

Une évaluation des programmes de réadaptation psychosociale proposés dans les Centres de Réadaptation Fonctionnelle en Belgique

« An evaluation of psychosocial rehabilitation programs from Functional Rehabilitation Centers in Belgium »

Sarra Limam ¹, Julien Bianchi ², Sylvie Blairy ³

¹ Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS) ; Article 23 asbl

² Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS)

³ ULG, FAPSE, Unité de Psychologie Comportementale et Cognitive

Résumé

La vie des personnes souffrant d'une maladie mentale est souvent caractérisée par une pauvreté de la vie personnelle, professionnelle et sociale. Les programmes de réhabilitation psychosociale ont été développés pour soutenir l'insertion sociale et professionnelle de ces personnes. Les recherches antérieures ont montré que ces programmes peuvent contribuer à l'amélioration du bien-être de l'individu. L'objectif de la présente étude a été d'évaluer les effets d'interventions cognitives et comportementales offertes par des Centres de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) en Belgique, sur la symptomatologie clinique, le fonctionnement cognitif et social. Une étude longitudinale a été conduite dans laquelle les patients ont été évalués après 6 et 12 mois de thérapie. Les résultats soutiennent l'idée que les Centres de Réadaptation Fonctionnelle offrent des interventions thérapeutiques qui peuvent améliorer le fonctionnement social et cognitif des patients ainsi que leur symptomatologie clinique.

Mots-clefs : programme de réhabilitation psychosociale, symptomatologie clinique, fonctionnement cognitif, fonctionnement social.

¹ Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS), rue Vert-Vinâve, 60, 4041-Vottem ; Article 23 asbl, Place Emile Dupont, 1, 4000-Liège.

² Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS), rue Vert-Vinâve, 60, 4041-Vottem.

³ ULG, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Unité de Psychologie Comportementale et Cognitive, Bd du Rectorat, 5 (B33) 4000-Liège.

La correspondance concernant cet article devra être adressée à Sylvie Blairy, Université de Liège, Unité de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive. Courriel : sylvie.blairy@ulg.ac.be

Abstract

The life of persons suffering from a mental disorder is characterized by a poor personal, professional and social life. The psychosocial rehabilitation programs have been developed to support the social and vocational insertion of these persons. The previous researches showed that these psychosocial rehabilitation programs can contribute to improve the individual's functioning. The aim of the present study was to evaluate the effects of cognitive and behavioral interventions offered by Functional Rehabilitation Centers in Belgium on clinical symptomatology, cognitive and social functioning. A longitudinal study was conducted in which patients were evaluated after 6 and 12 months of therapy. The results support the notion that the Functional Rehabilitation Centers offer therapeutic interventions which can improve the cognitive and social functioning of patients and their clinical symptomatology.

Key words : psychosocial rehabilitation program, clinical symptomatology, cognitive functioning, social functioning.

Développement du modèle de la réhabilitation psychosociale

Jusque dans le courant des années soixante, beaucoup de personnes souffrant d'une incapacité mentale étaient institutionnalisées ou internées dans des institutions psychiatriques. Cet internement engendrait de la part du monde extérieur des réactions négatives et discriminatoires à leur égard (Anthony, Cohen, Farkas & Gagne, 2004). A partir des années 60, il s'est produit en Amérique du nord et en Europe occidentale, un changement radical dans la compréhension, la perception et le traitement des troubles psychiatriques (Drake, Green & Mueser, 2003 ; Tempier & Favrod, 2002). Cette période correspond à l'émergence du modèle de désinstitutionalisation. Ce modèle, associé à l'émergence des psychotropes, fut à l'origine du développement des services de soins ambulatoires ainsi que de la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations psychiatriques (Dixon & Goldman, 2003). Toutefois, les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique font toujours l'objet d'attitudes négatives, de méfiance et d'actes discriminatoires. Cet ensemble d'attitudes constitue une véritable barrière à l'intégration de ces personnes dans la communauté (Anthony *et al.*, 2004).

Depuis les années quatre-vingt, les professionnels en santé mentale qui adhèrent au modèle de la réhabilitation psychosociale ont reconnu l'importance d'aider les personnes souffrant d'une incapacité mentale à se (ré)intégrer au sein de leur communauté. Afin de permettre cette *réinsertion*, les professionnels insistent sur la

nécessité d'améliorer à la fois le fonctionnement familial, social et/ou professionnel de ces personnes. Par conséquent, les programmes de réadaptation psychosociale qui se développent maintenant ont une vision holistique de l'individu, c'est-à-dire qu'ils ont non seulement pour objectif la réduction de la symptomatologie clinique mais ils visent également l'amélioration du fonctionnement social, professionnel, et cognitif de l'utilisateur ainsi qu'une amélioration de sa qualité de vie. Cette approche vise une réduction de la stigmatisation et de la discrimination de l'utilisateur des soins psychiatriques. Dès lors, l'évaluation de l'efficacité d'un programme de réadaptation nécessite d'adopter une vision holistique afin d'appréhender ces différentes facettes.

Le trouble psychiatrique et le fonctionnement social

Plusieurs auteurs ont rapporté que, comparativement à des personnes tout venant, les personnes souffrant d'une incapacité mentale auraient des difficultés à développer et à maintenir des relations sociales appropriées, elles bénéficieraient d'un moindre soutien social, rapporteraient un moindre fonctionnement dans le domaine professionnel, auraient des relations de moindre qualité avec leur entourage proche et globalement auraient une moins bonne qualité de vie (Bradshaw, Armoui & Roseborough, 2007 ; Langeland, Wahl, Kristoffersen, Nortvedt & Hanestad, 2007 ; McCorkle, Rogers, Dunn, Lyass & Wan, 2008 ; Pinto, 2005 ; Trompenaars, Masthoff, Van Heck, de Vries & Hodiamont, 2007 ; Masthoff,

Trompenaars, Van Heck, Hodiamont & De Vries, 2006). A titre indicatif, Pinto (2005) rapporte que la taille du réseau social de personnes souffrant de troubles psychotiques pourrait représenter un cinquième du réseau social de personnes tout venant. A propos de cette question de la taille du réseau social, il serait intéressant de comparer une population de personnes souffrant d'une problématique de santé mentale et des personnes atteintes d'une maladie chronique (par ex. Maladies cardiovasculaires, pulmonaires, métaboliques, ostéo-articulaires, neurologiques). A notre connaissance, il y a effectivement une carence en la matière.

Certains auteurs se sont intéressés à la façon dont il faudrait aider les personnes souffrant d'un trouble mental à améliorer leur fonctionnement social. La participation aux activités significatives au sein de la communauté, comme le travail, est une condition indispensable à l'intégration sociale de ces personnes (Granerud & Severinsson, 2006). Cette implication devrait leur fournir un sentiment d'appartenance à la communauté et leur permettre d'améliorer leur qualité de vie (Prince & Gerber, 2005). Toutefois, une partie des personnes souffrant d'un trouble mental n'a pas l'opportunité d'exercer une activité professionnelle. Par ailleurs, d'autres sont dans l'obligation d'interrompre temporairement leur activité professionnelle. En effet, même si ces personnes font part de leur aspiration à obtenir un emploi, le taux de personnes actives, dans cette population, n'avoisine que les 15% (Bond, Dincin, Fraser, Salyers, Drake, Becker & Haines, 2007 ; Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo & Bedout, 2001 ; McGurk & Mueser, 2003 ; Van Dongen, 1996). Non seulement l'exclusion du monde du travail place ces personnes dans une situation économique précaire mais elle amoindrit la qualité de vie, l'estime de soi et engendre un sentiment de marginalisation (Granerud & Severinsson, 2006). Par conséquent, l'exclusion du monde du travail ne fait qu'augmenter la fragilité psychologique de personnes qui présentent déjà des difficultés psychologiques.

L'influence du fonctionnement cognitif sur le processus de réadaptation psychosociale

La recherche antérieure a montré qu'il existe des liens entre le fonctionnement cognitif et le fonctionnement social des personnes. Plusieurs

études ont montré l'existence de liens entre la diminution de la symptomatologie anxio-dépressive et le fonctionnement cognitif (Biringier, Lundervold, Stordal, Mykletun, Egeland, Bottlender & Lund, 2005 ; Smitherman, Huerkamp, Miller, Houle & O'Jile, 2007). Gold, Goldberg, McNary, Dixon et Lehman (2002) se sont intéressés aux liens entre le fonctionnement cognitif et le statut professionnel des personnes. Dans leur étude, les participants souffraient d'un trouble psychotique (N = 111) ou d'un trouble de l'humeur (N = 39). L'ensemble de l'échantillon participait à un programme de réadaptation professionnelle et recevait des soins psychiatriques ambulatoires. Durant les 12 premiers mois de l'étude, 40 des 150 participants (26,67%) ont obtenu un emploi dont 33 étaient un emploi compétitif¹. Les auteurs ont effectué des analyses comparatives entre les personnes ayant obtenu un emploi et les autres participants. Au début de l'étude, ces deux groupes ne différaient pas sur le plan sociodémographique, l'histoire psychiatrique ainsi qu'au niveau du fonctionnement cognitif. Toutefois, après le douzième mois, l'efficacité intellectuelle, le fonctionnement attentionnel, la mémoire de travail et la capacité de résolution de problèmes étaient corrélés positivement et significativement au statut professionnel. Ainsi, les personnes n'ayant pas obtenu d'emploi au cours de l'étude manifestaient un fonctionnement cognitif moindre. Bien que les auteurs aient mis de telles relations en évidence, nous sommes dans l'incapacité de déterminer un quelconque lien causal. Par ailleurs, il peut effectivement y avoir d'autres facteurs qui expliqueraient une telle relation. Il serait donc intéressant de se pencher sur cette question. Finalement, notons que les personnes ayant obtenu un emploi ne diffèrent pas des autres participants sur le plan sociodémographique (âge, origine ethnique, sexe, niveau scolaire, diagnostic clinique et l'âge de la personne lors de la première hospitalisation).

Laes et Sponheim (2006) ont tenté de déterminer l'impact respectif de différentes variables cognitives sur le statut fonctionnel. Les auteurs ont constitué un échantillon regroupant des personnes souffrant d'une schizophrénie (N = 39), d'un trouble bipolaire (N = 27) et de personnes ne présentant aucune pathologie psychiatrique (N = 38). Les résultats indiquent la présence, chez les personnes souffrant d'une schizophrénie, de corrélations significatives entre le fonctionnement social et trois dimensions du fonctionnement cognitif comprenant la mémoire verbale, l'apprentissage en mémoire verbale et l'efficacité intellectuelle. Par ailleurs, comparativement au groupe contrôle, les personnes

¹ Un emploi compétitif est une activité professionnelle permettant à l'individu d'obtenir, sans passer par une période d'entraînement pré-vocationnel, un salaire égal ou supérieur au salaire normalement attendu.

souffrant d'un trouble bipolaire présentent un déficit en vigilance ainsi qu'en mémoire épisodique immédiate. Finalement, chez le groupe de personnes bipolaires on trouve la présence une corrélation positive entre le fonctionnement social et les capacités de résolution de problèmes. Kurtz, Wexler, Fujimoto, Shagan et Seltzer (2008) ont également montré que la mémoire verbale exercerait une influence sur le fonctionnement psychosocial. En effet, elle expliquerait 19% de la variance du fonctionnement psychosocial ultérieur.

L'apport d'une revalidation cognitive dans le cadre d'un programme de réadaptation psychosociale

Au vu des liens qui existeraient entre le fonctionnement cognitif et l'intégration sociale, les chercheurs en santé mentale se sont interrogés sur les bénéfices potentiels d'un programme de revalidation cognitive dans le processus de réadaptation psychosociale. La méta-analyse menée par McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo et Mueser (2007) a montré qu'un programme de revalidation cognitive permet non seulement une amélioration du fonctionnement cognitif mais également une diminution de la symptomatologie clinique des personnes. Par ailleurs, participer conjointement à un programme de réhabilitation psychosociale permettrait de potentialiser les effets d'une revalidation cognitive sur le fonctionnement social des individus. Plus récemment, Bell, Zito, Greig et Wexler (2008) ont investigué l'influence d'une thérapie neurocognitive surajoutée à un programme de réadaptation psychosociale. Les auteurs ont montré que le taux d'emploi serait plus important chez les personnes ayant participé à une revalidation cognitive en plus d'un programme de réadaptation psychosociale. Notons que deux ans plus tard, significativement plus de personnes ayant bénéficié d'une revalidation cognitive exerçaient toujours leur activité professionnelle. Dès lors, il apparaît que le fonctionnement cognitif influencerait non seulement l'obtention d'un emploi mais également la durée de maintien de celui-ci.

Les Centres de Réadaptation Fonctionnelle

En Belgique, dans le courant des années soixante, la sécurité sociale belge (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, INAMI) a créé des structures de soins alternatives et complémentaires aux hôpitaux et autres services de santé mentale :

les Centres de Réadaptation Fonctionnelle (CRF). Les CRF font partie des services de santé mentale subventionnés par l'INAMI. Il est important de préciser qu'en France, on parle de réadaptation en psychiatrie.

Basées sur le modèle de la réhabilitation psychosociale, les différentes interventions proposées dans les CRF tentent (1) de réduire la déficience de l'usager par le biais de prises en charge individuelles centrées sur les difficultés médicales, psychologiques, cognitives, académiques, et/ou psychomotrices, (2) d'agir sur l'incapacité et (3) de limiter voire supprimer les obstacles générant un handicap (INAMI, 2006). Plus concrètement, la prise en charge proposée dans les CRF s'articule autour de trois axes, à savoir l'« autonomie », la « communication » et l'« insertion socioprofessionnelle ».

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude longitudinale a été d'évaluer l'influence de la participation à un programme thérapeutique proposé dans un CRF sur la symptomatologie clinique, le fonctionnement social ainsi que sur certains aspects du fonctionnement cognitif des usagers.

Méthode

L'étude s'est déroulée dans trois CRF de la région liégeoise, plus précisément, dans les centres « l'Intervalle » (Vottem), « le Maillet » (Beyne-Heusay) et « le Sablier » (Eben-Emaël). L'étude a débuté au cours du mois de février 2008 et a pris fin au mois de mai 2009.

Sujets

Afin d'effectuer un suivi longitudinal, nous avons inclus dans cette étude des personnes entrant dans un programme de réadaptation psychosociale. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas établi des critères d'inclusion. Il est important de préciser que les personnes inscrites dans un programme de réadaptation fonctionnelle présentent toutes un ou des problèmes psychiatriques avérés. Toutefois, de manière à adhérer au programme, les symptômes cliniques doivent être stabilisés. Ces critères sont évalués par le médecin psychiatre du CRF. Dans cette étude, les participants ont été recrutés, en moyenne, deux semaines avant de débiter leur

programme thérapeutique. Le Tableau I présente les détails des caractéristiques cliniques et socio-démo-

graphiques des participants à l'étude.

Tableau I
Détails des caractéristiques cliniques et sociodémographiques des participants de l'étude

Catégories diagnostiques	Diagnostic psychiatrique principal (axe I et axe II)	N
Trouble de l'humeur	Dépression majeure récurrente	11 (44%)
	Trouble dysthymique	3 (12%)
	Trouble bipolaire	2 (8%)
	Dépression majeure associée à un trouble de personnalité dépendante	1 (4%)
	Dépression majeure associée à un trouble de personnalité borderline	2 (8%)
Trouble anxieux	Anxiété généralisée	3 (12%)
	Phobie sociale	1 (4%)
Psychoses	Trouble schizo-affectif	1 (4%)
Trouble de l'adaptation		1 (4%)
SEXE		
	Hommes	12 (48%)
	Femmes	13 (52%)
Moyenne d'âge		
		42 ± 9,07
Niveau scolaire		
Primaire		1
Secondaire inférieur	professionnel	6
	technique	0
	général	0
Secondaire supérieur	professionnel	9
	technique	4
	général	4
Graduat ou Universitaire		1
Statut civil		
	Célibataires	2
	En couple/ mariés	7
	Séparés/ divorcés	16

Initialement, l'échantillon était composé de 38 personnes. Parmi celles-ci, treize d'entre elles ont quitté leur programme thérapeutique au cours de l'étude². En outre, 11 participants, toujours impliqués dans leur programme, n'étaient pas arrivés au terme de l'étude, au douzième mois de réadaptation. Toutes les personnes ont participé volontairement à cette recherche. Elles ont été informées des objectifs de l'étude et ont signé une déclaration de consentement éclairé.

Évaluation des symptômes

En prenant le parti d'adopter une vision holistique, nous avons investigué divers domaines du fonctionnement individuel. A savoir, la symptomatologie clinique, le fonctionnement social ainsi que certains aspects du fonctionnement cognitif des participants.

Les hétéro-évaluations

L'Echelle d'Appréciation de l'Anxiété (*Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA ; Hamilton, 1959*). Ce questionnaire comporte 14 items évaluant l'anxiété psychique, somatique, musculaire et viscérale, les troubles cognitifs, les troubles du sommeil ainsi que l'humeur dépressive. Les scores peuvent fluctuer entre (score minimal) et (score maximal).

L'Echelle de Dépression de Hamilton à 21 items (*Hamilton Depression Rating Scale, HAMD-21 ; Hamilton, 1960*). Ce questionnaire est composé de 21 items. Les items de l'échelle sont cotés, par l'examineur, de 0 à 2 ou de 0 à 4. A l'exception de l'item 20 pouvant être coté de 0 à 3. La note globale peut varier de 0 à 63.

La Version Expérimentale de l'Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique (*Brief Psychiatric Rating Scale ; BPRS-42 ; Pichot et al., 1973*). Chaque item de la BPRS-42 renvoie à un symptôme ou une conduite. L'évaluateur cote chacun de ces items au moyen d'une échelle de type Likert allant de 0 (absence) à 7 (extrêmement important). Les 42 items peuvent être regroupés en 9 dimension distinctes : « paranoïde ou délirant-hallucinatoire », « mélancolique ou dépressif », « hystérique », « maniaque », « paranoïaque ou

hostilité-méfiance », « organique », « phobique-obsessionnel », « hétérophrénique » et « psychopathique » (Guelfi, 1997).

Les auto-évaluations

L'Inventaire d'Anxiété Trait-Etat de Spielberger (*State-Trait Anxiety Inventory ; STAI-Y, Spielberger, 1983*).

Le STAI-Y est composé de deux parties : la forme STAI-YA et la forme STAI-YB.

La forme YA permet de quantifier l'anxiété-état du sujet, correspondant au niveau d'anxiété ressentie à un moment particulier. Selon l'intensité de l'anxiété-état, chaque item du questionnaire est coté de 1 à 4. Le score total peut fluctuer de 20 à 80.

La forme YB permet d'évaluer l'anxiété-trait, correspondant à la tendance habituelle du sujet à manifester une attitude anxieuse. Le sujet cote chaque item du questionnaire en fonction de la fréquence perçue concernant la manifestation de l'anxiété-trait. Chaque item pouvant aller de 1 (presque jamais) à 4 (presque toujours). La note globale peut fluctuer de 0 à 80.

L'inventaire de dépression de Beck (*Beck Depression Inventory- 2nd Edition, BDI-II ; Beck, Steer, & Brown, 1996*). Ce questionnaire est composé de 21 items évaluant chacun un symptôme dépressif. Chaque item est coté de 0 à 3 en regard de l'intensité des symptômes dépressifs. Le score total, correspondant à la somme des items, peut donc varier de 0 à 63.

La Symptom Check-List (*SCL-90 R ; Derogatis, 1977, trad. française par Pariente et Guelfi, 1990*). La SCL-90 R est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 90 propositions simples et courtes, décrivant divers symptômes. Le sujet indique la fréquence d'apparition de chacun des symptômes au moyen d'une échelle de type Likert allant de 0 (« non pas du tout ») à 4 (« oui énormément »). Cet outil a l'avantage d'évaluer neuf facteurs différents. A savoir, la somatisation, les symptômes obsessionnels, la sensibilité interpersonnelle ou vulnérabilité, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, les phobies, les traits paranoïaques et les traits psychotiques. De plus, le questionnaire permet d'obtenir un indice de gravité globale, un indice de diversité des symptômes ainsi qu'un indice relatif au degré de malaise (Pellet, 1997).

² Les usagers ont été suspendus pour différents motifs. A savoir, une difficulté à adhérer au programme de réadaptation, une rechute des symptômes psychiatriques, des problèmes médicaux, des problèmes administratifs et/ou pour des raisons personnelles.

Le fonctionnement social

Le Questionnaire d'Adaptation Sociale (*Social Adjustment Scale Self-Report ; SAS-SR, Weissman et al., 1974*). Ce questionnaire est composé de 54 questions relatives à six domaines du fonctionnement social. A savoir, le travail, la vie sociale et les loisirs, la famille, les relations conjugales, les relations avec les enfants ainsi que sur la cellule familiale. Chaque item peut être coté sur une échelle de type Likert allant de 0 à 5. Plus le score total est élevé, moins l'adaptation du sujet est bonne (Waintraub, 1997).

L'Echelle de Perception du Soutien Social (*Triffaux & Anseau, 1992*). L'échelle de perception du soutien social (PSSS) est une adaptation française, de la Multidimensional Scale of Perceived Social Support de Zimet *et al.* (1988). Cette échelle, composée de 12 propositions, permet d'appréhender la perception des usagers au sujet du soutien social offert par leurs proches.

La Grille d'Evaluation de la Compétence Sociale (*Donnay et Chaumont, 1989*). Cet instrument est destiné à dresser le répertoire comportemental des usagers en termes d'autonomie et d'intégration sociale. Les 173 items composant ce questionnaire se regroupent en 9 domaines distincts. Les thérapeutes des CRF cotent les items se rapportant à leur discipline. Ces derniers évaluent également la « priorité » à accorder à la modification de l'item évalué au moyen d'une échelle allant de 1 (« pas de changement possible ») à 5 (« changement prioritaire »). Un score total est calculé pour chaque domaine. Celui-ci pouvant s'étendre de 0 (compétence déficiente) à 100% (compétence acquise).

Le fonctionnement cognitif

L'empan mnésique. L'empan mnésique a été évalué par le test de Mémoire des chiffres qui est issu de la forme révisée de l'Echelle Clinique de Mémoire de Wechsler (*Wechsler Memory Scale-Revised, WMS-R; Wechsler, 1987*). L'ordre direct et l'ordre inversé ont été utilisés.

L'inhibition. Le test de Stroop (Stroop, 1935) a permis d'évaluer la capacité du sujet à inhiber un processus automatique. Cette épreuve est composée de trois étapes : (1) une étape de dénomination de rectangles de couleurs, (2) une étape de lecture de noms de couleurs et (3) une étape où des noms de couleurs sont imprimés dans une autre couleur.

La fluence verbale. Le test de fluence verbale (Benton & Hamsher, 1976) consiste donner, en un temps limité (une minute), un maximum de

mots commençant par une certaine lettre de l'alphabet. Cette tâche nécessite de réaliser une recherche stratégique en mémoire, faisant intervenir les fonctions exécutives.

La capacité d'apprentissage en mémoire à long terme. Le test de rappel sélectif de Buschke (Buschke « classique ») (Buschke, 1973) a été utilisé. Ce test est composé d'une liste de 15 mots simples et non reliés entre eux. Le sujet a pour consigne de rappeler, à chaque essai, un maximum de mots de la liste. Dans un premier temps, l'examineur lit l'ensemble des mots au sujet. Par contre, lors des essais suivants, seuls les mots non rappelés à l'essai précédent seront rappelés au sujet. La contrainte temporelle ne nous a pas permis d'administrer l'entièreté du test. Dès lors, nous avons administré les cinq premiers essais du test afin d'investiguer les capacités d'encodage d'un matériel verbal.

Lors des différents re-tests, nous avons eu recours à la même forme du test. Nous devons donc être prudents quant à l'impact d'un éventuel effet d'apprentissage.

La fréquence de participation au CRF

Afin d'évaluer la fréquence de participation des usagers, nous avons enregistré le nombre de jours de présence au CRF par mois. Il faut noter qu'une journée de présence équivaut à 6 heures de prise en charge. Il s'avère que la moyenne de jours de présence est de 6,4 jours ($\pm 2,59$) par mois.

Procédure

Les participants ont été évalués durant la période d'attente ou à l'entrée de leur processus de réadaptation.

A l'exception du NEOPI-R, de la WAIS ainsi que de la GECS, l'ensemble des outils décrits ci-dessus a été administré à différentes périodes. Plus précisément, avant d'entrer dans le processus de réadaptation (ligne de base, temps 1), au sixième mois (temps 2), au neuvième mois (temps 3) et douzième mois de processus thérapeutique (temps 4).

Résultats

A) Évolution après 6 mois de processus

Des tests *t* de Student pour échantillons appariés ont été appliqués sur l'ensemble des variables administrées en ligne de base (temps 1) ainsi qu'après 6 mois de processus (temps 2).

1) Symptomatologie clinique

Les hétéro-évaluations

Les scores aux échelles HAMA, HAMD-21 et BPRS-42 sont montrés dans le Tableau II. Après 6 mois de thérapie, aucune différence significative n'émerge pour les scores aux échelles HAMA et HAMD-21. Par contre, le score total à l'échelle BPRS-42 est significativement plus bas, ainsi que les scores aux sous-échelles mesurant les symptômes dépressifs, maniaques et organiques.

Tableau II
Détails des effectifs (N), moyennes et écarts-types ainsi que des résultats des tests t réalisés sur les hétéro-évaluations administrées aux temps 1 et 2 de l'étude

Variables	Temps 1		Temps 2		N	t	dl	p
	Moyennes	écarts-types	Moyennes	écarts-types				
HAMA	13,85	6,06	12,84	8,33	25	0,4	24	.69
HAMD-21	14,38	7,3	13,16	7,64	25	0,9	24	.33
BPRS-42								
Score Total	107,96	31,92	95,65	31,59	23	3,2	22	<.01
Délirant- hallucinatoire	1,61	2,02	3,35	3,81	23	-1,9	22	.07
Dépressif	21,22	8,26	16,26	6,85	23	4	22	<.001
Hystérique	13	5,02	12,7	5,27	23	0,4	22	.71
Maniaque	16,48	6,53	14,65	7,35	23	2,5	22	.02
Hostilité- méfiance	12,43	4,68	11,43	4,08	23	1,7	22	.10
Organique	10,17	3,73	8,35	3,28	23	2,4	22	.03
Phobique- obsessionnel	7,96	3,52	7,48	3,86	23	0,8	22	.42
Hébéphrénique	9,48	4,77	8,91	4	23	0,8	22	.46
Psychopathique	4,52	3,5	4,39	2,64	23	0,3	22	.77

Les auto-évaluations

Les scores aux échelles et les résultats des analyses sont montrés dans le Tableau III. Les analyses révèlent qu'après 6 mois de processus, les participants ont rapporté significativement moins de symptômes dépressifs. A la SCL 90-R, ces derniers ont également obtenu un score total significativement plus faible. Plus spécifiquement, les indices relatifs à la « gravité globale » et au « degré de malaise » étaient significativement plus bas après 6 mois de processus. D'autre part, les usagers ont rapporté significativement moins de sentiments d'infériorité, d'inadéquation par rapport à autrui et/ou d'anticipations dans leurs relations interpersonnelles, de symptômes phobiques ainsi que de symptômes anxieux. Finalement, concernant les symptômes dépressifs et anxieux auto-rapportés, nous observons des diminutions proches de la significativité. Notons que dans le cadre de cette étude, nous avons eu recours aux mêmes question-

naires cognitifs. Nous pouvons nous interroger quant à un effet d'un apprentissage. Dans un tel cas, cela ne conduirait pas automatiquement à une amélioration de la symptomatologie clinique. Rappelons que des auteurs ont relevé des corrélations significatives entre le fonctionnement cognitif et la symptomatologie clinique. Ainsi, nous pouvons poser l'hypothèse que les améliorations constatées dans le cadre de notre étude pourraient être liées à une amélioration du mieux-être des personnes.

2) Fonctionnement psychosocial

Les résultats repris au Tableau IV indiquent qu'après 6 mois de processus, les participants manifestaient une augmentation de leur capacité d'adaptation sociale. D'autre part, la perception du soutien social s'avère stable au cours des six premiers mois de processus.

Tableau III

Détails des effectifs (N), moyennes et écarts-types ainsi que des résultats des tests t réalisés sur les auto-évaluations administrées aux temps 1 et 2 de l'étude

Variables	Temps 1		Temps 2		N	t	dl	p
	Moyennes	écarts-types	Moyennes	écarts-types				
STAI YA	45,92	18,46	40,68	18,10	25	1,42	24	.17
STAI YB	55,10	11,86	53,10	12,74	20	0,76	19	.46
BDI II	24,35	14,21	18,00	13,96	20	2,58	19	.02
SCL-90 R								
Score total	96,20	53,68	79,30	50,88	20	2,72	19	.01
Gravité globale	1,07	0,60	0,88	0,56	20	2,72	19	.01
Diversité des symptômes	49,55	19,10	45,30	20,08	20	1,75	19	.10
Degré de malaise	1,88	0,71	1,63	0,50	20	2,55	19	.02
Somatisation	11,30	9,58	10,00	9,11	20	1,76	19	.09
Symptômes obsessionnels	13,95	8,12	12,10	5,85	20	1,21	19	.24
Sensitivité interpersonnelle	8,50	4,76	5,30	3,93	20	3,71	19	<.01*
Dépression	18,30	12,57	15,10	10,63	20	1,99	19	.06
Anxiété	10,70	5,88	8,90	6,41	20	1,97	19	.06
Hostilité	4,10	3,81	3,15	3,79	20	1,44	19	.17
Phobies	5,10	5,31	3,60	4,17	20	2,25	19	.04
Traits parano.	6,10	5,32	5,50	5,46	20	0,89	19	.38
Traits psychotiques	7,40	6,42	5,75	6,15	20	1,45	19	.16
Symptômes divers	6,65	4,66	6,75	5,12	20	-0,15	19	.88

Tableau IV

Détails des effectifs (N), moyennes et écarts-types ainsi que des résultats des tests t réalisés sur les variables SAS-R et PSSS administrées aux temps 1 et 2 de l'étude

Variables	Temps 1		Temps 2		N	t	dl	p
	Moyennes	écarts-types	Moyennes	écarts-types				
SAS-R	2,49	0,60	2,18	0,56	20	3,25	19	.00*
PSSS	57,18	14,35	57,65	14,40	17	-0,17	16	.86

*p<.01

3) Évolution des capacités cognitives

Les résultats sont présentés dans le Tableau V.

L'empan mnésique

En six mois de temps, nous observons une augmentation proche du seuil de significativité dans

la condition « à l'endroit » ($p = .06$) du test de mémoire des chiffres.

L'inhibition

L'analyse statistique ne relève pas de diminution significative de l'indice d'interférence.

La fluence verbale

Les résultats repris au Tableau V révèlent qu'au sixième mois de processus, les participants ont rapporté significativement plus de mots corrects à l'ensemble du test. De façon plus détaillée, nous constatons une augmentation significative des performances aux conditions « lettre P » et « lettre F ».

La capacité d'apprentissage en mémoire à long terme

L'analyse statistique relève une augmentation significative de la performance au premier essai de la Buschke classique.

Tableau V
Détails des effectifs (N), moyennes (μ) et écarts-types (σ) et résultats des tests t réalisés sur les variables cognitives administrées aux temps 1 et 2 de l'étude

	Variables	Temps 1		Temps 2		N	t	dl	p
		Moyennes	écarts-types	Moyennes	écarts-types				
Test de Mémoire des chiffres	Empan-endroit	5,35	1,02	5,72	1,17	25	-1,98	24	.06
	Empan- envers	3,96	0,87	4,24	1,05	25	-1,49	24	.15
Test de Stroop	Indice d'interférence	0,31	0,11	0,29	0,07	25	1,34	24	.19
	N ^{bre} total d'erreurs	4,56	3,66	3,08	2,34	25	2,15	24	.04
	Tps partie dénomination (sec.)	69,50	11,20	66,32	11,16	25	1,35	24	.26
	Tps partie lecture (sec.)	50,04	6,73	48,68	7,74	25	0,71	24	.69
	Tps partie interférence (sec.)	136,35	38,96	121,56	26,49	25	2,33	24	.03
Test de Fluence verbale	Score total	30,08	9,98	34,48	10,98	25	-3,05	24	.00*
Buschke classique	1er essai	6,04	1,75	7,21	2,77	24	-3,05	23	.03
	2ième essai	8,15	2,38	9,04	2,94	24	-2,50	23	.09
	3ième essai	9,54	2,77	10,37	2,73	24	-2,47	23	.12
	4ième essai	10,00	3,10	11,12	2,70	24	-1,54	23	.09
	5ième essai	10,58	3,19	11,33	2,99		-1,13	23	.27

B) Évolution après 12 mois de processus

Dans cette partie, nous avons examiné l'évolution des usagers au cours de 12 mois de processus. Au vu de la taille de notre échantillon, nous avons appliqué des tests en mesures répétées de Friedman sur les variables administrées aux quatre temps d'investigation.

1) Symptomatologie clinique

Les hétéro-évaluations

Premièrement, en nous rapportant au Tableau VI, nous observons une diminution poche du seuil de significativité à la HAMA. Toutefois, en réalisant, des comparaisons « post-hoc »³, nous avons relevé une diminution significative des symptômes anxieux entre la ligne de base et le 12ième mois de processus (T = 3, Z = 2,82, p < .01) ainsi qu'entre les sixième et douzième mois (T = 16, Z = 2,06, p = .04). En outre, les analyses

³ Nous avons réalisé des analyses « post-hoc » en effectuant des comparaisons de moyennes deux à deux au moyen de tests de Wilcoxon pour échantillons appariés.

post-hoc portant sur la HAMD-21 indiquent une diminution significative des scores entre le sixième et le neuvième mois de processus ($T = 11$, $Z = 1,96$, $p = .05$). D'autre part, à l'exception de la sous-échelle « délirant- hallucinatoire », nous constatons que les thérapeutes relèvent une diminution constante de la symptomatologie clinique des usa-

gers. Finalement, il est important de relever que tout au long de l'étude, les thérapeutes ont attribué un score relativement bas à la sous-échelle « délirant hallucinatoire »⁴ ; ce qui pourrait expliquer que nous n'observons aucune différence significative à cette sous-échelle.

Tableau VI

Détails des effectifs (N), moyennes (μ) et écarts-types (σ) aux 4 temps d'évaluation et résultats des tests de Friedman portant sur les hétéro-évaluations

Variables	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		N	F	p
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ			
HAMA	15	1,95	13	2,5	10,91	2,51	7,64	1,58	11	7,06	.07
HDRS-21	13,36	2,4	14,27	2,43	9,82	2,34	9,55	1,64	11	2,8	.42
BPRS-42											
Score total	118,17	38,6	108,83	32,65	92,17	21,59	84	20,64	12	18,94	.00**
Délirant-hallucinatoire	1,83	2,59	3	4,67	2	2,49	1,58	2,02	12	1,86	.60
Dépressif	21,08	9,67	18,17	7,53	15,83	4,71	13,58	5,87	12	15,26	.00*
Hystérique	15,5	5,11	15,17	4,84	11,92	3,68	11,5	4,81	12	19,29	.00**
Maniaque	18,75	7,77	17,42	8,55	15,25	6,36	13,83	6,37	12	11,94	.00**
Hostilité-méfiance	13,83	5,84	13,25	4,33	11,17	3,88	9,5	2,88	12	11,73	.00*
Organique	10,17	4,3	9,42	3,58	8,42	3,6	7,25	2,67	12	15,34	.00*
Phobique-obsessionnel	8,67	3,96	7,83	2,86	5,33	1,37	6,42	2,84	12	12,22	.00*
Hébéphrénique	10,92	5,04	10,33	3,34	8	2,83	6,5	2,07	12	18,65	.00**
Psychopathique	5,42	4,62	4,92	3,45	3,92	2,02	3,58	1,51	12	12,27	.00*

* $p < .01$,
** $p < .001$

Les auto-évaluations

Les résultats sont rapportés dans le Tableau VII. De plus, en comparant les moyennes deux à deux, nous avons relevé la présence d'une diminution significative de l'anxiété-état entre les sixième et douzième mois de temps ($T = 16,00$, $Z = 2,29$, $p = .02$) ainsi qu'entre les neuvième et douzième mois de processus ($T = 5,00$, $Z = 2,07$, $p =$

.04). Finalement, en dépit de l'absence d'un effet principal du temps, des analyses post-hoc ont indiqué une diminution significative du score relatif à la sous-échelle « sensibilité interpersonnelle » de la SCL-90 R entre la ligne de base et le sixième mois ($T = 6,00$, $Z = 2,19$, $p = .03$) ainsi qu'au score relatif à la BDI II entre la ligne de base et le douzième mois de processus ($T = 6$, $Z = 1,95$, $p = .05$).

⁴ Notons que le score minimum à attribuer à la sous-échelle « délirant-hallucinatoire » est de 1.

Tableau VII
Détails des effectifs (N), moyennes (μ) et écarts-types (σ) aux 4 temps d'évaluation et résultats des tests de Friedman portant sur les auto-évaluations

Variables	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		N	F	p
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ			
STAI YA	42,45	5,77	47,45	5,85	42,73	5,50	32,00	3,48	11	6,42	.09
STAI YB	51,43	1,95	54,86	4,20	56,57	3,72	50,43	5,74	7	1,80	.61
BDI II	21,14	4,71	20,00	5,90	20,86	4,38	14,71	4,22	7	4,59	.20
SCL-90 R											
Score total	85,14	18,21	86,57	18,17	88,57	15,84	84,00	22,81	7	0,26	.97
Gravité globale	0,95	0,20	0,96	0,20	0,98	0,18	0,93	0,25	7	0,26	.97
Diversité des symptômes	51,86	7,83	49,71	5,01	48,57	5,97	45,43	6,31	7	0,56	.90
Degré de malaise	1,57	0,09	1,65	0,17	1,76	0,16	1,70	0,21	7	3,17	.37
Somatisation	12,00	2,94	12,57	2,84	14,43	3,12	9,86	3,25	7	5,36	.15
Symptômes obsessionnels	11,57	2,00	14,00	2,14	11,86	2,14	12,57	2,75	7	1,23	.74
Sensitivité inter-personnelle	6,71	1,58	5,14	1,01	6,00	1,41	6,71	1,52	7	1,21	.75
Dépression	14,29	3,70	15,43	3,77	15,43	3,47	16,86	4,55	7	2,19	.53
Anxiété	10,57	1,89	9,14	2,55	11,00	2,05	9,14	3,73	7	1,52	.68
Hostilité	4,00	1,41	3,29	1,46	4,43	1,74	2,57	1,62	7	3,24	.36
Phobies	5,43	2,26	4,71	1,51	4,71	1,66	5,00	1,96	7	1,95	.58
Traits parano.	4,86	1,53	5,14	2,14	3,86	1,22	5,00	2,31	7	0,90	.82
Traits psychotiques	6,86	2,60	7,29	2,96	7,86	2,20	6,71	2,67	7	0,94	.82
Symptômes divers	6,57	1,67	7,00	1,98	6,71	1,97	6,57	1,96	7	2,45	.48

Évaluation du fonctionnement psychosocial

En nous rapportant au Tableau VIII, nous n'observons aucun effet principal du temps. Néan-

moins, des analyses post-hoc ont relevé une augmentation significative de la perception du soutien social entre les neuvième et douzième mois de processus ($T = .00$, $Z = 2,02$, $p = .04$).

Tableau VIII
Détails des effectifs (N), moyennes (μ) et écarts-types (σ) aux 4 temps d'évaluation et résultats des tests de Friedman portant sur les variables SAS-R et PSSS

Variables	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		N	F	p
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ			
SAS-R	2,44	0,26	2,15	0,21	2,28	0,21	2,08	0,16	7	1,80	.61
PSSS	57,33	6,96	53,00	6,51	51,00	7,05	58,67	8,57	6	4,93	.18

Évolutions des capacités cognitives

Les résultats sont présentés dans le Tableau IX.

L'empan mnésique

Au cours des 12 mois de processus, nous relevons un effet principal du temps à la condition « à l'envers » de l'empan mnésique à court terme.

L'inhibition

Nous n'observons pas d'effet principal du temps à l'indice d'interférence. De plus, la réalisation de post-hoc sur cette variable n'a révélé aucune différence significative. Néanmoins, nous observons un effet principal du temps aux conditions « dénomination » et « interférence » du test. En effet, les participants ont mis, au cours du processus, de moins en moins de temps pour effectuer ces deux conditions. Finalement, bien que le nombre d'erreurs ne diminue pas significativement au cours du temps, des analyses

post-hoc ont révélé une diminution significative de cette variable entre la ligne de base et le douzième mois de processus ($Z = 2,18, p = .03$).

La fluence verbale

L'analyse statistique relève une augmentation proche de la significativité, au cours du temps, de la performance relative à l'ensemble du test. Néanmoins, en effectuant des analyses post-hoc, nous ne relevons aucune différence significative entre les moyennes. Un tel constat pourrait être imputable à la taille des écarts-types et/ou à la taille de l'effectif ou à l'absence d'effet significatif.

La capacité d'apprentissage en mémoire à long terme

Nous observons un effet principal du temps aux cinq premiers essais du test ($p < .01$). Ce qui reflète une augmentation significative du nombre de mots correctement rappelés au cours des 12 mois de processus.

Tableau IX

Détails des effectifs (N), moyennes (μ) et écarts-types (σ) aux 4 temps d'évaluation et résultats des tests de Friedman portant sur les tests cognitifs

Variables	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		N	F	p	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ				
Test de Mémoire des chiffres	Empan endroit	5,64	0,31	5,91	0,31	5,82	0,40	6,18	0,33	11	3,00	.39
	Empan envers	3,73	0,27	4,55	0,34	5,09	0,48	5,27	0,43	11	20,11	.00**
Test de Stroop	Indice d'interférence	0,32	0,04	0,29	0,02	0,29	0,02	0,29	0,03	11	5,07	.17
	N ^{bre} total d'erreurs	4,64	3,38	3,00	2,10	3,00	3,71	2,36	2,11	11	5,97	.11
	Tps partie dénomination (sec.)	66,00	2,98	64,82	3,00	61,36	4,14	58,18	2,17	11	13,06	.00*
	Tps partie lecture (sec.)	47,82	1,83	47,00	2,21	46,55	2,16	45,27	2,41	11	3,11	.37
	Tps partie interférence (sec.)	131,91	11,50	119,91	9,35	114,36	9,59	111,73	12,69	11	10,63	.01
Test de Fluence verbale	Score total	31,18	12,91	34,73	13,22	35,18	13,71	36,27	14,42	11	7,51	.06
Buschke classique	1 ^{er} essai	6,30	0,65	8,60	1,00	8,70	1,37	10,60	1,17	10	19,19	.00**
	2 ^{ième} essai	8,90	0,97	10,50	1,11	10,60	1,09	11,90	1,02	10	13,12	.00*
	3 ^{ième} essai	9,50	1,07	11,40	1,05	11,20	1,18	12,20	0,65	10	13,58	.00*
	4 ^{ième} essai	9,90	1,17	12,20	0,93	11,00	1,31	12,50	0,82	10	17,02	.00**
	5 ^{ième} essai	10,40	1,28	12,40	0,96	12,20	0,90	12,90	0,66	10	9,91	.00*

*p < .01 ;
**p < .001

Discussion

En adhérant à la philosophie du modèle de la réhabilitation psychosociale, les CRF proposent des programmes de réadaptation aux personnes souffrant d'une quelconque incapacité mentale et désirant se (ré)insérer sur le plan socioprofessionnel. Afin de répondre à une demande de la direction des CRF de l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS), nous avons mené une étude longitudinale dans les trois centres de la région liégeoise. Dans le cadre de cette recherche, nous avons pris le parti d'adopter une vision holistique de chaque usager. Ainsi, au-delà d'une évaluation de la symptomatologie clinique, nous avons également investigué le fonctionnement social ainsi que les capacités cognitives des participants. En outre, afin de relever une potentielle discordance entre les évaluations des usagers et des thérapeutes, nous avons appréhendé les symptômes cliniques au moyen de questionnaires d'auto-passation et d'hétéro-évaluation.

Dans un premier temps, les analyses statistiques réalisées sur les **six premiers mois de processus** nous ont permis d'observer une diminution de la symptomatologie clinique des participants ; et plus particulièrement, de leurs symptômes dépressifs, relatifs à la sensibilité interpersonnelle, phobiques, maniaques et organiques. D'autre part, au sixième mois de processus, nous avons relevé une augmentation significative de la capacité d'adaptation sociale. En outre, les analyses portant sur les variables cognitives ont indiqué une augmentation des performances relatives à l'empan en mémoire à court terme ainsi que de celles relatives à la fluence verbale. Finalement, bien qu'une seule différence soit significative sur le plan statistique, nous avons relevé une augmentation des moyennes relatives aux cinq premiers essais de la Buschke classique.

Dans un second temps, les analyses statistiques réalisées sur les **douze mois de processus** ont mis en évidence des améliorations significatives de la symptomatologie clinique. Plus précisément, les analyses portant sur les questionnaires d'hétéro-évaluation nous ont permis d'observer un effet principal du temps aux différentes sous-échelles de la BPRS-42. En outre, bien que marginalement significative sur le plan statistique, nous avons également relevé une diminution constante de la symptomatologie anxieuse au travers de la HAMA. En revanche, les analyses réalisées sur les mesures auto-évaluées indiquent que les usagers ne relèvent pas une telle diminution significative de leurs symptômes

cliniques tout au long des douze mois de processus. Néanmoins, des analyses post-hoc nous ont permis de relever quelques diminutions de la symptomatologie clinique au cours de l'étude ; et plus précisément, de l'anxiété-état, des symptômes dépressifs ainsi que de la sensibilité interpersonnelle. D'autre part, des analyses post-hoc ont révélé la présence, en cours de programme, d'une augmentation de la perception du soutien social. Pour rappel, au sixième mois de processus, un tel résultat n'avait été mis en évidence que chez les usagers ayant atteint leur objectif de réinsertion. Toutefois, il est important de noter qu'à la fin de l'étude, la plupart des usagers n'étaient pas arrivés au terme de leur processus de réadaptation. Dès lors, nous pouvons postuler qu'il était trop tôt pour que ces derniers perçoivent une amélioration significative de leur fonctionnement psychosocial. En outre, ces différents résultats attestent de l'importance, pour certains usagers, de bénéficier d'un processus de réadaptation durant une période minimale de douze mois. D'autre part, les analyses statistiques réalisées sur les tests cognitifs ont révélé une augmentation significative, au cours des 12 mois de processus, des performances relatives à l'empan mnésique à l'envers ainsi qu'aux cinq essais de la Buschke classique. Bien que l'indice d'interférence soit resté stable au cours du temps, nous avons observé une diminution significative du temps mis pour réaliser la condition interférente du test de Stroop. En outre, le nombre d'erreurs commises dans ce test a significativement diminué entre la ligne de base et le douzième mois de processus. Ainsi, les performances aux tests neuropsychologiques reflètent une amélioration progressive de la flexibilité mentale ainsi que des capacités d'inhibition et d'apprentissage en mémoire à long terme verbale. En outre, l'observation clinique des thérapeutes, au travers de la sous-échelle « organique » de la BPRS-42, converge avec les résultats obtenus au travers des évaluations cognitives.

Les différents résultats précités concordent avec notre principale hypothèse de travail. En effet, la participation à un programme de réadaptation fonctionnelle semble influencer positivement la symptomatologie clinique, les compétences sociales ainsi que le fonctionnement cognitif des usagers. Ainsi, conformément aux constats que nous avons relevés dans la partie théorique, les personnes souffrant d'une incapacité mentale et bénéficiant d'un programme de réadaptation psychosociale au sein de la communauté seraient capables de se rétablir (Anthony *et al.*, 2004 ; Farkas, 2007). Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pu objectiver une potentielle influence positive de la participation à un programme de réadaptation sur l'insertion professionnelle.

Néanmoins, des données issues de la littérature appuient une telle hypothèse. En effet, d'aucuns postulent qu'une amélioration des capacités cognitives, résultant de la participation à une thérapie neurocognitive, influencerait positivement le statut professionnel ultérieur (Bell, Zito, Greig & Wexler, 2008 ; Jaeger, Berns, Uzelac & Davis-Conway, 2006 ; McGurk *et al.*, 2007 ; Tabarés-Seisdedos, Balanzá-Martínez, Sánchez-Moreno, Martínez-Aran, Salazar-Fraile, Selva-Vera, Rubio, Mata, Gómez-Beneyto & Vieta, 2007).

Bien entendu, les résultats relevés dans cette étude sont à relativiser, notamment, en raison du nombre de participants. Néanmoins, ces résultats pourraient avoir une certaine influence sur la pratique clinique exercée au sein des CRF. Ainsi, dans cette section, nous proposons quelques pistes de réflexion relatives à de potentielles adaptations de la pratique clinique au sein de ces structures.

Tout d'abord, notons que tout au long du processus de réadaptation, il serait pertinent d'évaluer le fonctionnement psychosocial des usagers de façon aussi fine que possible. Une telle entreprise pourrait être réalisée en recourant aux questionnaires utilisés dans cette étude ou à des questionnaires comparables. L'administration de tels outils pourrait avoir de nombreux avantages. Premièrement, cela aiderait à individualiser les programmes de réadaptation. D'autre part, recourir à ces questionnaires en cours de processus permettrait, aux thérapeutes ainsi qu'aux usagers eux-mêmes, d'apprécier d'éventuelles améliorations du fonctionnement psychosocial de ces derniers. En outre, en regard des résultats relevés dans notre étude, il semblerait que les questionnaires que nous avons utilisés soient d'assez bons indicateurs de la réussite d'un processus de réadaptation. Finalement, l'administration de ces outils pourrait, le cas échéant, justifier une prolongation du programme thérapeutique. D'autre part, certains résultats de l'étude indiquent une amélioration conjointe de la symptomatologie anxio-dépressive et du fonctionnement cognitif. Un tel constat atteste de l'importance de recourir aux activités sollicitant les capacités attentionnelles, exécutives et mnésiques des usagers. Puisqu'il existerait une relation entre le fonctionnement cognitif et la symptomatologie clinique, il serait intéressant d'approfondir l'évaluation des capacités cognitives des personnes bénéficiaires. Ainsi, au-delà de l'efficience intellectuelle, il serait pertinent d'investiguer les fonctions attentionnelles, exécutives et mnésiques des ces dernières. Un tel objectif permettrait de mieux cibler les potentialités ainsi que les difficultés de chaque usager.

Finalement, nous avons pu constater que les usagers rapportaient moins d'améliorations significatives de leur symptomatologie clinique au cours de leur processus. Nous pouvons poser l'hypothèse que l'élaborer davantage d'activités basées sur la psychoéducation pourrait aider les personnes à identifier les améliorations de leur fonctionnement psychosocial. Ce qui pourrait, in fine, engendrer un impact non négligeable sur leur qualité de vie. Il serait donc intéressant de mettre cette hypothèse à l'épreuve.

Il est important de noter que cette recherche est une première tentative d'évaluation de l'efficacité des programmes thérapeutiques proposés par les CRF de la région Liégeoise et présente, par conséquent, un certain nombre de failles. En effet, la taille de l'échantillon, la durée de l'étude et surtout l'absence d'un groupe contrôle nous contraignent à relativiser les résultats précités. Il est possible que le simple fait de côtoyer régulièrement un centre accueillant d'autres personnes ayant des difficultés psychologiques, sans suivre des activités thérapeutiques, permettent d'obtenir les mêmes améliorations. Toutefois, les résultats observés dans le cadre de cette recherche concordent avec ceux relevés dans la littérature. Ainsi, il semblerait que les personnes souffrant d'une incapacité mentale et bénéficiant d'un programme de réadaptation communautaire soient capables de se réinsérer dans la communauté.

Article reçu le 8 septembre 2010

et Accepté le 10 octobre 2011

Références

- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2004). *La réhabilitation psychosociale*. Charleroi, Belgique : Socrate Editions Promarex.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Inventaire de dépression de Beck-2ème édition*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Bell, M.D., Zito, W., Greig, T., & Wexler, B.E. (2008). Neurocognitive enhancement therapy with vocational services : Work outcomes at two-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 195(1-3), pp. 18-29.
- Benton, A.L., & Hamsher, K. (1976). *Multilingual Aphasia Examination*. Iowa City, IA : University of Iowa.

- Biringer, E., Lundervold, A., Stordal, K., Mykletun, A., Egeland, J., Bottlender, R., & Lund, A. (2005). Executive function improvement upon remission of recurrent unipolar depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(6), pp. 373-380.
- Bond, G.R., Dincin, J., Fraser, V.V., Salyers, M.P., Drake, R.E., Becker, D.R., & Haines, M. (2007). A Randomized Controlled Trial Comparing Two Vocational Models for Persons With Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), pp. 968-982.
- Bond, G.R., & Resnick, S.G. (2000). Psychiatric rehabilitation In R. G., Frank, & T.R., Elliot (Eds.), *Handbook of Rehabilitation Psychology*, pp.235-258 (chap.11). Washington, DC : American Psychological Association.
- Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., & Bedout, R.R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), pp. 489-501.
- Bradshaw, W., Armoui, M.P., & Roseborough, D. (2007). Finding a place in the world : the experience of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work*, 6(1), Retrieved, March 2, 2009 from <http://qsw.sagepub.com/cgi/reprint/6/1/27>
- Buschke, H. (1973). Selective reminding for analysis of memory and learning. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 6, 433-440.
- Donnay, J.M., Chaumont, A., 1989, Grille d'évaluation de la compétence sociale (GECS), Association Intercommunale de Guidance et de Santé, Vottem-Liège.
- Drake, R.E., Green, A.I., Mueser, K.T., Goldman, H.H. (2003). The History of Community Mental Health Treatment and Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 39(5), 427-440.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today : what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.
- Gold, J.M., Goldberg, R.W., McNary, S.W., Dixon, L.B., & Lehman, A.F. (2002). Cognitive Correlates of Job Tenure Among Patients With Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), pp. 1395-1402.
- Granerud, A., & Severinsson, E. (2006). The struggle for social integration in the community : the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), pp. 288-293.
- Guelfi, J.D. (1997). La version expérimentale de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique. In : J.D. Guelfi, (Ed.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Castres : Editions Médicales Pierre Fabre.
- Hamilton, M. (1959). Echelle d'Appréciation de l'Anxiété. Trad. fr. par Pichot, P. In : J.D. Guelfi, (Ed.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Castres : Editions Médicales Pierre Fabre.
- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (2006). *Le secteur de la revalidation psychosociale pour personnes adultes souffrant de troubles psychiatriques (convention 7.72)*. Belgique : Auteur.
- Kurtz, M.M., Wexler, B.E., Fujimoto, M., Shagan, D.S., & Seltzer, J.C. (2008) Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), pp. 303-311.
- Laes, J.R., & Sponheim, S.R. (2006). Does cognition predict community function only in schizophrenia ? : A study of schizophrenia patients, bipolar affective disorder patients, and community control subjects. *Schizophrenia Research*, 84(1), pp. 121-131.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., Nortvedt, M.W., & Hanestad, B.R. (2007). Quality of life among Norwegians with chronic mental health problems living in the community versus the general population. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 321-339.
- McCorkle, B.H., Rogers, Rogers, E.S., Dunn, E.C., Lyass, A., Wan, Y.M. (2008). Increasing Social Support for Individuals with Serious Mental Illness : Evaluating the Compeer Model of Intentional Friendship. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 359-366.
- McGurk, S.R., & Mueser, K.T. (2003). Cognitive Functioning and Employment in Severe Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(12), 789-798.
- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzler, D.I., McHugo, G.J., & Mueser, K.T. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802.
- Pariente, P., & Guelfi, J.D. (1990). La Symptom Check-List- SCL-90 R. Inventaires d'évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1^{ère} partie : Inventaires multidimensionnels. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 5, 49-63.
- Pellet, J. (1997b). La Symptom Check-List. In : J.D. Guelfi, (Ed.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Castres : Editions Médicales Pierre Fabre.
- Pichot, P., Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1973). Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique. Paris : Edition du Centre de Psychologie Appliquée.
- Pinto, R.M., (2005). Using social network interven-

- tions to improve mentally ill clients well-being. *Clinical Social Work Journal*, 34(1), 83-100.
- Prince, P.N., & Gerber, G.J. (2005). Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research*, 14(1), 161-169.
- Smitherman, T.A., Huerkamp, J.K., Miller, B.I., Houle, T.T., & O'Jile, J.R. (2007). The relation of depression and anxiety to measures of executive functioning in a mixed psychiatric sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(5), 647-654.
- Spielberger, C.D. (1993). *Inventaire d'anxiété état-trait forme Y*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tabarés-Seisdedos, R., Balanzá-Martínez, V., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salazar-Fraile, J., Selva-Vera, G., Rubio, C., Mata, I., Gómez-Beneyto, M., & Vieta, E. (2007). Neurocognitive and clinical predictors of functional outcome in patients with schizophrenia and bipolar I disorder at one-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 286-299.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., de Vries, J., & Hodiament, P.P. (2007). Relationships between Social Functioning and Quality of Life in a Population of Dutch Adult Psychiatric Outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(1). Retrieved February 5, 2009 from <http://isp.sagepub.com/cgi/content/abstract/53/1/36>
- Van Dongen, C.J. (1996). Quality of Life and Self-Esteem in Working and Nonworking Persons with Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 535-548.
- Waintraub, L. (1997). Questionnaire d'adaptation sociale, SAS-SR (Social Adjustment Scale Self-Report). In : J.D. Guelfi, (Ed.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Castres : Editions Médicales Pierre Fabre.
- Wechsler, D.A. (1991). *Echelle clinique de mémoire de Wechsler-révisée*. Manuel. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.
- Weissman, M.M. (1974). Social adjustment scale self-report. Trad. fr. par Pichot, P. In : J.D. Guelfi, (Ed.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Castres : Editions Médicales Pierre Fabre.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.