjoint aux services professionnels

M<sup>me</sup> Julie Cummings, agente de planification, programmation et recherche à l'UETMIS

M<sup>me</sup> Lucie Hébert, agente de planification, programmation et recherche, développement des pratiques cliniques

M<sup>me</sup> Claudine Lemay, chef de service intérimaire en réadaptation fonctionnelle

M. Langis Lemieux, coordonnateur UETMIS, à l'évaluation et au soutien au développement des pratiques cliniques

### Communauté de pratique de la réadaptation

M. Sylvain Bélanger, directeur adjoint aux services professionnels

M. Alexandre Boisvert, infirmier clinicien

M<sup>me</sup> Julie Cummings, agente de planification, programmation et recherche de l'UETMIS

M. Jean-François Giguère, neuropsychologue

M<sup>me</sup> Lucie Hébert, agente de planification, programmation et recherche, développement des pratiques cliniques

Dr Paul Jacques, psychiatre

M. Louis Lamothe, psychoéducateur

M<sup>me</sup> Claudine Lemay, chef de service intérimaire en réadaptation fonctionnelle

M<sup>me</sup> Vicky Maltais, éducatrice spécialisée

M. Jean-François Nobert, ergothérapeute

M<sup>me</sup> Catherine Vallée, professeure et chercheure

M<sup>me</sup> Nadia Veilleux-Dubois, travailleuse sociale

## Liste des abréviations et sigles

ACT	Assertive Community Treatment
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CCM	Chronic Care Model
CGK	Choose-Get-Keep Model
CGT	Collaborative Goal Technology
CIF	Classification internationale du fonctionnement
CIHI/ICIS	Canadian Institute for Health Information/ Institut canadien d'information sur la santé
COLL.	Collaborateurs
CRM	Collaborative Recovery Model
EBP	Evidence-Based Practices
IPR	Intensive Psychiatric Rehabilitation
IPS	Individualized Placement and Support
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
LGCC	Life Goals Collaborative Care
MPM	Multiprocess Model
NIT	Neurocognitive Individualized Training
PSR	Psychiatric/Psychosocial Rehabilitation
RTC	Étude clinique randomisée
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SE	Supported Education
SHG	Self-Help Group
SMI	Severe Mental Illness/ Trouble de santé mentale sévère et persistant
SSIT	Social Skills Individualized Training/ Entraînement aux habiletés sociales
TCC (P)	Thérapie cognitivo comportementale (pour la psychose)
TRC	Thérapie de remédiation cognitive
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
WARP	World Association for Psychosocial Rehabilitation
WHO	World Health Association

## TABLE DES MATIÈRES

1	Avant-propos.....	5
2	Contexte du projet .....	5
2.1	Figure 1 : Localisation de la réadaptation dans la philosophie du rétablissement .....	7
<b>3</b>	<b>Question décisionnelle et questions d'évaluation.....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Méthodologie .....</b>	<b>9</b>
4.1	Figure 2 : Diagramme de sélection des documents.....	10
<b>5</b>	<b>Résultats du processus d'examen de la littérature scientifique.....</b>	<b>11</b>
5.1	Définition de la réadaptation psychiatrique .....	11
5.2	Tableau 1 : Définitions de la réadaptation retrouvées dans la littérature .....	12
5.3	Tableau 2 : Résumé des études incluses en réponse à la question portant sur les modèles de réadaptation psychiatrique .....	13
5.4	Tableau 2 : Résumé des études incluses en réponse à la question portant sur les modèles de réadaptation psychiatrique .....	14
5.5	Les modèles de la réadaptation psychiatrique .....	15
5.6	Tableau 3 : Résumé des études d'intérêts ne portant pas sur un modèle.....	16
5.6.1	<b>Psychiatric Rehabilitation Process Model .....</b>	<b>17</b>
5.7	Tableau 4 : Tableau comparatif des résultats ayant étudié le modèle <i>CGK</i> .....	18
5.7.1	<b>Chronic Care Model (CCM).....</b>	<b>19</b>
5.7.2	<b>Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) .....</b>	<b>21</b>
5.7.3	<b>Interventions novatrices ou complémentaires .....</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>24</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>27</b>
	<b>Références .....</b>	<b>28</b>
6.1	Sites Web.....	31
<b>Annexe 1</b>	<b>.....</b>	<b>32</b>
6.2	Critères de sélection des études.....	32
<b>Annexe 2</b>	<b>.....</b>	<b>33</b>
6.3	Tableau des meilleures pratiques cliniques en réadaptation psychiatrique pour une clientèle francophone présentant un trouble schizophrénique.....	33

## 1 Avant-propos

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, cliniciens, professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation des ressources visant l'implantation d'une technologie, d'une pratique nouvelle ou la révision d'une pratique existante à laquelle s'ajoute une nouvelle problématique.

Une note informative consiste en une évaluation approfondie d'une technologie et d'un mode d'intervention en santé et elle est réalisée à partir d'une synthèse des connaissances tirées d'une revue approfondie de la documentation.

### L'équipe de l'UETMIS

M<sup>me</sup> Julie Cummings, agente de planification, programmation et recherche

M<sup>me</sup> Louise Dubé, adjointe à la direction

M<sup>me</sup> Karen Giguère, agente de planification, programmation et recherche

M<sup>me</sup> Diane Lalancette, agente de planification, programmation et recherche

M. Langis Lemieux, coordonnateur UETMIS, à l'évaluation et au soutien au développement des pratiques cliniques.

Ce document n'engage en aucune façon la responsabilité de l'IUSMQ, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, l'IUSMQ ainsi que les membres de la communauté de pratique ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

### Divulgaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt n'a été rapporté.

## 2 Contexte du projet

En juin dernier, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) mettait à l'avant-plan sept priorités organisationnelles parmi les 29 répertoriées dans son plan d'action 2014-2015. Parmi celles-ci, figure celle visant à renforcer la réadaptation psychosociale dans les services externes. Un des moyens déterminés pour actualiser cette priorité est la mise en place d'une communauté de pratique ayant pour mandat de définir la réadaptation en santé mentale et son application sur le plan clinique. Cette démarche est par ailleurs, en cohérence avec les objectifs du plan d'action sur le rétablissement adopté par le comité directeur sur le rétablissement en novembre 2012.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'IUSMQ a été sollicitée afin d'appuyer la communauté de pratique en répertoriant les meilleures pratiques cliniques en réadaptation applicables à la clientèle externe. L'UETMIS a donc effectué une recherche documentaire selon la méthodologie reconnue dans le domaine de l'évaluation des technologies.

D'abord, il existe un certain nombre de défis auxquels le champ de la réadaptation doit faire face notamment, en ce qui concerne la mise en place de meilleures pratiques (*Evidence-Based Practices (EBP)*) (Chronister et coll., 2008). Johnston, Stineman et Veloza (1997) expliquent que la nature complexe de la réadaptation, autant pour les individus que pour les services, pose un défi majeur pour les chercheurs (dans Chronister et coll., 2008) :

*«Rehabilitation encompasses a broad scope of services, spans the medical-vocational rehabilitation continuum from acute care to community based services, and is provided by professionals from an array of discipline (e.g. nursing, social work and rehabilitation counseling) for individuals with diverse and complex impairments and disabilities. The process typically involves a range of personal and environmental processes and the interactions thereof, making it difficult to determine which aspects of service delivery contribute to which outcomes»* (Chronister et coll., 2008).»

De plus, la réadaptation provient d'une discipline sociale où les études peuvent difficilement offrir un niveau de preuve élevé, comme dans le cadre d'études contrôlées randomisées. C'est pourquoi les études sont davantage qualitatives ou descriptives et correspondent à un niveau de preuve plus faible. Chronister et coll. (2008) expliquent que : *« serious concerns about holding pure experimental design in such regard have been raised, as RTCs (randomized trial control) often do not consider actual clinical populations and settings that are critical in behavior sciences (Wampold, 1997). »*

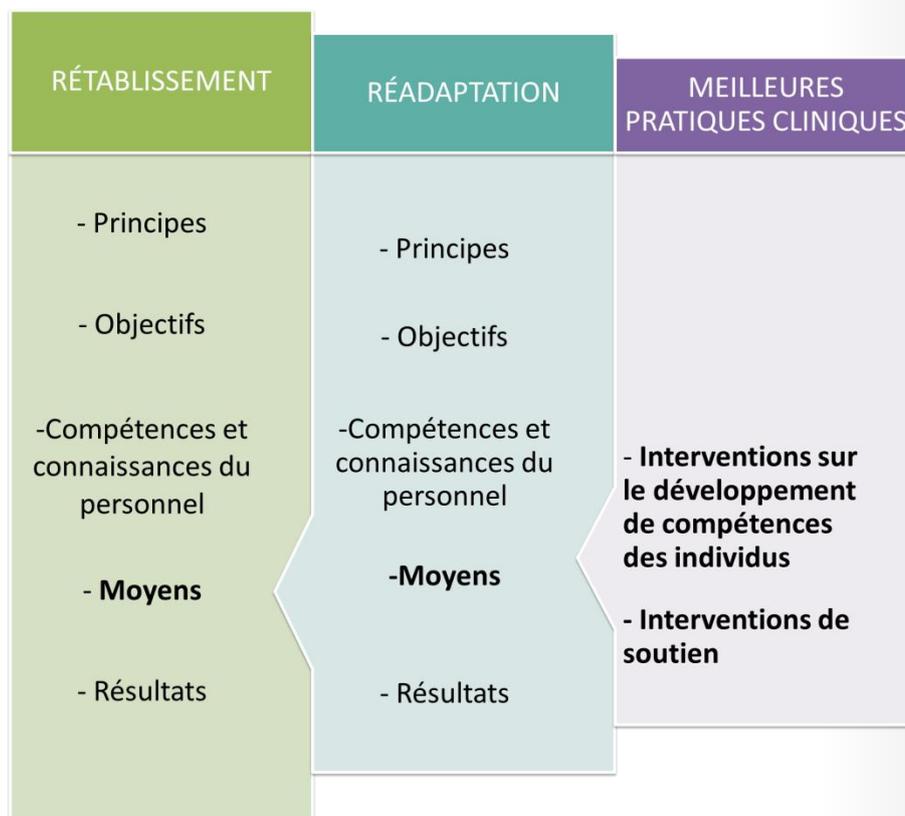
En outre, il importe de différencier la réadaptation du rétablissement (*recovery*)<sup>1</sup>. La réadaptation et le rétablissement sont deux concepts distincts liés par leur finalité : se centrer sur l'individu vivant avec un trouble mental. Dans l'organisation des soins actuels, la réadaptation se situe au cœur du processus de rétablissement (voir la figure 1). En fait, la réadaptation constitue un moyen pour appliquer concrètement les principes et les objectifs du rétablissement<sup>2</sup>. De plus, la réadaptation se réalise par des interventions cliniques, plus spécifiquement par le développement d'habiletés et des

<sup>1</sup> Un nombre important d'articles concernant le rétablissement se sont retrouvés dans la recherche documentaire, alors que ce terme ne faisait pas partie des mots-clés utilisés.

<sup>2</sup> La figure 1 constitue le résumé des réflexions de l'auteure suite à la recherche documentaire sur la définition de la réadaptation

interventions de soutien. Les interventions qui ont été éprouvées empiriquement et qui ont donné des résultats scientifiquement probants composent les meilleures pratiques

## 2.1 Figure 1 : Localisation de la réadaptation dans la philosophie du rétablissement



Référence : les auteurs

## RÉTABLISSEMENT

- **Principes** (Anthony, 1993; Anthony, 2000) Processus ou finalité (Corrigan, 2006)
  - Peut survenir sans l'intervention d'un professionnel et même si les symptômes sont présents
  - Présence de gens qui croient et qui soutiennent la personne ayant besoin de rétablissement
  - N'est pas une théorie personnelle sur les causes de la maladie mentale
  - Est un processus unique
  - Implique que la personne concernée puisse choisir
  - Participe plus difficile de se rétablir des conséquences de la maladie que la maladie elle-même
- **Objectifs** (Shepherd, et coll., 2018) (édition québécoise)
  - Trouver et garder espoir
  - Bâtir une vie pleine de sens
  - Retrouver une identité positive
  - se prendre en main et être maître de sa vie
- **Compétences et connaissances du personnel** (Shepherd, et coll., 2018)
  - Ouverture
  - réciprocité
  - Collaboration d'égal à égal
  - volonté d'offrir un effort supplémentaire
  - Importance primordiale des ressources internes de l'individu
- **Moyens** (Anthony, 1993; Anthony, 2000)
  - Traitement
  - intervention de crise
  - Case management
  - enrichissement
  - Soutien de base
  - protection des droits
  - bien-être et prévention
- **Résultats**
  - Une vie significative pour l'individu

## RÉADAPTATION

- **Principes** (Corrigan et coll., 2008)
  - Est centrée sur la personne, ses forces, buts et préférences. Favorise l'autodétermination
  - Fourni un entraînement aux habiletés dans un contexte réel. Apporte assistance à l'environnement
  - Intègre à la fois la réadaptation et le traitement. Favorise le rétablissement
  - Est dispensée par une équipe multidisciplinaire. Grande importance sur la continuité des services
  - Favorise l'intégration communautaire (être de la communauté)
- **Objectifs** (Organisation Mondiale de la Santé, dans WARP, 1996)
  - Réduire les symptômes
  - Réduire la discrimination et les stigmas
  - Encourager le soutien familial et du réseau
  - Améliorer les compétences sociales
  - Réduire les conséquences néfastes d'une intervention ou d'une hospitalisation
  - Encourager le pouvoir d'agir en améliorant la défense, l'autonomie et l'auto-représentation
- **Compétences et connaissances du personnel** (Corrigan et coll., 2008)
  - Connaissances pratiques et théoriques
  - Valeurs et attitudes facilitantes
  - Habiletés favorisant une forte alliance thérapeutique
- **Moyens** (Corrigan, 2006; Corrigan et coll., 2008)
  - interventions médicales
  - interventions psychosociales
  - interventions prometteuses ou par les pairs (consumer or prosumer)
- **Résultats** (Anthony et Furlong, 2011)
  - Fonctionnement (role functioning)

## MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES

(basé sur Farkas & Anthony, 2010; WHO, 1996; SAMHSA's National Registry EBP)

- **Interventions sur le développement de compétences des individus**
  - SST (social skill training method) (Liberman, 1998; Bellack, 2004; Kopelowicz et al., 2009)
  - Cognitive behavioral social skill training (SAMHSA)
  - Cognitive remediation
- **Interventions de soutien**
  - ACT (assertive community treatment)
  - PACT (patient outcome research team)
  - Family support
  - Peer support
  - Social support network
  - Support housing (Lecompte & Lecker, 2012)
  - Housing First program
  - Support d'emploi (Farkas, 2013)
  - IPS (Individual Placement and Support)
  - Support d'éducation (Mowbray et coll., 2005)

### 3 Question décisionnelle et questions d'évaluation

#### Question décisionnelle

« Quelles sont les meilleures pratiques cliniques en réadaptation psychosociale applicables à la clientèle externe de l'IUSMQ souffrant de troubles sévères et persistants ? ».

#### Questions d'évaluation

« Quelle est la définition de la réadaptation psychosociale? ».

« Quels sont les modèles de réadaptation psychiatrique répondant aux meilleures pratiques cliniques? ». Afin de dresser un portrait complet de la question d'évaluation touchant les modèles, l'analyse a été effectuée selon les dimensions suivantes : efficacité, efficience, sociale, éthique, organisationnelle, professionnelle.

### 4 Méthodologie

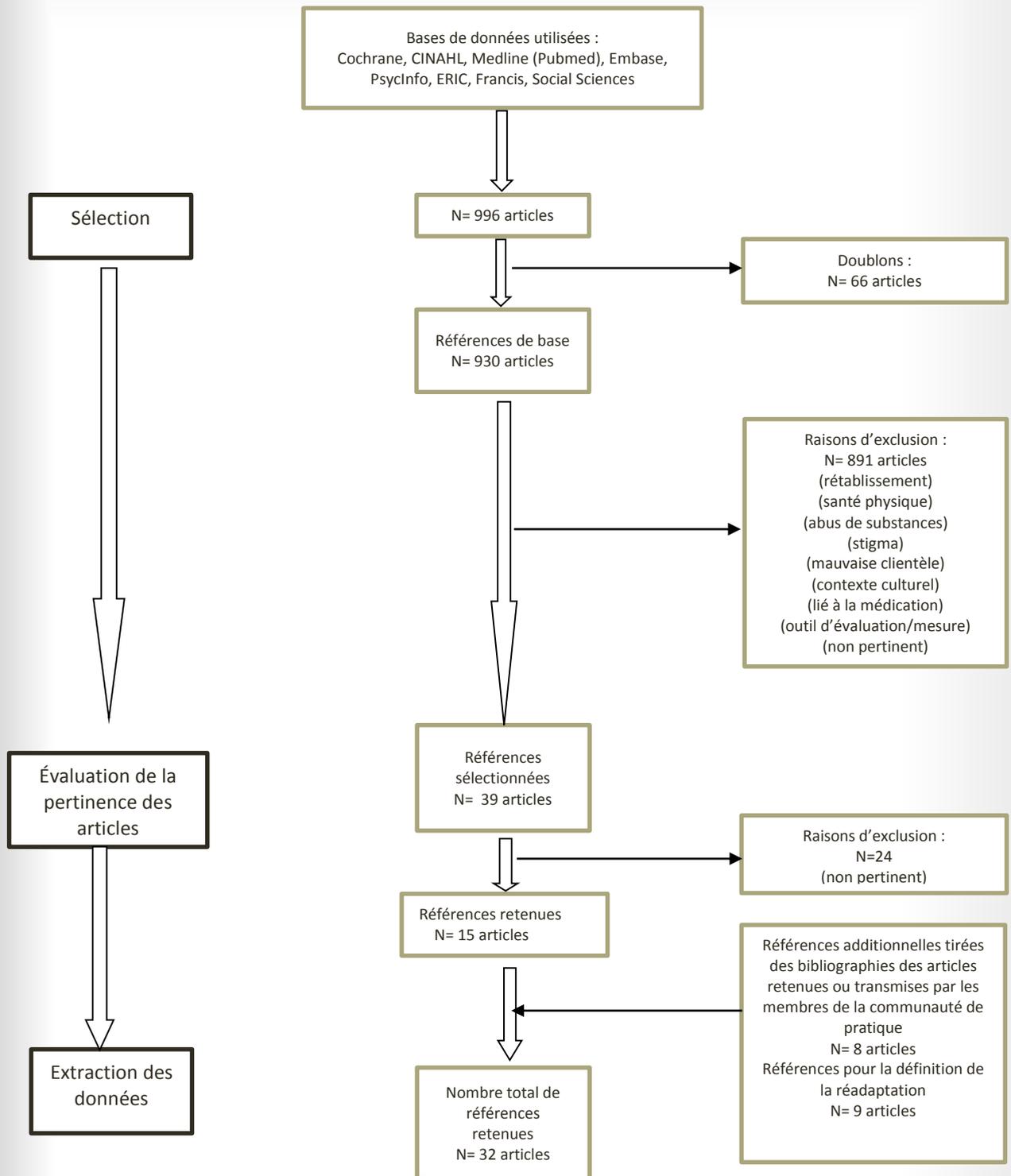
Une recherche documentaire a été réalisée de septembre à novembre 2014 dans les bases de données PUBMED, EMBASE, COCHRANE, CINHAL, PSYCINFO, ERIC, FRANCIS et SOCIAL SCIENCES selon la stratégie présentée à l'Annexe 1<sup>3</sup>. Les bibliographies des études retenues ont aussi été examinées afin de recueillir d'autres références pertinentes. Enfin, des références additionnelles transmises par les membres de la communauté de pratique ont été considérées.

La sélection des études, sur la base des titres et des résumés, a été menée par un évaluateur (JC) de l'équipe de l'UETMIS de l'IUSMQ en fonction des critères présentés à l'Annexe 1. L'évaluation de la pertinence des études sélectionnées, sur la base de la lecture des textes, a été effectuée par deux évaluateurs (JC) et (LL). L'évaluateur responsable du projet (JC) a procédé à l'extraction des données pour chacun des articles retenus. De plus, les articles ont été classés selon les dimensions définies lors du cadrage du projet. À la suite de l'extraction des données, des constats ont pu être dressés concernant les meilleures pratiques en réadaptation.

Le diagramme du processus de sélection des documents est présenté à la Figure 2.

<sup>3</sup> Les mots-clés utilisés ont été inspirés d'une revue narrative de Marianne Farkas (2013), une chercheure reconnue dans le domaine de la réadaptation psychiatrique.

#### 4.1 Figure 2 : Diagramme de sélection des documents



## 5 Résultats du processus d'examen de la littérature scientifique

La revue de littérature menée dans le cadre de ce projet a pour but de faire ressortir les constats les plus pertinents et les plus récents en lien avec les meilleures pratiques en réadaptation psychiatrique. Les résultats présentés répondent aux questions d'évaluation citées au point 2.

### 5.1 Définition de la réadaptation psychiatrique

Dans un premier temps, une recherche des éléments pertinents à l'élaboration d'une définition a été effectuée dans le but de clarifier le concept de réadaptation et de la distinguer du rétablissement.

Farkas et Anthony (2010) considèrent la réadaptation psychiatrique comme un champ d'études et de pratiques à part entière : « *Psychiatric/Psychosocial Rehabilitation (PSR) became understood as a field, not just a series of unique interventions or program models* ». Selon eux, « *the terms 'psychosocial interventions' and 'psychiatric rehabilitation' have come mistakenly to be used interchangeably, a confusion which has led some researchers to complain that there is no consistent method to categorize psychosocial treatment* » (Dixon et coll., 2009). Pour Farkas (2013), la réadaptation psychiatrique est également une charte de valeurs, de techniques et de pratiques développées depuis 30 ans par des chercheurs rigoureux et reconnus.

Bachrach (2000) est d'avis que cette confusion se reflète également sur le terrain clinique: « *agreeing upon a definition is a difficult task, because striking variations exist in how rehabilitation services are actually implemented in the 'real world' of a service delivery* ». Dans un article du Schizophrenia Bulletin, Anthony et Liberman (dans Tempier et Favrod, 2002) expliquent que les cliniciens reconnaissent bien les besoins des patients<sup>4</sup>, 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.

Plusieurs auteurs et organisations reconnus ont élaboré des définitions de la réadaptation. Ces définitions se trouvent dans le tableau qui suit:

<sup>4</sup> L'utilisation du terme « patient » ou « usager » se veut le reflet de la traduction du texte original anglophone ou se veut un allègement du terme « personne ayant un trouble de santé mentale ». Ces différents termes sont comme des synonymes.

## 5.2 Tableau 1 : Définitions de la réadaptation retrouvées dans la littérature

Auteurs / dates	Termes / concepts	Définitions / précisions
WHO and WAPR (1996)	Psychosocial rehabilitation/ Processus	Psychosocial rehabilitation is a process that facilitates the opportunity for individuals – who are impaired, disabled or handicapped by a mental disorder – to reach their optimal level of independent functioning in the community. It implies both improving individuals' competencies and introducing environmental changes in order to create a life of the best quality possible for people who have experienced a mental disorder, or who have an impairment of their mental capacity which produces a certain level of disability. PSR aims to provide the optimal level of functioning of individuals and societies, and the minimization of disabilities and handicaps, stressing individuals' choices on how to live successfully in the community.
Corrigan (2003)	Psychiatric rehabilitation/ Model	Psychiatric rehabilitation cannot be fully understood by reducing its processes and goals to a single model because is a multi-faced and complex enterprise for people who are challenged by psychiatric disabilities.
Farkas et Anthony (2010)	Psychiatric rehabilitation (PSR)/ interventions	Are currently a mixture of evidence-based practices, promising practices and emerging methods that can be effectively tied together using the PSR process framework of helping individuals with serious mental illnesses choose, get and keep valued roles, and together with complementary treatment orientated psychosocial interventions, provide a broad strategy for facilitating recovery. Rehabilitation, of any kind (i.e. physical, psychiatric, social, etc.) is ecological ('person–environment fit') and specifically targets improving role performance.
Anthony et Furlong-Norman (2011)	Psychiatric rehabilitation	Approved and adopted by the board of Directors par the Board of Directors of United States Psychiatric Rehabilitation Association (USPRA): "psychiatric rehabilitation promotes recovery, full community integration and improved quality of life for persons who have been diagnosed with any mental health condition that seriously impairs their ability to lead meaningful lives. Psychiatric rehabilitation services are collaborative, person directed and individualized. These services are an essential element of the health care and human services spectrum, and should be evidence-based. They focus on helping individuals develop skills and access resources needed to increase their capacity to be successful and satisfied in the living, working, learning, and social environments of their choice".
Lecomte et Leclerc (2012)	Réadaptation psychiatrique/ interventions	Interventions de pointes qui favorisent le rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux. Le modèle de rétablissement est un concept intégrateur au cœur de la réadaptation psychiatrique.
PSR/RPS CANADA (2010)	Psychosocial rehabilitation	Psychosocial rehabilitation promotes recovery, full community integration and improved quality of life for persons who have been diagnosed with any mental health condition that seriously impairs functioning. Psychosocial rehabilitation services are collaborative, person directed, and individualized, and an essential element of the human services spectrum, and should be evidence-based. They focus on helping individuals re-discover skills and access resources needed to increase their capacity to be successful and satisfied in the living, working, learning and social environments of their choice. Psychosocial rehabilitation is the principle behind numerous evidenced-based best practices, such as assertive community treatment and supported employment services, as well as promising practices, such as peer support programs. Psychosocial rehabilitation services directly address the high risks that many persons with serious and persistent mental illness experience of repeated hospitalizations, high utilization of emergency room services, low levels of functioning in the community, homelessness, and unemployment.

### 5.3 Tableau 2 : Résumé des études incluses en réponse à la question portant sur les modèles de réadaptation psychiatrique

MODÈLES	DESCRIPTION	AUTEUR	DEVIS	Efficacité	Efficience	Social	Éthique	Organisationnel	Professionnel
Psychiatric rehabilitation process model	Le <i>Psychiatric Rehabilitation Process Model</i> est un processus qui guide l'interaction entre l'intervenant et l'utilisateur. Ce modèle en est un dit centré sur le client. Sous forme de guide de pratique, les interventions qui découlent de ce modèle sont axées sur les forces de l'individu et visent l'autonomie. Pour ce faire, il aide à établir des relations sociales positives, à encourager l'atteinte des buts personnels, à créer les liens avec des services de soutien et à fournir un entraînement aux habiletés de la vie réelle. (traduction libre de SAMHSA, 2014)	Svedberg et coll. (2014)	Étude de cohortes	Résultats significatifs					
		Van Busschbach & Wisersma (2002)	Étude de cohortes	Résultats significatifs					
		Swildens & coll. (2011)	Étude contrôlée randomisée	Résultats significatifs					
		Gigantesco et coll. (2006)	Étude contrôlée randomisée	Résultats significatifs					
		Jormfeldt et coll. (2013)	Étude qualitative	Importance du lien thérapeutique					
		Anthony et coll. (2013)	Étude de cohortes	Résultats significatifs					
		Ellison et coll. (2011)	Étude de cohortes		Résultats significatifs				
Chronic Care Model (CCM)	Le <i>Chronic Care Model</i> (CCM) est une approche qui se concentre sur l'amélioration des soins ambulatoires afin qu'ils soient plus facilement prodigués, davantage centrés sur le client et basés sur des données probantes. (traduction libre de Coleman et coll., 2009)	Woltmann et coll. (2012)	Revue systématique et méta-analyse	Cadre conceptuel robuste					
		Oades et coll. (2013)	Littérature grise	Cadre conceptuel intégratif					
		Clarke et coll. (2009)	Étude qualitative	Importance de former le personnel					
Classification internationale du fonctionnement (CIF)	La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est un cadre conceptuel qui présente une terminologie et une classification normalisées des conséquences de la maladie. (CIHI/ICIS, 2015)	Reed et coll. (2009)	Commentaire clinique					Cadre conceptuel intégratif	
		Rosler (2006)	Littérature grise					Cadre conceptuel utile	

## 5.4 Tableau 2 : Résumé des études incluses en réponse à la question portant sur les modèles de réadaptation psychiatrique

MODÈLES	DESCRIPTION	AUTEUR	DEVIS	Efficacité	Efficience	Social	Éthique	Organisationnel	Professionnel
Interventions novatrices et/ou complémentaires	<i>Multiprocess Model</i> (MPM) explique les facteurs “ <i>supradeliberative</i> ” impliqués dans le processus décisionnel et les comportements liés à la santé. (traduction libre de Corrigan et coll. 2014)	Corrigan et coll. (2014)	Relevé de littérature	<b>MPM devrait être combiné à la pleine conscience</b>					
	Programme de PR combinant des interventions de remédiation cognitive (TRC) et d’habiletés sociales.	Bucci et coll. (2013)	Étude contrôlée randomisée	<b>RC + optimale avec autre traitement</b>					
	<i>Holistic Care Program</i> s’intéresse au fonctionnement psychologique, physique, social, spirituel des usagers.	Luk (2011)	Étude qualitative	<b>Importance de l’aspect spirituel</b>					
	<i>Complementary and Alternative Medicine</i> (CAM) englobe les pratiques curatives et préventives qui diffèrent des pratiques biomédicales conventionnelles.	Russinova et coll. (2009)	Étude qualitative	<b>CAM procure les mêmes bienfaits que le rétablissement</b>					
	Interventions s’intéressant au réseau de soutien.	Chou & Chronister (2012)	Étude qualitative			<b>Importance de la qualité des liens</b>			
	L’apprentissage moral est facilité par l’interprétation photographique ( <i>hermeneutic photography</i> ).	Sitvast et coll. (2011)	Étude de cas				<b>Importance de l’apprentissage moral pour favoriser l’espoir</b>		

Le terme choisi par la communauté de pratique est la **réadaptation psychiatrique**. La définition retenue et traduite par les membres de la communauté de pratique est la suivante

« La réadaptation psychiatrique prône le rétablissement, la pleine intégration dans la communauté et l’amélioration de la qualité de vie pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale qui entrave leur capacité à mener une vie significative. Les services en réadaptation psychiatrique sont collaboratifs, dirigés par la personne et individualisés. Ces services sont une partie essentielle de la gamme de services sociaux et de santé et doivent

être basés sur les données probantes. Ils se concentrent à aider les individus à développer leurs habiletés et à accéder aux ressources nécessaires afin qu'ils puissent réussir et être satisfaits dans leurs rôles et les milieux de leur choix».

Cette traduction est inspirée du texte d'Anthony et Furlong-Norman (2011) (École de Boston) :

*« Psychiatric rehabilitation promotes recovery, full community integration and improved quality of life for persons who have been diagnosed with any mental health condition that seriously impairs their ability to lead meaningful lives. Psychiatric rehabilitation services are collaborative, person directed and individualized. These services are an essential element of the health care and human services spectrum, and should be evidence-based. They focus on helping individuals develop skills and access resources needed to increase their capacity to be successful and satisfied in the living, working, learning, and social environments of their choice».*

## 5.5 Les modèles de la réadaptation psychiatrique

L'examen de la littérature a permis de dégager quatre modèles de réadaptation reconnus comme meilleures pratiques selon le *SAMHSA'S National Registry of Evidence-based Programs and Practices*<sup>5</sup> ainsi que la communauté internationale (Organisation mondiale de la santé<sup>6</sup>). Des interventions novatrices ou complémentaires ont été répertoriées et classées dans une catégorie supplémentaire. L'ensemble des informations recueillies se retrouve dans le tableau 2 et le tableau 3.

<sup>5</sup> [www.nrepp.samhsa.gov/SearchResultsNew.aspx?s=b&q=rehabilitation](http://www.nrepp.samhsa.gov/SearchResultsNew.aspx?s=b&q=rehabilitation)

<sup>6</sup> <http://www.who.int/fr/>

## 5.6 Tableau 3 : Résumé des études d'intérêts ne portant pas sur un modèle

ÉTUDE	RÉSUMÉ	AUTEUR	DEVIS	Efficacité	Efficience	Social	Éthique	Organisationnel	Professionnel
Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care	Vérification si les lignes directrices d'un traitement améliorent positivement la dispensation des soins et des services ou si les lignes directrices sur des interventions de réadaptation ont un réel impact sur le rétablissement des usagers.	Barbui et coll. (2014)	Revue systématique	<b>Niveau d'informations faible. Impossible d'arriver à des conclusions.</b>					
Adapting evidence-based interventions to fit usual practice : staff roles and consumer choice in psychiatric rehabilitation	Vérification si c'est possible d'adapter les pratiques basées sur les données probantes pour s'ajuster à différentes organisations de soins sans compromettre la qualité des services.	Barreira et coll. (2010)	Étude non expérimentale						<b>Pourrait permettre d'adapter les pratiques dans un contexte de manque de ressources</b>
The evidence-based practice movement in health care : implication for rehabilitation	Vérification et critique des enjeux critiques entourant le mouvement des meilleures pratiques cliniques et leur implication dans le champ de la réadaptation.	Chronister et coll. (2008)	Avis d'experts				<b>Importance de faire la différence entre les études de faible et de forte évidence scientifique</b>		
Introduction to psychiatric/psychosocial rehabilitation (PSR) : history and foundations	Vérification et critique de la documentation de 1970 à 2012 sur les pratiques basées sur des données probantes en réadaptation pour une clientèle atteinte de troubles mentaux, notamment la schizophrénie.	Farkas (2013)	Revue narrative	<b>Il existe une variété de techniques ayant démontré des résultats probants ou prometteurs. Une combinaison serait à privilégier.</b>					
Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique: auxquelles accorder la priorité et pourquoi?	Vérification et critique de la documentation décrivant les interventions psychosociales en réadaptation psychiatrique reconnues pour leurs résultats probants.	Lecomte et coll. (2014)	Revue de littérature et description brève de méta-analyses					<b>Importance de promouvoir les interventions psychosociales (disponibles en français) basées sur des résultats probants qui ne sont pas offertes dans les établissements</b>	

La recherche documentaire menée dans le cadre de ce projet a repéré une revue systématique pertinente sur le sujet. Cette revue systématique Cochrane a été élaborée par Barbu et coll. (2014) afin d'examiner l'efficacité de la mise en œuvre de lignes directrices pour améliorer les services et les soins de santé. Plus précisément, les auteurs cherchent à savoir si les lignes directrices d'un traitement améliorent positivement la dispensation des soins et des services, de même que si les lignes directrices ont un réel impact sur le rétablissement des usagers. Ainsi, les auteurs ont voulu vérifier quelles composantes des lignes directrices peuvent influencer le processus de réadaptation et les résultats auprès des usagers; par exemple : l'état global de l'utilisateur, la fidélité au traitement, la satisfaction de la clientèle et la qualité de vie. Cette revue systématique est basée sur cinq études contrôlées randomisées portant sur le traitement pharmacologique et différentes interventions en réadaptation psychosociale<sup>7</sup> pour une clientèle atteinte de schizophrénie ou d'un trouble psychotique. Bien que des changements aient été démontrés dans la pratique psychiatrique, cette étude précise que l'incertitude demeure en termes de signification clinique et d'effets à long terme des interventions sur les usagers, de même que sur les meilleures manières d'utiliser les lignes directrices. En effet, comme la qualité des informations pertinentes a été évaluée comme faible ou très faible, il a été impossible d'en arriver à des conclusions définitives.

### 5.6.1 Psychiatric Rehabilitation Process Model

Le modèle du *Psychiatric Rehabilitation Process* de l'Université de Boston est celui qui est le plus documenté (aussi appelé *Boston Psychiatric Rehabilitation Approach (BPR)* ou *Choose-Get-Keep model (CGK)*<sup>8</sup>). Dans leur étude longitudinale de deux ans portant sur sept services suédois de santé mentale, Svedberg et coll. (2014) ont trouvé que ce modèle contribuait significativement à améliorer la qualité de vie, la santé, l'appropriation du pouvoir (empowerment) et le fonctionnement social d'usagers aux prises avec un trouble de santé mentale sévère et persistant. De plus, ce modèle permettrait de réduire l'utilisation des services de santé en plus d'aider les usagers (plus de la moitié dans la présente étude) à atteindre leurs buts personnels, et ce, à l'intérieur de deux ans. Les auteurs rapportent également que ce modèle américain de réadaptation psychiatrique a déjà été implanté dans différents pays et étudié empiriquement aux États-Unis et en Europe. Le tableau 4 présente les résultats obtenus des études américaines et européennes:

---

<sup>7</sup> *Thérapie cognitivo-comportementale, intervention familiale et psychoéducation, entraînement aux habiletés sociales, réadaptation vocationnelle et autres techniques de réadaptation.*

<sup>8</sup> *Selon le NREPP : SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices, les anciennes appellations sont : Choose-get-keep et Choises. La meilleure pratique est appelée Psychiatric Rehabilitation Process Model. La personne contact est Marianne Farkas. <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=241>.*

## 5.7 Tableau 4 : Tableau comparatif des résultats ayant étudié le modèle CGK

Études	↑santé (Sx)	↑fonction- nement	↑ hab. sociales	↑ qualité de vie	↑ pouvoir et indépendance	↑ atteinte des buts
Anthony et coll. (2013)						X
Ellison et coll. (2011)	X					
Gigantesco et coll. (2006)		X				
Jormfeldt et coll. (2013)				X		X
Rogers et coll. (2006)	∅		∅	∅		
Shern et coll. (2000)	X			X		
Svedberg et coll. (2014)	X	X	X	X	X	X
Swildens et coll. (2003)						X
Swildens et coll. (2011)	∅	∅		∅	X	X
Van Busschbach &Wiersma (2002)	∅			X		X

Légende : X = résultats significatifs et ∅ = pas d'évidences significatives

Le tableau comparatif des études du modèle « *Choose-Get-Keep* » (CGK) expose les contributions significatives pour l'utilisateur, telles qu'elles ont été trouvées dans les différentes études.

Van Busschbach & Wiersma (2002), Swildens et coll. (2011) ainsi que Gigantesco et coll. (2006) affirment que l'approche de réadaptation, utilisant le modèle « *Choose-Get-Keep* », serait un outil utile pour explorer et atteindre les buts fixés par et pour l'utilisateur. Toutefois, ceux-ci affirment également que malgré cet effet positif, le modèle n'amènerait pas l'utilisateur à expérimenter moins de symptômes et d'être moins dépendant vis-à-vis les soins (*need of care*). Une hypothèse adoptée par les auteurs réfère à la grande proportion de participants déjà stables mentalement au moment des mesures et de leurs symptômes plutôt atténués.

L'étude qualitative suédoise de Jormfeldt et coll. (2013) explique que « l'approche BPR (ou CGK) n'est ni une technique particulière, ni une intervention, mais plutôt un service offert dans le système de santé mentale (repris de Farkas et Anthony, 2010) et qui a pour but de promouvoir le rétablissement et une vie pleine de sens, plutôt que simplement soutenir la réadaptation ou la survie de l'utilisateur dans la communauté ». C'est également une approche centrée sur la personne, basée sur les buts et les besoins uniques de chaque individu, en accord avec ses préférences et axée sur les environnements :

résidentiel, social, de travail et d'apprentissage. Les résultats observés par Jormfeldt et coll. démontrent que les usagers ont de la difficulté à cibler leurs buts, ou simplement à les verbaliser si on ne leur a pas donné la possibilité d'élaborer leur pensée et de les accompagner dans ce cheminement avec une personne en qui ils ont confiance. Bref, une part importante du lien thérapeutique est tributaire du succès de cette approche. L'expérience rapportée par les usagers a été classée en trois catégories : augmentation de la compréhension de soi (*increased self-understanding*), ouverture à de nouvelles perspectives (*getting new perspectives*), être dans une relation de confiance (*being in a trusting relationship*).

L'approche BPR (ou CGK) a également été étudiée par Anthony et coll. (2013) (portrait d'une population pré-post design) dans le but d'évaluer les types d'objectifs ciblés dans le cadre d'un programme de réadaptation psychiatrique. Cette étude fournit une méthode pour mesurer et évaluer l'atteinte d'objectifs personnels dans des domaines spécifiques (résidentiel ou employabilité) plutôt qu'en utilisant une approche multidimensionnelle (des objectifs généraux). Ainsi, les buts sont individualisés et adaptés à chaque usager. Enfin, les interventions réalisées ont démontré des gains significatifs et interinfluent dans les domaines de l'employabilité et du logement.

Finalement, une étude quasi expérimentale<sup>9</sup> d'Ellison et coll. (2011) a examiné le programme « *Intensive Psychiatric Rehabilitation (IPR)* », qui est modelé sur le *Choose – Get – Keep Model*, en termes d'utilisation et de coûts. Les résultats rapportent une amélioration significative des statuts résidentiels, des statuts d'emploi ainsi que des revenus mensuels bruts des participants du groupe ayant complété les douze mois du programme IPR. Ce groupe semble également utiliser davantage les services de santé mentale, mais ceux-ci sont moins intensifs et moins coûteux. Ainsi, bien que des résultats significatifs de réadaptation puissent être attendus pour le groupe ayant complété les douze mois du programme IPR, l'étude n'a pas permis de conclure à une réelle économie dans l'ensemble des services et des coûts en santé mentale. Ceci dit, le programme IPR pourrait plutôt améliorer l'accès aux services ou le type de services offerts.

### 5.7.1 Chronic Care Model (CCM)

Initialement élaboré dans le domaine de la santé physique ; « *The Chronic Care Model* » a été adopté pour améliorer les soins ambulatoires aux États-Unis et, par la suite, dans plusieurs pays autour du globe (Coleman et coll., 2009). Une recherche additionnelle a été menée spécifiquement sur ce modèle. Cette recherche a fait ressortir une revue systématique et une méta-analyse, effectuées par Woltmann

<sup>9</sup> Pre-post design avec 3 groupes : 1) un groupe ayant complété le 12 mois IPR; 2) décrocheurs du programme avant 6 mois; 3) décrocheur du programme entre 6 et 12 mois.

et coll. (2012), dont le but est de comparer l'efficacité du *Chronic Care Models* (CCMs) dans le domaine de la santé mentale à travers les soins de première et deuxième lignes, ainsi que des cliniques de psychologie comportementale (*behavioral health care settings*). Cette étude de Woltmann et coll. conclut que: «*CCMs can improve mental and physical outcomes for individuals with mental disorders across a wide variety of care settings, and they provide a robust clinical and policy framework for care integration* ». Lévesque et coll. (2007) ont rédigé un résumé de ce modèle pour l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal / Direction de santé publique – Institut national de santé publique. Les auteurs précisent que: « le modèle *Chronic Care Model*, développé par le *Group Health* de *Puget Sound*, Seattle, a fait l'objet de diverses démarches d'implantation dans le contexte américain et canadien. [...] Une méta-analyse récente atteste que l'implantation d'au moins une caractéristique du *Chronic Care Model* est associée avec une amélioration du processus et des résultats de soins pour les personnes atteintes d'asthme, de diabète, d'insuffisance cardiaque et de dépression (Tsai et coll., 2005) ».

Du « *Chronic Care Model* » découle une intervention basée sur des données probantes pour des adultes présentant des problèmes chroniques de santé mentale ou physique<sup>10</sup> : « *Life Goals Collaborative Care (LGCC)* ». Initialement développée pour des personnes qui présentent des troubles bipolaires, cette pratique vise une combinaison d'interventions éducatives, motivationnelles et de psychothérapie dans le but de gérer les symptômes et d'améliorer la qualité de vie. Une étude sur une durée de trois ans recensée par le SAMHSA démontre qu'un groupe de vétérans ayant reçu les interventions LGCC présentaient une amélioration significative de leur santé mentale et de leur qualité de vie comparativement aux participants du groupe contrôle.

Un modèle australien, non validé empiriquement et similaire au « *Life Goals Collaborative Care (LGCC)* », est présenté par Oades et coll. (2013). Les auteurs ont évalué l'efficacité du « *Collaborative Recovery Model (CRM)* » sur une période de cinq ans. Leurs conclusions stipulent que ce modèle fournit un cadre conceptuel intégratif qui combine (i) des données probantes; (ii) des compétences modulables relevant de la gestion de cas (*case management*) et des contextes de réadaptation psychosociale; (iii) la reconnaissance de l'expérience subjective des usagers. Actuellement en validation auprès d'instances gouvernementales et non gouvernementales australiennes, ce modèle compte :

- Deux principes directeurs : 1) le rétablissement comme processus individuel; 2) la collaboration et le soutien à l'autonomie.

<sup>10</sup> Selon le NREPP : SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. La personne contact est Amy M. Kilbourne. <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=349>.

- Quatre composantes : 1) favoriser le changement; 2) détermination conjointe des besoins; 3) collaboration dans l'élaboration et l'atteinte des buts; 4) collaboration dans l'application et l'évaluation des moyens utilisés.
- Quatre protocoles cliniques : 1) amélioration de la motivation; 2) évaluation des besoins; 3) technologie axée sur la collaboration dans la détermination des buts; 4) évaluation du travail effectué.

Du *Collaborative Recovery Model* (CRM) découle une intervention structurée et formalisée axée sur l'atteinte des buts (*goal setting intervention*) appelée «*Collaborative Goal Technology* (CGT)». Cet outil clinique a été étudié de manière qualitative par Clarke et coll. (2006) afin de vérifier la qualité des buts atteints ainsi que l'importance de la formation du personnel pour son application<sup>11</sup>. Le *goal setting intervention* provient de la théorie du but (*Goal Theory*) et a été validée sur une population non clinique (Locke, 1991; 1996; Locke & Latham, 1990). Clarke et coll. (2009) ont mis en évidence le fait que le personnel entraîné au *goal setting intervention* documente plus fréquemment et plus efficacement le cheminement vers l'atteinte des objectifs de l'utilisateur.

### 5.7.2 Classification Internationale du Fonctionnement (CIF)

Rosler (2006) considère la Classification internationale du fonctionnement (CIF) comme un cadre conceptuel utile et applicable aux interventions de réadaptation: «*the CIF is a useful tool to comprehend chronically mentally ill in all their dimensions, including impairments at the structural or functional level of the body, at the person level with respect to activity limitations, and at the societal level with respect to restrictions of participation. Each level encompasses a theoretical foundation on which a rehabilitative intervention can be formulated* ».

Reed et coll. (2009) ont déposé un commentaire clinique (*clinical commentary*) sur l'implantation de la Classification internationale du fonctionnement (CIF) dans la région de Lombardy en Italie. Son utilisation sert de cadre conceptuel du fonctionnement pour des individus aux prises avec des troubles de santé mentale et qui reçoivent des services de réadaptation psychosociale. Le but de cette étude est de faciliter l'implantation de projets innovants de réadaptation dans la communauté, en fournissant des soins intégrés, holistiques et multidisciplinaires, et de stimuler la discussion internationale. Une évaluation sur deux ans a fait ressortir les avantages de l'utilisation de la CIF :

- Favorise un langage commun;

<sup>11</sup> Une revue systématique de Cochrane a été trouvée, mais, vue la faible fiabilité des études, aucune recommandation n'a pu être émise (Reilly et coll., 2013).

- Favorise un modèle de traitement intégré;
- Soutien l'utilisation des plans d'intervention (*individual rehabilitation plans*);
- Améliore les services à la population atteinte de troubles mentaux;
- Met l'emphase sur l'environnement de la personne.

### 5.7.3 Interventions novatrices ou complémentaires

Une revue de littérature effectuée par Corrigan et coll. (2014) met en doute le caractère universel des meilleures pratiques puisque plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux n'adhèrent pas au modèle du parfait usager (*the rational patient*) pour qui sont élaborées ces meilleures pratiques. Un nombre important d'usagers sont aux prises avec une problématique d'adhésion au traitement et pour lesquels les théories de prises de décisions délibérées, comme la balance décisionnelle, ne sont pas thérapeutiques. Ainsi, leur revue expose les limites des anciennes théories sur la prise de décisions et suggère qu'elles soient substituées par un modèle « *multiprocess* » (*Multi Process Model MPM*) afin d'expliquer les facteurs impliqués dans la délibération, la satisfaction et les comportements de l'utilisateur.

Le MPM implique que :

- Certains processus cognitifs se produisent de manière implicite, c'est-à-dire, potentiellement au niveau inconscient;
- L'immédiateté influence les décisions, et ce, malgré une réflexion et une planification préalable;
- Les émotions jouent un rôle important dans l'analyse et l'objectivité de la prise de décisions.

Enfin, les auteurs suggèrent que ces thérapies, axées sur la prise de décision, devraient être combinées à des interventions reconnues comme la pleine conscience et de l'acceptation (*Mindfulness-based cognitive therapy and Mindfulness-based stress reduction*) afin d'en améliorer les résultats, mais également la satisfaction des usagers.

Bucci et coll. (2013) présentent un programme de réadaptation psychosociale combinant des interventions de remédiation cognitive *Neurocognitive Individualized Training (NIT)* et d'habiletés sociales *Social Skills Individualized Training (SSIT)*. Afin de comprendre la synergie qui s'opère entre ces deux interventions, une étude randomisée de deux cohortes (une cohorte de NIT et une cohorte de SSIT) a été effectuée pour comparer les bénéfices apportés de part et d'autre. Les résultats démontrent que le NIT est plus efficace que le SSIT dans plusieurs sphères cognitives ainsi que dans le fonctionnement interpersonnel. Ainsi, telle qu'illustrée par plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Kurtz et coll., 2011; Twamley et al., 2003; McGurk et al., 2007; Grynszpan et al., 2011; Wykes et al., 2011 dans Bucci et coll., 2013), la

remédiation cognitive peut offrir de meilleurs résultats lorsqu'elle est combinée à d'autres interventions.

Selon Luk (2005; 2011), le programme de soins holistiques (*holistic care program*) est efficace pour susciter des changements positifs chez les personnes vivant avec un trouble de santé mentale en Chine. Les soins holistiques s'intéressent au fonctionnement physique, psychologique, social et spirituel des usagers. En 2005, Luk et Shek ont effectué une étude quasi expérimentale impliquant un groupe expérimental (*self-help group (SHG)*) avec des éléments de soins holistiques et un groupe contrôle avec des soins réguliers. Celle-ci a démontré que les gens du groupe expérimental avaient plus d'amis et une plus grande satisfaction sociale que les participants du groupe contrôle. Les trois facteurs tributaires du succès du programme sont : l'implication religieuse, la durée de fréquentation et l'implication du groupe. En 2011, cette étude a été reprise et ajoute que l'élément spirituel, incorporé à un programme de réadaptation psychiatrique, insuffle l'espoir et un sens à la vie, en plus d'aider au maintien d'un emploi dans la communauté (Luk).

Russinova et coll. (2009) de l'École de Boston (*Center for Psychiatric Rehabilitation*) ont mené une analyse qualitative qui liste 28 avantages perçus (questionnaire autorapporté) de la médecine alternative et complémentaire (CAM) pour les personnes présentant un trouble grave de santé mentale. La CAM est définie par ce qui englobe les pratiques curatives et préventives qui diffèrent des pratiques biomédicales conventionnelles. Ces avantages sont classés de manière interjuge en sept dimensions du fonctionnement humain : physique, émotionnel, cognitif, personnel, spirituel, social et fonctionnement général. Ils procurent les mêmes bénéfices que le rétablissement : l'espoir, le pouvoir d'agir, l'auto-efficacité, une signification et un but dans la vie. Ces avantages peuvent également aider à trouver les cibles liées aux forces et aux vulnérabilités de la personne.

Une étude de cohorte de Chou & Chronister (2012) s'est penchée sur l'importance de la famille et des pairs dans le processus de la réadaptation. Le but de cette étude était de comprendre les qualités et la nature des relations selon quatre caractéristiques sociales : le support émotionnel perçu, le support concret, les influences du réseau social et les échanges sociaux négatifs. Les résultats de l'étude concluent que les caractéristiques des liens sociaux contribuent significativement à la réadaptation psychiatrique. L'étude dit aussi que les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale sont plus à risque de développer des relations sociales négatives dû aux stressors de la maladie et des stigmas. Ainsi, il est important de s'y adresser. Pour ce faire, les intervenants devraient s'intéresser au

réseau de soutien : sa qualité, sa nature et les perceptions de l'utilisateur sur les effets et les influences négatives qui en découlent.

Une étude hollandaise de cas multiple (*multiple case study*) de Sitvast et coll. (2011) a tenté de suivre la trajectoire de 42 sujets recevant des services internes ou externes de psychiatrie et participant à une intervention ayant pour but de faciliter l'apprentissage moral (*moral learning*) par l'interprétation photographique (*hermeneutic photography*). Ce type d'intervention se concentre sur les forces et l'espoir. Il met aussi l'emphase sur la signification et l'importance du contexte physique, mental et social de l'utilisateur. Au terme du processus, qui constitue huit sessions de groupe et qui culmine avec une exposition de photos, les usagers deviennent plus sensibles et plus respectueux envers eux-mêmes, de même qu'envers les autres. Trouver un objectif de vie fait partie de ce processus de réadaptation par la mise en image de moments symboliques de leur vie. L'utilisation du médium qu'est la photographie (photo-instrument) utilisée dans cette étude est semblable au projet « *photovoice* »<sup>12</sup> (McNamara, 2009) adopté par le *Centre for Psychiatric rehabilitation de Boston University*.

## 6 Discussion

Les études basées sur des données probantes (EBP) sont habituellement utilisées comme des références en matière de bonnes pratiques et permettent de faciliter une prise de décision éclairée. Par contre, Chronister et coll. (2008) expliquent que, dans le champ de la réadaptation, il existe moins de recherches empiriques mesurant les résultats découlant de telles pratiques cliniques. En fait, Wampold (1997) (Chronister et coll., 2008) avance que les études cliniques randomisées (RTC), qui sont considérées comme le niveau d'évidence le plus élevé, ne sont peut-être pas les meilleures pour mesurer la réadaptation ou d'autres sciences du comportement puisque ce type d'études ne tient pas toujours compte de la complexité de la population clinique ainsi que de l'environnement des individus. La population et l'environnement sont des éléments critiques dans le domaine. En fait, une offre de services multiples peut être nécessaire pour atteindre de meilleurs résultats. Tempier et Favrod (2002) disent que : « la réadaptation psychiatrique constitue donc un ensemble d'interventions thérapeutiques favorisant le potentiel de la personne tout en lui redonnant le pouvoir d'améliorer sa vie ».

---

<sup>12</sup> Outil de recherche pour combattre les stigmas associés à la maladie mentale.

Les différents modèles présentés laissent place à l'adoption d'une ou de plusieurs interventions pour répondre aux besoins de chaque usager. Selon Lecompte et Leclerc (2011) « devant des êtres multidimensionnels, aux histoires variées, l'intervenant doit offrir des interventions qui puissent répondre à différents niveaux de besoins et de buts personnels ». Ainsi, des interventions de pointes et validées empiriquement (comme la thérapie cognitivo comportementale (TCC) ou tel que le *Life Goals Collaborative Care (LGCC)*) peuvent cohabiter avec des interventions novatrices ou complémentaires comme les soins holistiques ou l'interprétation photographique. À titre indicatif, Farkas (2013) a dressé une liste de techniques et d'interventions pouvant être intégrées dans un processus ou un modèle de réadaptation et qui ont démontré des résultats positifs et/ou prometteurs :

- Entraînement aux habiletés sociales (SST);
- Remédiation cognitive combinée avec d'autres techniques reconnues et validées;
- *Personal contact* combiné avec *Illness Management and Recovery* diminuent les stigmas;
- Les pairs-aidants;
- Soutien au logement (ACT), à l'emploi (IPS) et à l'éducation (SE). »

Lecomte et coll. (2014) dressent sensiblement le même constat sur les meilleures pratiques quant à leur pertinence en réadaptation psychiatrique et leur grande utilité sur le plan clinique. Plus particulièrement, Lecomte et coll. (2014) se sont penchés sur la réalité de la population francophone et sur la clientèle aux prises avec un trouble schizophrénique (un tableau sur les études scientifiques et les différents programmes ou interventions se trouvent à l'annexe 5) :

- Les programmes offerts aux familles diminuent leur détresse et facilitent le rétablissement de la personne ayant un trouble mental grave;
- La TCCp (thérapie cognitivo comportementale pour la psychose) peut permettre de changer de manière significative les perceptions de la personne ciblée et, en l'occurrence, la réduction des symptômes;
- Le SSIT (entraînement aux habiletés sociales) offre des apprentissages concrets, faciles à assimiler et utiles pour la réinsertion sociale et professionnelle;
- La TRC (thérapie de remédiation cognitive) peut faciliter la réussite scolaire et le maintien au travail permettant à la personne de recouvrer sa mémoire et sa concentration;
- Les IPS (programme de soutien en emploi) permettent un meilleur taux d'obtention d'un emploi sur le marché du travail ordinaire.

Hughes & Clement (1999) (cité dans Anthony & Furlong-Norman, 2011) mettent en garde contre le piège du modèle unique (single model trap) et suggèrent plutôt de combiner des interventions: « *clubhouse*

*programs, lodge programs, intensive psychiatric rehabilitation treatment (Anthony), skill development (Lieberman), peer support programs, assertive community treatment programs... transitional employment, supportive employment, and individual placement and support (Drake) ». L'étude Kramer et coll. (2003) (citée dans Anthony & Furlong-Norman, 2011), présente deux initiatives ayant combiné des modèles qui semblent particulièrement bien fonctionner ensemble : 1) ACT initialement développé par Stein & Test (Stein, Test & Marx, 1975); 2) the *Psychiatric Rehabilitation Practitioner Technology* initialement développée par Anthony et ses collègues (Anthony, Cohen & Vitalo, 1978). Ainsi, la combinaison d'une équipe interdisciplinaire ACT, offrant un suivi continu à domicile sur un long terme, avec une formation sur l'évaluation et le soutien à la préparation, la prise de décision et la mise en action des choix personnels (choose – get - keep), peut potentiellement offrir de meilleurs résultats auprès des usagers, de même qu'une plus grande satisfaction au travail chez les intervenants.*

L'élaboration ou l'atteinte des buts est un thème qui revient fréquemment dans les études. Le *Psychiatric rehabilitation process model* et le *Chronic care model* concernent spécifiquement ce thème. L'atteinte des buts constitue un des principes de la réadaptation psychiatrique : « *the principles underlying psychiatric rehabilitation depict a practice that is grounded in personal choice, is person centred, individualized and collaborative* » (Anthony & Furlon-Norman, 2011). Les intervenants en santé mentale parviennent à développer cette expertise en : « *engaging a person in the process by means of a positive relationship; helping a person figure out whether the person believes she or he is ready to participate in the psychiatric rehabilitation process; if necessary, helping the person become ready to participate in the process; initiating person driven, collaborative goal setting and planning; and helping the person to develop one's skills and supports that facilitates achieving his or her goals* » (Anthony & Farkas, 2009 dans Anthony & Furlon-Norman, 2011).

Enfin, la dimension professionnelle est la seule qui n'a pu être incluse dans la recherche puisqu'aucun article recensé ne touchait le rôle des différents professionnels dans l'application des meilleures pratiques de réadaptation. Toutefois, dans une optique d'aide à la prise de décision, l'étude qui suit apporte des éléments de réflexion. Une étude non expérimentale (*proof-of-concept*<sup>13</sup>) de Barreira et coll. (2010) tente de vérifier si : « *it is feasible to adapt specialized evidence-based practices to fit multi-service*

<sup>13</sup> La présente étude en est une collaborative entre la science et les services (*'science-to-service/service-to-science'*) d'un programme de réadaptation psychiatrique ambulatoire à l'hôpital McLean à Belmont, MA. Le personnel de ce programme de réadaptation a travaillé en étroite collaboration pour concevoir une étude qui pourrait servir à la fois comme un projet de recherche basé sur la théorie et un projet d'amélioration de la qualité. Aucun financement externe n'a été reçu et toutes les procédures ont été approuvées par l'*Institutional Review Board McLean Hospital*.

*settings without compromising service quality* ». Cette étude démontre que les programmes éclectiques pourraient devenir un laboratoire précieux pour connaître la façon d'adapter les standards de pratique et de déterminer les ingrédients essentiels à toute pratique basée sur des données probantes. Les auteurs stipulent que: « *a separate staff caseloads and specialist roles may be effective ways for some programs to provide supported employment, but a generalist, shared caseload approach, wherein any staff worker can provide employment services to any client demand, appears to be a viable alternative for multi-service rehabilitation programs* ». Ceci pourrait permettre d'adapter les pratiques pour être en congruence avec la mission des programmes et des structures actuelles, et ce, malgré un manque de ressources.

## Conclusion

La revue de littérature menée dans le cadre de ce projet a permis de mettre en lumière trois modèles de réadaptation pour soutenir les pratiques cliniques dans ce domaine : *Psychiatric rehabilitation process model*, *Chronic care model*, Classification internationale du fonctionnement. Les modèles permettent d'intégrer et de combiner une variété d'interventions de réadaptation axées sur le rétablissement de l'usager. Ainsi, la combinaison des interventions aide à répondre davantage aux besoins uniques et spécifiques à chaque individu, en plus d'augmenter considérablement les chances de contribuer à leur rétablissement. Par contre, la revue de littérature n'a pas permis de dresser un inventaire des meilleures pratiques cliniques spécifiques à la clientèle externe. D'abord parce que le concept de réadaptation n'est pas arrêté et compris par tous les auteurs de la même manière, et ce, même dans la littérature scientifique. Ensuite, parce que les évidences scientifiques des études dans le domaine des sciences sociales ne permettent pas toujours de garantir une qualité élevée et ne tiennent pas toujours compte de la complexité de la population étudiée et de l'impact de leur environnement. Toutefois, grâce aux documents recensés pour cette note informative, une définition officielle a pu être adoptée. Ainsi, le concept de réadaptation a pu être précisé et intégré dans le cadre du processus d'implantation de l'approche du rétablissement.

## Références

- Anthony, William A. & Furlong-Norman, K. (2011). *Reading in Psychiatric Rehabilitation & Recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., Ellison, M. L., Rogers, S., Mizock, L., Lyass, A. (2013). Implementing and Evaluating Goal Setting in a Statewide Psychiatric Rehabilitation Program. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2014 (57), 228.
- Anthony, W.A. (2000). A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 159-168. doi.org/10.1037/h0095104
- Bachrach, L.L. (2000). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia – what are the boundaries? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl.407), 6-10.
- Barbui, C., Girlanda, F., Ay E., Cipriani, A., Becker, T., Koesters, M. (2014). Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane database of systematic review*, issue 1, art. No.: CD009780.
- Barreira, P.J., Tepper, M.C., Gold, P.B., Holley, D., Marcias, C. (2010). Adapting evidence-based interventions to fit usual practice: staff roles and consumer choice in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Quarterly*, 81 (2), 139-155. doi: 10.1007/s11126-010-9124-4
- Beauchamps, J. (2011). *Interventions psychosociales pour troubles mentaux graves : guides de pratique issus de la littérature*. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Québec).
- Bucci, P., Piegari, G., Mucci, A., Merlotti, E., Chieffi, M., De Riso, F., ... Galderisi, S. (2013). Neurocognitive individualized training versus social skills individualized training: a randomized trial in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 150 (1), 69-75. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.053
- Chou, C.C. & Chronister, J.A. (2011). Social tie characteristics and psychiatric rehabilitation outcomes among adults with serious mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 21 (1), 92-102. doi: 10.1177/0034355211413139
- Chronister, J. A., Chan, F., Da Silva Cardoso, E., Torkelson Lynch, R., Rosenthal, D. A. (2008). The Evidence-Based Practice Movement in Healthcare : Implications for Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. 74 (2), 6-15.
- Clarke, S.P., Crowe, T.P., Oades, L.G., Deane, F.P. (2009). Do goal-setting interventions improve the quality of goals in mental health services? *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 32 (4), 292-299. doi: 10.2975/32.4.2009.292.299
- Clarke, S.P., Oades, L.G., Crowe, T.P., Deane, F.P. (2006). Collaborative goal technology: theory and practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30 (2), 129-136.
- Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., Wagner, E.H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28 (1), 75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75
- Corrigan, P.W. (2003). Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 26 (4), 346-58.

- Corrigan, P.W. (2006). Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(7), 993-10004.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Solomon, P. (2008). Definition of Psychiatric Rehabilitation. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical research* (p. 50-75). Récupéré à <https://www.alliant.edu/documents/cspp/mft-consortium/corrigan-what-is-%20psychiatric-rehabilitation.pdf>
- Corrigan, P.W., Rusch, N., Ben-Zeev, D., Sher, T. (2014). The rational patient and Beyond: Implication for treatment adherence in people with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59 (1), 85-98. doi: 10.1037/a0034935
- Ellison, M. L., Rogers, E. S., Lyass, A., Massaro, J., Wewiorski, N.J., Hsu, S. T., Anthony, W. A. (2011). Statewide initiative of intensive psychiatric rehabilitation: Outcomes and relationship to other mental health service use. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35 (1), 9-19. doi: 10.2975/35.1.2011.9.19
- Farkas, M. (2013). Introduction to Psychiatric\PSychosocial Rehabilitation (PSR): History and Foundations. *Current Psychiatric Reviews*, 9 (13), 177-187. DOI: 10.2174/1573400511309030003
- Farkas, M. & Anthony, W. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114-129. doi: 10.3109/09540261003730372
- Gigantesco, A., Vottorielli, M., Pioli, R., Falloon, I.R.H., Rossi, G., Morosini, P. (2006). The VADO approach in psychiatric rehabilitation : A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 57 (12), 1778-1783.
- Jorfeldt, H., Svensson, B., Hansson, L., Svedberg, P. (2014). Client's experiences of the Boston psychiatric rehabilitation approach: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Study Health and Well-being*, 9 (14), 1-9. doi: 10.3402/qhw.v9.22916
- Leclerc, C., Lecomte, T., Corbière, M. (2014). Les interventions de réadaptation psychiatrique appuyées par des résultats probants. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 10 (1), 18-21.
- Lecomte, T., Corbière, M., Leclerc, C. (2014). Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique : auxquelles accorder la priorité et pourquoi? *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59 (4), 196-202.
- Lecomte, Tania & Leclerc, Claude. (2011). *Manuel de réadaptation psychiatrique 2<sup>ème</sup> édition*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Levesque, J-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un model intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant*. Repéré sur le site de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal / Direction de santé publique : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/725-MaladiesChroniqueResume.pdf>
- Luk, A.L. (2011). Investigating the long-term effects of a psychiatric rehabilitation programme for persons with serious mental illness in the community: a follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (19-20), 2712-2720. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03622.x
- Luk, A.L. et Shek, D.T. (2005). Changes in Chinese discharged chronic mental patients attending a psychiatric rehabilitation program with holistic care elements: a quasi-experimental study. *The Scientific World Journal*, 16 (6), 2035-2047. doi: 10.1100/tswhhm.2006.26
- McNamara, Sue. (2009). *Voice of recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric rehabilitation.

- Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L., Cassisi, J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9 (13), 465-497. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620
- Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Gordon W.L., Kavanagh, D., Lloyd, C. (2013). Collaborative recovery: an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australian psychiatry*, 13 (3), 279-284.
- Poulymenopoulou, M., Malamateniou, F., Vassilacopoulos, G. (2013). Specifying process requirements for holistic care. *Informatics for Health and Social Care*, 38 (3), 302-312. doi:10.3109/17538157.2013.764308
- Psychosocial rehabilitation (PSR) Réadaptation psychosociale (RPS) Canada. (2010). *Psychosocial rehabilitation practice standards and definitions for recovery-oriented services*. Repéré à <http://mail.psrpscanada.ca/clientuploads/documents/PSR%20Standards%20for%20Recovery%20Oriented%20Program%20Oct%202010.pdf>
- Reed, G.M., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J.L., Materzanini, A., Castronuovo, D., Manara, A., ..., Ajovalasit, D. (2009). Implementing the ICF in psychiatric rehabilitation setting for people with serious mental illness in the Lombardy region of Italy. *Disability and Rehabilitation*, 31 (S1), S170-S173. doi: 10.3109/09638280903317955
- Reilly, S., Planner, C., Gask, L., Hann, M., Knowles, S., Druss, B., Lester H. (2013). Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews 2013*, issue 11, art. No.: CD009531.
- Rosler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry*, 5 (3), 151-157.
- Rissonova, Z., Cash, D., Wewiorski, N.J. (2009). Toward understanding the usefulness of complementary and alternative medicine for individuals with serious mental illness. Classification of perceived benefits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (1), 69-73. doi: 10.1097/NMD.0b013e31819251fe
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slide, M. (2008). *Faire du rétablissement une réalité (édition québécoise)*. Repéré en version officielle sur le site du Centre for Mental Health UK: [http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Faire\\_du\\_retablissement\\_une\\_realite\\_2012.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf)
- Sitvast, J.E., Widdershoven, G.A.M., Abma, T.A. (2011). Moral learning in psychiatric rehabilitation. *Nursing Ethics*, 18 (4), 583-595. doi: 10.1177/0969733011408047
- Svedberg, P., Svensson, B., Hansson, L., Jormfeldt, H. (2014). A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68 (6), 401-408. doi: 10.3109/08039488.2013.851737
- Swildens, W., Van Busschbach, J.T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M., W.J., Wiersma, D., Van Os, J. (2011). Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (12), 751-760.
- Tempier, R., Favrod, J. (2002). Réadaptation psychiatrique en milieu francophone: pratiques actuelles, défis futurs. *Canadian Psychiatry*, 47 (7), 621-627.

Van Busschbach, J. et Wiersma, D. (2002). Does Rehabilitation Meet the Needs of Care and Improve the Quality of Life of Patients with Schizophrenia or Other Chronic Mental Disorders? *Community Mental Health Journal*, 38 (1), 61-70. doi: 10.1023/A:1013960031687

World Health Organisation. (1996). *Psychosocial rehabilitation a consensus statement*. Repéré sur le site de l'Organisation Mondiale de la Santé à <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/60630>

Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A.M., Bauer, M.S. (2012). Comparative effectiveness of collaborative chronic care model for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care setting: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169 (8), 790-804. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11111616

## 6.1 Sites Web

SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices. U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Repéré le 5 février 2015 à : [www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=241](http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=241)

Institut canadien d'information sur la santé (CIHI/ ICIS).(1996-2015). Repéré le 5 février 2015 à : <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/Home/home/cihi000001>

## Annexe 1

### 6.2 Critères de sélection des études

#### Critères d'inclusion

Population : Adulte ayant une problématique de santé mentale et recevant des soins en externe

Intervention : réadaptation psychosociale

Comparateur : l'organisation des soins actuels

Résultats (outcomes) : dimensions efficacité, efficience, organisationnelle, professionnelle, social, éthique

#### Critères d'exclusion

Enfants, adolescents

Clientèle au profil gériatrique

Clientèle avec déficience intellectuelle

Langues autres que français et anglais

#### Bases de données

Pubmed (Medline)

Embase

Cochrane

CINHAL

PsycInfo

ERIC

FRANCIS

Social Sciences

#### Limites

5 ans (2009 à 2014)

Adulte

Anglais / français

Tous les types études

#### Mots clés

“psychiatric rehabilitation” OR “psychosocial rehabilitation” AND “serious mental illness” OR “psychiatric disability”.

“psychiatric rehabilitation” OR “psychosocial rehabilitation” AND “outpatient services” AND “organization of psychiatric care”

## Annexe 2

### 6.3 Tableau des meilleures pratiques cliniques en réadaptation psychiatrique pour une clientèle francophone présentant un trouble schizophrénique.

Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique : auxquelles accorder la priorité et pourquoi?

**Tableau 1 Conclusions principales des deux méta-analyses et (ou) revues de littérature les plus récentes par intervention ou programme de réadaptation psychiatrique**

Intervention et (ou) programme	Revue de littérature et (ou) méta-analyse	Description	Conclusions principales
Intervention familiale	Pharoah et coll. <sup>5</sup>	54 essais randomisés (N = 2981)	Diminution des taux de rechute, des taux d'hospitalisation, et augmentation de l'observance de la médication.
	Pilling et coll. <sup>6</sup>	18 essais randomisés (N = 1467)	Diminution de la rechute et des hospitalisations pour toutes les thérapies (uni ou multi familiales). Aucun effet sur le suicide.
TCCp	Wykes et coll. <sup>51</sup>	34 essais randomisés (N = 1964), 50 % > Dx schizophrénie	Taille d'effet modérée pour les symptômes globaux et positifs (0,4)—effets gonflés pour études moins rigoureuses.
	Grandholm et coll. <sup>52</sup>	18 essais randomisés mesurant le fonctionnement social (N = 1378)	Deux tiers des études rapportent des gains significatifs sur le fonctionnement social, les autres seulement sur les symptômes.
EHS	Kurtz et Mueser <sup>24</sup>	23 essais randomisés (N = 1521)	Grande taille d'effet pour l'apprentissage de contenu et d'habiletés sociales, taille d'effet modérée pour fonctionnement social et symptômes négatifs.
	Gühne et coll. <sup>53</sup>	4 revues systématiques plus 7 essais randomisés	Effets importants pour l'apprentissage social, mais moindres pour les habiletés de vie.
TRC	Wykes et coll. <sup>29</sup>	40 essais randomisés (N = 2104), 70 % > Dx schizophrénie	Effets durables sur la cognition globale et le fonctionnement. Effets plus importants si offerts avec d'autres interventions de réadaptation psychiatrique.
	Anaya et coll. <sup>30</sup>	21 essais randomisés (N = 940) 35 % > Dx trouble schizo-affectif ou psychose affective (incluant bipolaire)	Les personnes avec Dx de trouble psychotique affectif répondent aussi bien à la thérapie de remédiation cognitive que les personnes avec Dx de schizophrénie.
TITC	Cleary et coll. <sup>54</sup>	25 essais randomisés (N = 2478)	Aucune supériorité d'une seule approche psychosociale pour la réduction de la consommation. Peu d'études rigoureuses.
	Drake et coll. <sup>36</sup>	45 essais contrôlés (22 randomisés)	Effets positifs de l'intervention de groupe (inclut entrevue motivationnelle et TCC, de l'intervention résidentielle pour troubles concomitants, et du renforcement comportemental.
PSE (modèle IPS)	Bond et coll. <sup>44</sup>	11 essais randomisés contrôlés retenus (ceux avec un niveau de fidélité élevé pour le modèle IPS)	Supériorité des PSE (modèle IPS) avec un taux de 61 % des personnes ayant un trouble mental grave qui obtiennent un emploi contre 23 % inscrites dans d'autres types de programmes de réinsertion au travail (groupe témoin)
	Bond et coll. <sup>45</sup>	15 essais randomisés contrôlés retenus	Supériorité des PSE (modèle IPS) avec un taux de 55,7 % des personnes ayant un trouble mental grave qui obtiennent un emploi contre 22,6 % inscrites dans d'autres types de programmes de réinsertion au travail (groupe témoin)

Dx = diagnostic; IPS = *Individual Placement and Support*