

Abécédaire

du

processus

de Réhabilitation

Psychiatrique

**William A. Anthony
et Mariane D. Farkas**

Traduction Régis De Cooman



**BOSTON
UNIVERSITY**

**Centre de Réhabilitation
Psychiatrique
de l'Université de Boston**

© 2009, Centre de Réhabilitation Psychiatrique, membre de l'Université de Boston.
Tous droits réservés.

Anthony, W.A., Farkas, M.D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*.
Boston : Centre de réhabilitation psychiatrique de l'Université de Boston.

Publié par :

Center for Psychiatric Rehabilitation
College of Health and Rehabilitation Sciences (Sargent College)
Boston University
940 Commonwealth Avenue West
Boston, MA 02215

<http://www.bu.edu/cpr/>

Le centre de Réhabilitation Psychiatrique est partiellement financé par l'Institut national de la recherche sur la réhabilitation et le handicap ainsi que par les services du centre de la santé mentale, administrés par les services de la santé mentale et des abus de substance

Préface.....	5
Introduction.....	7
<hr/>	
Comprendre le contexte et le processus de la réhabilitation psychiatrique	
Origines de la réhabilitation psychiatrique.....	9
Public usager des services de réhabilitation psychiatrique.....	9
Définition de la réhabilitation psychiatrique.....	9
Le processus de réhabilitation psychiatrique.....	10
Modèles de programmes de réhabilitation psychiatrique, cadres et disciplines.....	10
Impact de la réhabilitation psychiatrique dans le champ de la santé mentale.....	11
Différences entre les services de réhabilitation psychiatrique et les autres services de santé mentale.....	11
La réhabilitation psychiatrique en tant que processus fondé sur la preuve.....	12
La nature critique de la relation d'aide.....	14
Le processus de réhabilitation psychiatrique et l'assistance médicale.....	14
<hr/>	
Effectuer le suivi du déroulement du processus de réhabilitation psychiatrique	
Effectuer le suivi du déroulement du processus de prestation de services.....	17
Avantage d'un suivi du déroulement du processus de prestation de services.....	18
Comprendre le déroulement du processus de prestation de services.....	18
Le processus Diagnostic-Planification-Intervention (DPI) de la réhabilitation psychiatrique.....	18
Un exemple d'un suivi du processus de réhabilitation psychiatrique.....	20
Jusqu'à quel point le suivi doit-il être détaillé ?.....	20
Qu'en est-il du niveau de spécificité de l'intervention elle-même ?.....	20
Effectuer le suivi du processus DPI pour différents services.....	22
Les activités habituelles du DPI tout au long du processus.....	23
<hr/>	
La traçabilité du processus de réhabilitation psychiatrique	
Importance des comptes rendus.....	25
Différences entre le suivi et les comptes rendus.....	25
Jusqu'à quel point les comptes rendus doivent-ils être détaillés ?.....	25
Compte-rendu des étapes du DPI du processus de la réhabilitation psychiatrique.....	26
Modèle de fiche de compte-rendu concernant l'évaluation et le développement de la disponibilité à la réhabilitation.....	26
Modèle de fiche de compte-rendu concernant l'établissement de l'objectif global de réhabilitation lors de l'étape de diagnostic dans la réhabilitation psychiatrique.....	27
Modèle de fiche de compte-rendu concernant l'évaluation fonctionnelle et l'évaluation des ressources lors de l'étape de diagnostic dans la réhabilitation psychiatrique.....	29
Modèle de fiche de compte-rendu concernant la planification et les interventions au cours des étapes d'évaluation et d'intervention de la réhabilitation psychiatrique...	30
<hr/>	
Résumé.....	32

Liste des tableaux et figures

TABLEAU 1	Le modèle de la réhabilitation psychiatrique : l'incidence négative de la maladie mentale sévère.....	12
TABLEAU 2	Les services fondamentaux d'un système orienté vers le rétablissement	13
FIGURE 1	Aperçu du processus DPI de la réhabilitation psychiatrique.....	19
TABLEAU 3	Fiche pour le suivi du processus de réhabilitation psychiatrique.....	21
TABLEAU 4	Questions pour aider à catégoriser correctement les activités.....	22
TABLEAU 5	Exemple d'un centre de rétablissement : effectuer un suivi des étapes principales concernant d'autres processus de services.....	23
TABLEAU 6	Questions pour aider à catégoriser correctement les activités au cours des différentes étapes du processus DPI.....	24
TABLEAU 7	Fiche de compte-rendu concernant l'évaluation et le développement de la disponibilité.....	27
TABLEAU 8	Fiche de compte-rendu concernant le choix d'un objectif global.....	28
TABLEAU 9	Fiche de compte-rendu concernant l'évaluation fonctionnelle.....	29
TABLEAU 10	Fiche de compte-rendu concernant l'évaluation des ressources.....	30
TABLEAU 11	Programme de la planification et de l'intervention de la réhabilitation..	31
TABLEAU 12	Description d'un programme ou établissement des normes nécessaire à l'exécution d'un processus de réhabilitation psychiatrique.....	34
<hr/>		
ANNEXE A :	Etapes principales et intermédiaires du processus de réhabilitation.....	37
<hr/>		
ANNEXE B :	Exemples de fiche de comptes rendus requis lors d'un processus de réhabilitation psychiatrique.....	38
Exemple	Compte-rendu concernant l'évaluation et le développement de la disponibilité.....	38
Exemple	Compte-rendu concernant le choix d'un objectif global.....	39
Exemple	Compte-rendu concernant l'évaluation fonctionnelle.....	40
Exemple	Compte-rendu concernant l'évaluation des ressources.....	41
Exemple	Programme de la planification et de l'intervention de la réhabilitation...	42
<hr/>		
ANNEXE C :	Fiches de comptes rendus vierges pour le processus de réhabilitation psychiatrique.....	43
	Compte rendu concernant l'évaluation et le développement de la disponibilité.....	43
	Compte rendu concernant le choix d'un objectif global.....	44
	Compte rendu concernant l'évaluation fonctionnelle.....	45
	Compte rendu concernant l'évaluation des ressources.....	46
	Programme de la planification et de l'intervention de la réhabilitation...	47
<hr/>		
ANNEXE D :	Références et ressources utiles pour le processus de réhabilitation.....	48
	Ressources utiles pour le processus de réhabilitation.....	48
	Formation et aide technique.....	52
	Supportset publications.....	53

Préface

Cela fait plus de trois décades que nous pratiquons, enseignons, publions et/ou faisons des recherches dans le champ de la réhabilitation psychiatrique. Au début de notre carrière dans la réhabilitation psychiatrique nous sommes entrés dans un champ où il n'y avait pas de consensus bien défini en ce qui concerne la philosophie sous-jacente. Les recherches ne faisaient pas partie d'une base de connaissance majeure, et il y avait peu de modèles de programmes de services ni de sources pour les créer. La technologie de sa pratique n'avait pas encore été développée et ne s'articulait pas avec le processus de réhabilitation psychiatrique.

Indépendamment du nom du modèle du programme, de la discipline ou de l'expérience du praticien, de la source du financement ou de l'environnement professionnel, ceux qui aident les personnes présentant une maladie mentale sévère à améliorer leur fonctionnement et à obtenir des rôles de valeur dans la communauté devraient connaître l'essentiel du processus de réhabilitation psychiatrique et savoir comment travailler dans ce sens.

Peu à peu, au fil des années, s'est développé un considérable accord sur la philosophie de base, les principes, et les valeurs de la réhabilitation psychiatrique ; les connaissances de base se sont façonnées à partir d'un corps significatif de recherches ; les options de financement se sont multipliées, toute une variété de modèles de programmes de services ont été élaborés, préparés et diffusés. Les programmes de formation initiale et continue sont apparus. On utilisait de plus en plus une technologie de la réhabilitation psychiatrique et le processus de réhabilitation psychiatrique a été décrit.

Logiquement, avec ces progrès de la réhabilitation psychiatrique, le rétablissement de la maladie mentale sévère est devenu une réalité et non plus seulement un espoir. Dans cette ère du rétablissement, la mise en place du processus de réhabilitation psychiatrique a gagné une importance de plus en plus grande. Le processus de réhabilitation psychiatrique, tel que le décrit cet

abécédaire, est destiné à aider les personnes à *réussir et à se sentir satisfaites dans les environnements où elles ont choisi de résider, de travailler, d'apprendre, et de vivre en société*. La New Freedom Commission on Mental Health (Nouvelle commission de la liberté en santé mentale) du Président (2003) prévoyait un avenir « *où toute personne présentant une maladie mentale sera amenée à se rétablir et est aidée à vivre, travailler, apprendre et participer pleinement au sein de sa communauté* » (souligné par nous), expression étonnamment en accord avec les résultats sur lesquels insiste la réhabilitation psychiatrique.

C'est le propre du processus de réhabilitation psychiatrique que d'avoir ciblé l'objectif d'aider les personnes à gagner ou regagner les rôles qu'ils apprécient au sein de leur communauté, tel que le souligne le rapport de la New Freedom Commission on Mental Health (Nouvelle commission de la liberté en santé mentale) du Président.

Il est difficile d'imaginer comment la vision du rétablissement pourra se concrétiser sans une vaste mise en œuvre des services de réhabilitation psychiatrique.

Le processus de réhabilitation psychiatrique met l'accent sur la relation d'aide entre le praticien et l'utilisateur telle qu'elle apparaît dans tout modèle et aménagement d'un programme de réhabilitation.

Récemment le champ de la réhabilitation psychiatrique a essayé de mettre l'accent sur des modèles de programme de réhabilitation psychiatrique (tels que Clubhouse¹, ACT, IPS) et sur la politique et les procédures menant à leur implantation fidèle.

¹ Les Clubhouses sont des clubs gérés par les membres eux-mêmes en partenariat avec des professionnels dont le modèle de réhabilitation psychosociale s'articule autour du concept de club et de la valeur travail. En 1994 a été créé l'ICCD (International Center for Clubhouse Development), organisation non gouvernementale visant à aider les communautés à mettre en place des Clubhouses un peu partout dans le monde. (NDT)

Cette politique et ces procédures font appel à des dimensions telles qu'une pluridisciplinarité appropriée, le lieu où seront dispensés les services, l'organisation d'une journée de travail, etc. *Parallèlement, le processus de réhabilitation psychiatrique met l'accent sur la nature de l'interaction de soutien entre le praticien et l'utilisateur qui apparaît dans tout modèle ou cadre de programme de réhabilitation psychiatrique.*

Cependant, pour intégrer le processus de réhabilitation psychiatrique dans différents modèles de programme et de tirer profit de son rôle capital dans la promotion du rétablissement, une compréhension primordiale du processus essentiel de la réhabilitation psychiatrique fondé sur des données probantes est nécessaire. Nous sommes stupéfaits de l'absence d'une compréhension approfondie de ce qu'est ou n'est pas le processus de réhabilitation psychiatrique et de la base empirique qui en est le fondement.

Indépendamment du nom du modèle du programme, de la discipline ou de l'expérience du praticien, de la source du financement ou de l'environnement professionnel, ceux qui aident les personnes présentant une maladie mentale sévère à améliorer leur fonctionnement et à obtenir des rôles de valeur dans la communauté devraient connaître l'essentiel du processus de réhabilitation psychiatrique et savoir comment travailler dans ce sens.

L'incertitude demeure encore souvent en ce qui concerne le processus fondamental de réhabilitation psychiatrique.

Nous avons développé des moyens d'apprendre aux praticiens, y compris les pairs-aidants, à la fois les fondamentaux et l'essentiel des compétences nécessaires pour amener le processus. Le domaine continue à mêler confusément les petits ateliers, les présentations, les discussions de groupe pour ce qui est de la formation intensive, et une supervision au long cours pour pouvoir modifier la pratique quotidienne. Les structures organisationnelles, telles que les descriptions d'emploi, les modèles de documents à conserver, et les mécanismes garantissant la qualité sont souvent oubliées lorsque l'on essaye d'implanter le processus de réhabilitation psychiatrique dans une organisation pour qu'il puisse être amené correctement au fil du temps.

Tenez bon, *l'abécédaire du processus de réhabilitation psychiatrique* est encore une autre tentative de notre part pour éclaircir cette confusion. Il explique clairement, de façon concise et simple, le processus de réhabilitation psychiatrique et le contenu sous-jacent que nous avons développés, expliqués, enseignés et répandus avec nos collègues du centre de réhabilitation psychiatrique de l'Université de Boston. Quiconque travaille sur quelle capacité que ce soit avec des personnes présentant une maladie mentale sévère devrait être familier avec le processus de réhabilitation psychiatrique. Pour ceux qui travaillent et étudient directement dans le champ de la réhabilitation psychiatrique et qui désirent acquérir encore plus de compétences, il y a de nombreuses ressources d'aide technique et d'enseignement accessibles depuis notre site dans un format papier ou électronique. Des références et des ressources utiles sont fournies dans les annexes de cet abécédaire.

William A. Anthony, PhD
Marianne D. Farkas, ScD

President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America, final report* (No. Pub. No. SMA-03-3832.). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Introduction

Objectif de cet abécédaire

L'objectif de cet abécédaire est de décrire le processus de réhabilitation psychiatrique qui est complexe de la façon la plus simple et la plus courte, dans le but d'améliorer la mise en œuvre, la pratique et l'étude de la réhabilitation psychiatrique. Pour augmenter la compréhension du processus de réhabilitation psychiatrique, l'abécédaire s'efforce de rendre parfaitement claires les principales étapes du processus. L'abécédaire se compose de trois parties :

- Comprendre le contexte et le processus de la réhabilitation psychiatrique
- Effectuer le suivi du déroulement du processus de la réhabilitation psychiatrique, et
- Garantir la traçabilité du processus de la réhabilitation psychiatrique.

Plusieurs annexes fournissent des exemples pour favoriser la compréhension du processus.

A qui s'adresse cet abécédaire ?

L'abécédaire est utile pour de nombreuses personnes. Par exemple il peut être utile aux :

- **Usagers** – comme moyen de comprendre le processus et de mieux s'y impliquer.
 - **Praticiens** – comme liste de contrôle pour effectuer le suivi et enregistrer le déroulement du processus pour le mettre en œuvre de façon plus efficace.
 - **Superviseurs** – comme moyen de guider l'implantation des praticiens pour qu'ils apportent à ces derniers plus de compétence et plus de soutien.
 - **Formateurs** – comme moyen d'évaluer de quelles compétences supplémentaires ont besoin les praticiens et les superviseurs pour que la formation cible bien les besoins de chacun.
 - **Les administrateurs des programmes et des systèmes** – en tant que propositions pour concevoir des programmes et des systèmes pour initier et soutenir l'implantation d'un processus de réhabilitation psychiatrique.
 - **Les chercheurs** – comme guide lorsqu'ils étudient le processus de façon à ce que leurs hypothèses de recherche soient en rapport avec le processus actuel tel qu'il se met en œuvre.
 - **Les organismes financiers** – comme moyen de s'assurer que le processus de réhabilitation fondé sur les preuves qu'ils financent se met réellement en place.
-

Hypothèses sous-jacentes de cet abécédaire

En présentant simplement le minimum d'information nécessaire pour comprendre et mettre en œuvre le processus de réhabilitation psychiatrique, cet abécédaire de la réhabilitation psychiatrique se base sur les hypothèses suivantes :

- Les personnes qui ont besoin de connaissances et de compétences supplémentaires à certaines étapes du processus chercheront l'information nécessaire. Pour faciliter l'apprentissage complémentaire, les annexes fournissent une aide au travers d'exemples, de ressources et de références.
- La réussite de la mise en œuvre du processus dépend de l'investissement des personnes et de leurs habiletés de relation interpersonnelle (par exemple : observer, écouter, répondre). Les informations sur l'apprentissage de l'évaluation et du développement de ces habiletés sont accessibles sur www.bu.edu/cpr/training/.

- Un « leadership de principe » est utile pour assurer une bonne mise en œuvre du processus, l'information pour une aide technique des leaders est accessible sur <http://www.bu.edu/cpr/products/>

Comprendre le contexte et le processus de la réhabilitation psychiatrique

Origines de la réhabilitation psychiatrique

La réhabilitation psychiatrique est apparue comme un champ important de la pratique et de la recherche durant les années 1970 à 1980, en partie pour répondre aux drames liés au mouvement de désinstitutionalisation, qui a débuté dans les années 1950, et qui a vu de très nombreux patients quitter l'hôpital public pour rejoindre une communauté indifférente. La désinstitutionalisation a essentiellement donné un seul résultat : transférer des patients présentant une maladie mentale sévère vers la communauté, tâche relativement simple en comparaison des objectifs de la réhabilitation. En d'autres termes, la désinstitutionalisation a ouvert les portes des institutions en donnant aux gens une simple ordonnance pour leurs médicaments, lors de leur sortie. La réhabilitation cherche à ouvrir les portes de la communauté et aide les personnes à élaborer, métaphoriquement parlant, l'ordonnance de leur vie.

[Les services de réhabilitation psychiatrique] mettent l'accent sur l'aide apportée aux personnes pour qu'elles développent leurs habiletés et accèdent aux ressources toutes deux nécessaires au développement de leur capacité à réussir et à être satisfaites là où elles ont choisi de résider, de travailler, d'apprendre et de se socialiser.

Les personnes qui utilisent les services de réhabilitation psychiatrique

Du fait de la désinstitutionalisation, de nombreux adultes souffrant de maladie mentale sévère, comme la schizophrénie, les troubles bipolaires, la dépression majeure, et apparenté, vivent maintenant dans la communauté. Ces personnes sont les premiers bénéficiaires des services de réhabilitation psychiatrique. La réhabilitation psychiatrique aide les personnes qui vivent des incapacités psychiatriques sévères plutôt que de s'intéresser à ceux qui sont simplement insatisfaits, malheureux, ou « socialement désavantagés ». Les personnes présentant des incapacités psychiatriques souffrent d'une maladie mentale qui limite leur capacité à réaliser certaines tâches et à assumer certaines fonctions (par exemple, interagir avec la famille et les amis, participer à un entretien d'embauche, étudier pour un examen) et leur aptitude à jouer leurs différents rôles dans la communauté (par exemple, de travailleur, de locataire, de conjoint, d'ami, d'étudiant).

Définition de la réhabilitation psychiatrique

Les services et les concepts de la réhabilitation psychiatriques commençant à se répandre pour aider les personnes présentant une maladie mentale sévère à retrouver des rôles de valeur, est apparue la nécessité d'élaborer une définition de référence de la réhabilitation psychiatrique. Le 29 septembre 2007, le comité de direction de l'association de réhabilitation psychiatrique des Etats Unis (USPRA), la principale association professionnelle dans le champ de la réhabilitation psychiatrique, a approuvé et adopté la définition suivante :

La réhabilitation psychiatrique promeut le rétablissement, une intégration complète dans la communauté, et améliore la qualité de vie des personnes dont les conditions de santé mentale diminuent fortement leur capacité à mener une vie digne de ce nom. Les services de réhabilitation psychiatriques sont collaboratifs, s'adressent aux personnes et sont individualisés. Ces services sont un élément essentiel de l'éventail des services de soins et des services à la personne et doivent être fondés sur les faits. *Ils mettent l'accent sur l'aide apportée aux personnes pour qu'elles développent leurs habiletés*

et accèdent aux ressources toutes deux nécessaires au développement de leur capacité à réussir et à être satisfaites là où elles ont choisi de résider, de travailler, d'apprendre et de se socialiser. (Souligné par nous).

Le processus de réhabilitation psychiatrique

Tel qu'il est décrit dans la dernière phrase de la définition ci-dessus, le processus de réhabilitation psychiatrique est plus compliqué à expliquer qu'il n'y paraît. Au fond, le processus de réhabilitation psychiatrique cherche à aider les personnes à décider quels rôles ils veulent tenir dans leur environnement résidentiel, professionnel, scolaire et social (leurs objectifs). Ensuite les personnes sont aidées à identifier ce qu'elles ont besoin de faire, ce qu'elles doivent savoir bien faire (habiletés), et ce dont elles ont besoin (aides ou ressources) pour réaliser leurs objectifs. Elles sont aidées à développer les habiletés et/ou les ressources spécifiques à la réalisation de leurs objectifs. Bref, le processus de réhabilitation psychiatrique aide les personnes à choisir leurs objectifs puis à acquérir les habiletés nécessaires et les aides dont elles ont besoin pour atteindre leurs objectifs. S'il est simple à décrire, ça ne veut pas dire que le processus est facile à mettre en œuvre. Néanmoins, la complexité impliquée dans la mise en place du processus rend important sa description dans des termes les plus simples possibles.

Le processus de réhabilitation psychiatrique aide les personnes à choisir leurs objectifs puis à acquérir les habiletés nécessaires et les aides dont elles ont besoin pour atteindre leurs objectifs.

De façon à expliquer le processus le plus simplement possible, et de favoriser l'implication et la compréhension des personnes aidées et de leur famille, le centre de réhabilitation psychiatrique de l'université de Boston a également expliqué le processus de réhabilitation psychiatrique du point de vue des bénéficiaires du service en termes de processus « Choisir-Obtenir-Garder » (COG). En d'autres mots, du point de vue des personnes que l'on aide, le processus de réhabilitation psychiatrique accompagne celles-ci dans le choix de leurs objectifs, leur obtention et leur réalisation, et/ou le fait de les conserver, en fonction de leurs besoins et nécessité.

Modèles de programmes de réhabilitation psychiatrique, cadres et disciplines

Le processus de réhabilitation psychiatrique peut être mis en œuvre dans n'importe quel modèle de programme, n'importe où et dans n'importe quel cadre et par n'importe qui, tant que le résultat fondamental est d'aider les personnes à obtenir plus de réussites et de satisfactions au sein des environnements résidentiels, professionnels, scolaires et sociaux qu'elles ont choisis.

Le processus de réhabilitation psychiatrique s'applique à de nombreux modèles de programmes, dans des lieux et des cadres différents, et par la plupart des disciplines liées à la santé mentale. Cela revient à dire que le processus de réhabilitation psychiatrique peut être mis en œuvre dans n'importe quel modèle de programme, n'importe où et dans n'importe quel cadre et par n'importe qui, tant que le résultat fondamental est d'aider les personnes à obtenir " plus de réussites et de satisfactions au sein des environnements résidentiels, professionnels, scolaires et sociaux qu'elles ont choisis ". Les modèles de programmes de réhabilitation psychiatrique tels que ACT (Programme de suivi intensif dans le milieu), Clubhouse, IPS (Programme de placement et de soutien individuel) peuvent mettre en œuvre le processus de réhabilitation psychiatrique au sein même de la structure du programme défini. Tout cadre concernant la santé mentale tels que les hôpitaux, les centres de réhabilitation

psychosociale, les accueils de jour, les accueils sans rendez-vous, les centres communautaires de santé mentale, etc., peuvent être un lieu où le processus de réhabilitation psychiatrique peut être potentiellement mené et où les résultats de la réhabilitation psychiatrique peuvent être obtenus. Des personnes de toute discipline ou de tout environnement (y compris les usagers mêmes des services de santé mentale) peuvent apprendre à mettre en place le processus de réhabilitation psychiatrique, le superviser, l'administrer, être formateur, et faire de la recherche. Pour se répéter, le processus de réhabilitation psychiatrique est mis en œuvre indépendamment du modèle de programme, de l'environnement, ou de la discipline, mais peut à coup sûr être soutenu, et doit même l'être, par les structures organisationnelles des programmes.

L'impact de la réhabilitation psychiatrique dans le champ de la santé mentale

Le champ de la réhabilitation psychiatrique a introduit dans le domaine de la santé mentale de nouvelles connaissances en rapport avec les forces propres aux personnes présentant une maladie mentale sévère, les conséquences négatives des conditions mentales sévères au delà des symptômes flagrants, et a réaffirmé la possibilité de se rétablir de ces maladies. Avant l'apparition de la réhabilitation psychiatrique, les véritables capacités des personnes présentant une maladie mentale sévère étaient habituellement ignorées et les effets négatifs des maladies étaient principalement considérés comme étant la cause des déficiences symptomatiques de l'humeur ou de la pensée. Le paradigme de la réhabilitation psychiatrique étendit les conséquences négatives des maladies mentales sévères à la reconnaissance non seulement de la déficience liée au symptôme mais aussi du dysfonctionnement, de l'incapacité et du handicap ; et de l'autre côté, il vise au développement du fonctionnement des personnes, de leurs capacités et de leurs atouts. En plus de l'influence du paradigme de la réhabilitation psychiatrique, le programme de soutien communautaire lancé par l'institut national de santé mentale (NIMH), à la fin des années 1970, souligna l'importance des services de réhabilitation psychiatrique considérés comme étant la partie cruciale d'un groupe de services destinés à s'occuper des besoins exhaustifs des personnes présentant une maladie mentale sévère. Du point de vue de la réhabilitation psychiatrique, le système de santé mentale doit non seulement être concerné par l'impact qu'il peut avoir sur les déficiences ou les symptômes des personnes, mais aussi sur la capacité des personnes à accomplir des tâches (dysfonctionnement), à assumer des rôles (incapacité), et à faire face à la discrimination et à la pauvreté (handicap) auxquels sont souvent confrontées les personnes présentant une maladie mentale sévère. (Voir TABLEAU 1)

La réhabilitation psychiatrique apporte dans le champ de la santé mentale la seule valeur de base de la réhabilitation qui met l'accent sur les valeurs suivantes : l'implication, le choix, les atouts et le potentiel de développement des usagers, la prise de décision partagée, aussi bien que la responsabilité des praticiens envers les résultats. L'inclusion du paradigme de la réhabilitation psychiatrique et l'impulsion du NIMH pour des services de soutien communautaire exhaustif (comme indiqué plus haut) accroît l'objectif et les valeurs du système de santé mentale et défie le champ de la santé mentale à penser beaucoup plus et de façon respectueuse à la façon d'aider les personnes présentant une maladie mentale sévère. Des résultats liés aux statuts résidentiel, professionnel et scolaire et à la satisfaction que les personnes ont de leur vie, aussi bien qu'aux effets de la pauvreté et de la discrimination sur

La réhabilitation psychiatrique apporte dans le champ de la santé mentale les valeurs d'exception [...] de l'implication, du choix, des atouts et du potentiel de développement des usagers, de la prise de décision partagée, aussi bien que de la responsabilité des praticiens envers les résultats.

les personnes présentant une maladie mentale deviennent de plus en plus la préoccupation du champ de la santé mentale.

TABLEAU 1 — Le modèle de la réhabilitation psychiatrique : l'incidence négative d'une maladie mentale sévère

Étapes	I. Déficience	II. Dysfonctionnement	III. Incapacité	IV. Handicap
Définitions	Toute perte ou anomalie de la structure ou du fonctionnement psychologique, physiologique ou anatomique	Toute restriction ou tout manque de capacité à accomplir une activité ou une tâche de manière normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain	Toute restriction ou tout manque de capacité à remplir un rôle normal ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain	Un manque d'opportunités pour un individu, limitant ou empêchant l'accomplissement d'une activité ou d'un rôle normal (en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels) pour cet individu
Exemples	Hallucinations, délires, dépression	Manque d'habiletés d'adaptation professionnelle, d'habiletés sociales, d'habiletés dans les activités de la vie quotidienne	Absence d'emploi, de domicile	Discrimination et pauvreté

Adapté de : Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Farkas, M.D. (1960), *Psychiatric Rehabilitation*, Boston, MA, Centre for Psychiatric Rehabilitation.

Différences entre les services de réhabilitation psychiatrique et les autres services de santé mentale

Les services de santé mentale pour les personnes présentant une maladie mentale sévère se distinguent les uns des autres par le seul contenu de chaque service et les résultats qui sont visés. Par exemple, lorsque l'objectif préféré des personnes est l'amélioration du fonctionnement d'un rôle, le processus essentiel qui sera offert sera la réhabilitation ; par contre, si les gens attendent d'être soulagés de leurs symptômes, on leur offrira essentiellement un processus de soin ; lorsque les personnes recherchent l'accès aux services dont elles ont besoin, on leur proposera la coordination de plan de services. Repris en partie du projet de programme de soutien communautaire du NIMH, le TABLEAU 2 fournit un aperçu des principaux services de santé mentale pour les personnes présentant une maladie mentale sévère ainsi que le contenu et le résultat sur lesquels se focalise principalement chaque service.

La réhabilitation psychiatrique en tant que processus fondé sur la preuve

La base empirique du processus de réhabilitation psychiatrique puise sa base de connaissances de plusieurs lignes de recherche. Tout d'abord, le processus de réhabilitation psychiatrique s'appuie sur les écrits des chercheurs qui montrent que se sont les objectifs autodéterminés par la personne et la présence des habiletés et des soutiens nécessaires à l'obtention de ces résultats qui sont fortement corrélés avec les résultats de la réhabilitation plutôt que le diagnostic et la symptomatologie. Deuxièmement, la recherche sur le processus de réhabilitation psychiatrique lui-même a prouvé l'impact de la réhabilitation, en particulier sur les résultats concernant l'habitat ou le travail. De plus, la recherche sur des interventions de réhabilitation psychiatrique spécifiques (comme le soutien en emploi) a confirmé certaines

composantes du processus, telle que l'importance d'aider les usagers à établir leurs propres objectifs et à leur fournir les soutiens décisifs.

TABLEAU 2 — Services essentiels dans un système orienté vers le rétablissement

Catégorie de service	Description du contenu du processus	Résultat pour l'utilisateur
Traitement	Allègement des symptômes et de la détresse	Soulagement des symptômes
Intervention de crise	Contrôle et résolution de problèmes critiques ou dangereux	Sécurité personnelle assurée
Coordination de plan de services	Obtention des services dont l'utilisateur a besoin et qu'il souhaite	Accès aux services
Réhabilitation	Développement des habiletés et des soutiens de l'utilisateur et qu'il souhaite	Fonctionnement du rôle
Enrichissement	Engagement des usagers dans des activités épanouissantes et satisfaisantes	Développement personnel
Protection des droits	Plaidoyer pour le respect des droits de chacun	Egalité des chances
Soutien de base	Fournir à l'utilisateur les personnes, les endroits et les choses dont il a besoin pour survivre (par ex. abri, repas, soins de santé)	Survie personnelle assurée
Entraide	Faire entendre sa voix et avoir de l'emprise sur sa propre vie	Pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>)
Bien-être/prévention	Promotion de modes de vie sains	Amélioration de la santé

Adapté de : Cohen, M., Cohen, B., Nemecek, P., Farkas, M. & Forbess, R. (1988), *Psychiatric Rehabilitation Training Technology : Case Management*, Boston : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation et Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Enfin, la littérature scientifique comportementaliste concernant la façon dont *tout* individu change et se développe a fourni des preuves sur la portée des différentes composantes du processus de réhabilitation psychiatrique. La recherche scientifique comportementaliste a trouvé que les individus sont plus aptes à changer de façon positive :

- dans un contexte relationnel positif ;
- lorsqu'ils établissent leurs propres objectifs ;
- lorsqu'on leur enseigne des habiletés ;
- lorsqu'ils reçoivent du soutien ;
- lorsqu'ils ont des attentes positives ou de l'espoir dans l'avenir ;
- lorsqu'ils croient en leur auto-efficacité.

Tous ces éléments du changement mis en évidence par la littérature scientifique comportementaliste sont des ingrédients cruciaux du processus de réhabilitation psychiatrique. En effet, ces éléments du processus de réhabilitation psychiatrique fondés sur les faits, bien qu'ils soient des composantes nécessaires du processus de service de réhabilitation psychiatrique, sont également pertinents dans l'offre des autres services. Par exemple, les personnes recevant des soins sont souvent *éduquées* à la prise de leurs médicaments ; les personnes recevant un service de coordination de plan de services reçoivent une *aide* pour accéder aux services dont elles ont besoin ; les personnes recevant des services

Se sont les objectifs auto-déterminés par la personne et la présence des habiletés et des soutiens nécessaires à l'obtention de ces résultats qui sont fortement corrélés avec les résultats de la réhabilitation plutôt que le diagnostic et la symptomatologie.

d'intervention de crise sont encouragées à croire à leur propre auto-efficacité ; les personnes recevant la plupart des services sont aidées lorsque les praticiens délivrant ce service ont construit avec elles une *relation positive*. La recherche sur laquelle s'appuie le processus de réhabilitation psychiatrique (depuis les années 1970 jusqu'à maintenant) a été menée systématiquement et synthétisée par le Centre de réhabilitation psychiatrique ; les références liées au fondement empirique de la réhabilitation psychiatrique peuvent être trouvées à l'ANNEXE D.

La nature critique de la relation d'aide

La relation entre le praticien et l'utilisateur est primordiale pour le succès du processus de réhabilitation psychiatrique. Une partie de l'efficacité des différentes interventions de réhabilitation réside dans la relation qui se développe entre le praticien et la personne qui reçoit de l'aide. Le praticien peut faciliter le processus par ses habiletés d'écoute faites

La relation entre le praticien et l'utilisateur est primordiale pour le succès du processus de réhabilitation psychiatrique

d'empathie et de respect. En s'engageant auprès de l'utilisateur (et en se connectant avec lui) le praticien augmente les chances que le processus de réhabilitation psychiatrique destiné à aider l'utilisateur permette d'atteindre les objectifs voulus. Dans toute la science comportementaliste ce qui a été trouvé concernant l'importance de la relation pour la réussite des résultats du soutien ou de l'apprentissage est sans doute le sujet le plus documenté. La mise

en œuvre du processus de réhabilitation psychiatrique exige du praticien des habiletés relationnelles. L'échelle de la relation encourageant le rétablissement élaborée par Zlatka Russinova (2006) au Centre de réhabilitation psychiatrique est un moyen utile et efficace de mesurer la qualité de la relation d'aide telle qu'elle est perçue par la personne aidée.

Le processus de réhabilitation psychiatrique et l'assistance médicale (Medicaid)

L'assistance médicale est un programme commun entre le gouvernement fédéral et l'Etat qui fournit une couverture des soins de santé pour les personnes à faible revenu. Le gouvernement fédéral définit, de façon générale, les recommandations pour l'éligibilité et pour ce que couvrent les services. Dans ces recommandations, chaque Etat formule la seule offre d'avantages possibles et les exigences requises pour y avoir droit. L'un des services optionnels de l'assistance médicale concernent « les services de diagnostic, de dépistage, de prévention et de réhabilitation » (Titre 19, Section 1905 (a) (13)). En utilisant cette option, chaque Etat a choisi d'offrir des services de réhabilitation dans le but de réduire l'incapacité et de rétablir le rôle. La loi sur l'assistance médicale clarifie aussi (Titre 19, Section 1901) que l'objectif de la réhabilitation de l'assistance médicale est d'*obtenir* ou de *conserver* la capacité à être autonome ou de veiller soi-même à sa santé. En accord avec les critères de l'assistance médicale en ce qui concerne la réhabilitation, le processus de réhabilitation psychiatrique aide les personnes à préserver (conserver) la capacité d'un fonctionnement plus indépendant, *mais aussi* à atteindre ou à rétablir (obtenir) un fonctionnement approprié à l'âge qui aurait pu être perdue ou ne serait jamais apparue parce que le développement fonctionnel des personnes aurait été stoppé par une maladie mentale sévère. La réhabilitation psychiatrique améliore le rôle et réduit l'incapacité provoquée par une maladie mentale sévère par un double effort visant à développer les habiletés et/ou les soutiens (comme pour la réhabilitation physique où une personne présentant une hémiplégie pourrait être aidée à vivre de façon autonome en apprenant des habiletés de conduite automobile ou en utilisant un véhicule aménagé, par exemple, de commandes manuelles). Les Etats couvrent habituellement l'apprentissage

d'habiletés dans le contexte des services de réhabilitation psychiatrique relevant de l'assistance médicale, dont l'apprentissage des habiletés d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, des habiletés sociales, des habiletés de communication et d'autonomie de soins ; tels que les habiletés concernant les soins d'hygiène corporelle, les tâches ménagères, le faire face, et la gestion budgétaire.

En accord avec les critères de l'assistance médicale en ce qui concerne la réhabilitation, le processus de réhabilitation psychiatrique aide les personnes à préserver (conserver) la capacité d'un fonctionnement plus indépendant, mais aussi à atteindre ou à rétablir (obtenir) un fonctionnement approprié à l'âge qui aurait pu être perdue ou ne serait jamais apparue parce que le développement fonctionnel des personnes aurait été stoppé par une maladie mentale sévère.

Dans le cadre de la réhabilitation psychiatrique, nous avons l'habitude d'utiliser les environnements naturels et des tâches significatives lorsque nous procédons à l'enseignement des habiletés (un peu comme en réhabilitation physique où l'on apprend à la personne à passer de la chaise roulante au lit au sein de son habitation, et pas seulement à l'hôpital). C'est l'expérience et le bon sens qui montrent que l'acquisition et l'utilisation d'une habileté sont meilleures lorsque la tâche est proche de l'environnement réel où elle sera utile (par exemple apprendre comment faire pour suivre des instructions en effectuant un travail dans le milieu professionnel même). L'option réhabilitation de l'assistance médicale facilite cela parce que, contrairement aux autres services de l'assistance médicale, elle peut être délivrée n'importe où (par exemple à domicile, dans le milieu scolaire ou dans la communauté).

Le processus de réhabilitation psychiatrique "s'accorde bien" à l'assistance médicale parce que, comme le montre cet abécédaire, ce processus basé sur les faits a une traçabilité facile et peut être aisément consigné. Le personnel de l'assistance médicale peut ainsi savoir si le processus de réhabilitation psychiatrique a démarré et si oui ou non il évolue en direction des objectifs de la personne. Il est cependant important d'avoir à l'esprit que l'assistance médicale ne finance que des services de soins de santé. Ainsi ne seront pas pris en charge ce qui a trait au domaine professionnel, au domaine scolaire ou qui concerne le gîte et le couvert. Par conséquent, des pratiques telles que le soutien en emploi, le soutien à la scolarité, et le soutien au logement ne seront que très partiellement remboursées par l'assistance médicale.

Les règles de l'assistance médicale nécessitent que tout service soit "médicalement nécessaire" pour la personne en particulier. La "nécessité médicale" pour mettre en œuvre le processus de réhabilitation psychiatrique dans le cadre de l'assistance médicale s'appuie sur deux types de recherches qui corroborent empiriquement et de façon cruciale le lien entre les symptômes psychiatriques et les déficits neurocognitifs pour les personnes présentant une déficience au niveau de leur fonctionnement :

- 1) La recherche qui montre que les symptômes (en particulier les symptômes négatifs) et les déficits neurocognitifs sont un trait fondamental de la maladie mentale sévère, et que ces symptômes et ces déficits affectent systématiquement le fonctionnement. Par exemple, les déficits neurocognitifs des maladies mentales sévères comme les déficits de mémoire, de concentration, et le manque d'habiletés sociales perturbent le fonctionnement des personnes ; de façon similaire, les symptômes négatifs des maladies mentales sévères, tels que l'émoussement affectif, des affects inappropriés,

La mise en œuvre du processus de réhabilitation psychiatrique permet de diagnostiquer, de planifier et d'intervenir en ce qui concerne le fonctionnement altéré d'une personne — fonctionnement lié aux symptômes et aux déficits d'une maladie mentale sévère.

l'alogie, l'avolition, l'asociabilité, et l'inattention affectent également le fonctionnement des personnes.

- 2) La recherche qui montre que le fonctionnement des habiletés spécifiques des personnes est très peu corrélé avec leurs symptômes spécifiques.

Ainsi, puisque les symptômes et les déficits conduisent à des déficiences fonctionnelles, simplement connaître les symptômes ou les déficits particuliers d'une personne ne donne que peu d'information sur son fonctionnement singulier et sur ses objectifs spécifiques. La mise en œuvre du processus de réhabilitation psychiatrique permet de diagnostiquer, de planifier et d'intervenir en ce qui concerne le fonctionnement altéré d'une personne — fonctionnement lié aux symptômes et aux déficits d'une maladie mentale sévère.

Effectuer le suivi du déroulement du processus de réhabilitation psychiatrique

Effectuer le suivi du déroulement du processus de prestation de services

Le déroulement des principales étapes de tout processus de prestation de services déclinées dans le TABLEAU 2, y compris le processus de réhabilitation psychiatriques, peut être suivi. L'hypothèse sous-jacente au suivi est que l'achèvement des différentes étapes du processus de prestation de service rapproche la personne du résultat qu'elle préfère de ce service. Parce qu'on ne peut habituellement pas se permettre d'attendre le résultat final, afin de savoir si l'utilisateur a effectivement reçu le service, ou si des modifications à apporter au plan de service sont nécessaires, il faut estimer par intermittence la façon dont se déroule le processus. S'assurer que le processus de prestation de service se déroule d'une façon logique et telle qu'on l'attendait demande à ce que l'on suive les principales étapes du processus au fur et à mesure de leurs mises en place.

TABLEAU 2 — Services essentiels dans un système orienté vers le rétablissement

Catégorie de service	Description du contenu du processus	Résultat pour l'utilisateur
Traitement	Allègement des symptômes et de la détresse	Soulagement des symptômes
Intervention de crise	Contrôle et résolution de problèmes critiques ou dangereux	Sécurité personnelle assurée
Coordination de plan de services	Obtention des services dont l'utilisateur a besoin et qu'il souhaite	Accès aux services
Réhabilitation	Développement des habiletés et des soutiens de l'utilisateur et qu'il souhaite	Fonctionnement du rôle
Enrichissement	Engagement des usagers dans des activités épanouissantes et satisfaisantes	Développement personnel
Protection des droits	Plaidoyer pour le respect des droits de chacun	Egalité des chances
Soutien de base	Fournir à l'utilisateur les personnes, les endroits et les choses dont il a besoin pour survivre (par ex. abri, repas, soins de santé)	Survie personnelle assurée
Entraide	Faire entendre sa voix et avoir de l'emprise sur sa propre vie	Pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>)
Bien-être/prévention	Promotion de modes de vie sains	Amélioration de la santé

Adapté de : Cohen, M., Cohen, B., Nemecek, P., Farkas, M. & Forbess, R. (1988), *Psychiatric Rehabilitation Training Technology: Case Management*, Boston : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation et Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Avantage du suivi du déroulement du processus de prestation de services

Pour plusieurs raisons il est important de documenter le processus de prestation de services. Tout d'abord cela permet de répondre à la question d'un usager sur comment ça se déroule. Le résultat concret peut prendre tellement de temps à aboutir que le fait d'effectuer un suivi du déroulement du processus permet au participant de savoir rapidement ce qui va suivre. Savoir exactement où se situe l'usager dans le processus est aussi une indication importante pour le praticien afin qu'il puisse procéder aux modifications nécessaires dans la mise en œuvre du processus. Effectuer un suivi du processus permet aux superviseurs de déterminer quel doit être le sujet de la séance de supervision. Les formateurs peuvent analyser quelles parties du processus nécessitent un futur apprentissage. Les administrateurs peuvent modifier leur programme ou les structures de leur système pour renforcer et/ou mieux mettre en place certaines parties du processus. Ceux qui financent peuvent être assurés que le processus pour lequel ils sont en train de payer est bien mis en place. Les chercheurs qui étudient l'action d'un service peuvent évaluer la justesse de l'application du service. Toutes les personnes concernées par le processus de prestation de services bénéficient d'une manière ou d'une autre du suivi du déroulement du processus de prestation de services

Comprendre le déroulement du processus de prestation de services

Comme n'importe lequel des différents services utilisés par les personnes présentant une maladie mentale sévère (TABLEAU 2 page 17), le processus de réhabilitation psychiatrique peut être mieux compris en segmentant le processus en trois phases séquentielles : le diagnostic (évaluation), la planification et l'intervention (DPI). Ce séquençage n'implique pas que le déroulement logique de ces trois phases décrive précisément comment le processus DPI se déroule habituellement. En pratique, certaines étapes peuvent être sautées ou omises, des phases de régression ou de stagnation peuvent apparaître, etc. Cependant, comprendre la logique et le déroulement du processus permet de bien le suivre, tout en gardant à l'esprit que mettre en place des services destinés à venir en aide aux personnes présentant une maladie mentale sévère demeure tout autant un art qu'une science.

Le processus Diagnostic-Planification-Intervention (DPI) de la réhabilitation psychiatrique

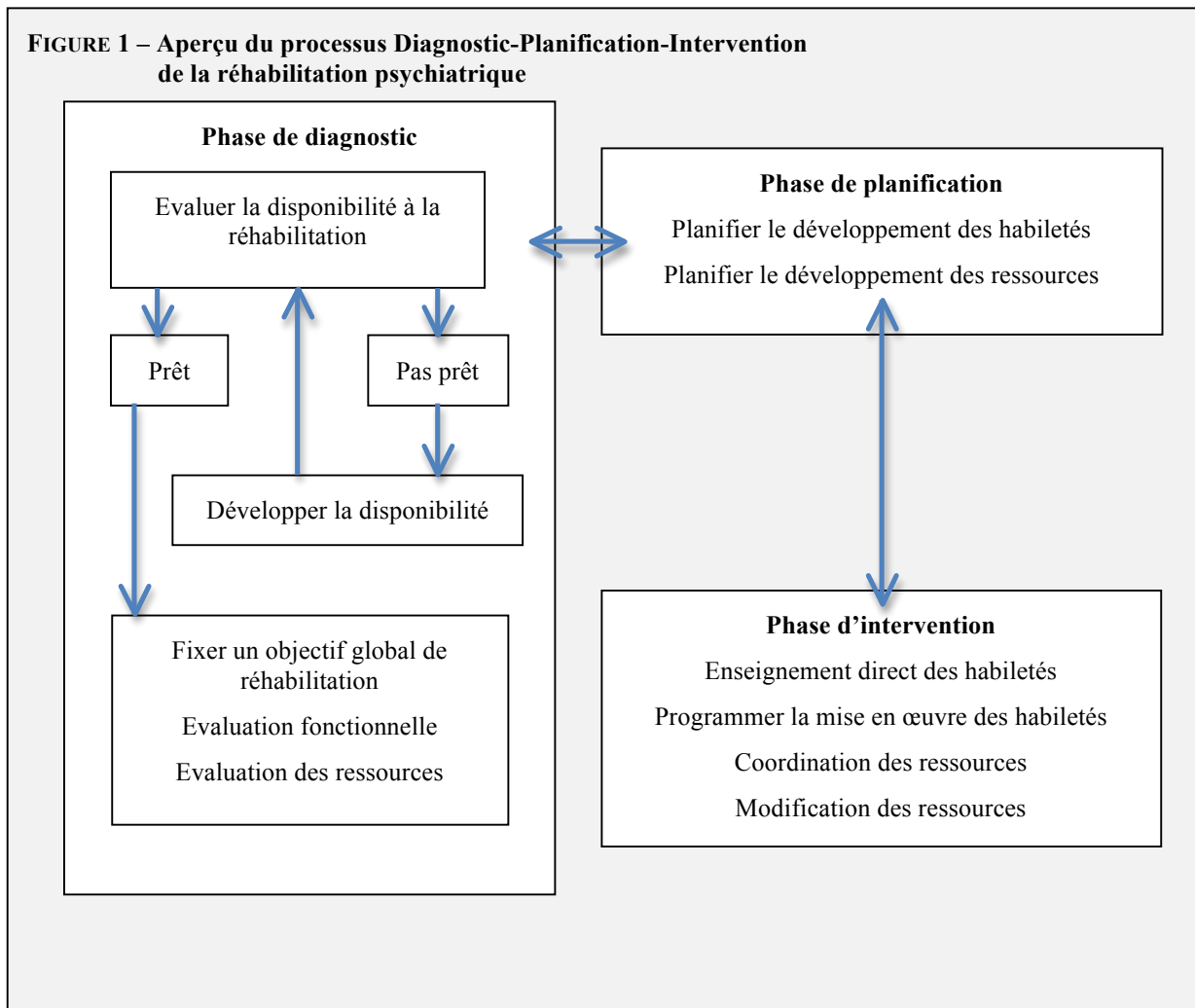
La *phase de diagnostic* du processus de réhabilitation psychiatrique débute lorsque le praticien (ou toute autre personne aidante) aide l'usager à déterminer lui-même sa propre disponibilité à la réhabilitation, ou, si nécessaire, l'aide à développer cette disponibilité. Alors le praticien aide l'usager à fixer son objectif global de réhabilitation et à évaluer ses atouts et déficits en terme d'habiletés et de soutiens en relation avec l'objectif global de réhabilitation. Contrairement au traditionnel diagnostic psychiatrique qui décrit la symptomatologie, le diagnostic de réhabilitation donne une description comportementale de la disponibilité autodéterminée de la personne à s'engager ou à améliorer cette disponibilité, si nécessaire. La phase de diagnostic détermine également les habiletés et les soutiens actuels de la personne (les ressources) nécessaires pour qu'elle puisse rencontrer réussite et satisfaction dans leur environnement résidentiel, éducationnel, social et/ou professionnel.

L'information apportée par ce diagnostic permet à la personne d'élaborer un plan de réhabilitation lors de la *phase de planification*. Le plan de réhabilitation diffère de la majeure

partie des plans de soins dans la mesure où l'objectif d'un plan de soins vise principalement la réduction des symptômes. Un plan de réhabilitation spécifie de quelles façons développer les habiletés et/ou les soutiens pour réaliser les objectifs globaux de réhabilitation de la personne. Le plan de réhabilitation diffère également de ce que l'on appelle parfois un plan de service individualisé. La différence essentielle étant ses objectifs de développement des habiletés et des ressources à haute priorité, et ses interventions pour chaque objectif plutôt que simplement identifier des prestataires de service potentiels ou de programmer des activités.

Le plan de réhabilitation... diffère également de ce que l'on appelle parfois un plan de service individualisé... [dans le sens où il identifie] les objectifs de développement des habiletés et les ressources à haute priorité, et les interventions pour chaque objectif plutôt que simplement identifier des prestataires de service potentiels ou de programmer des activités.

Lors de la *phase d'intervention*, le plan de réhabilitation est mis en œuvre pour réaliser l'objectif global de réhabilitation en changeant la personne et/ou l'environnement de la personne soit en développant les habiletés de la personne et/ou en développant les soutiens environnementaux de la personne. La figure 1 montre un aperçu du processus DPI de la réhabilitation psychiatrique.



Un exemple de suivi du processus de réhabilitation psychiatrique

Le centre de réhabilitation psychiatrique de l'Université de Boston a participé à plusieurs démonstrations du suivi du processus de réhabilitation psychiatrique. Le TABLEAU 3 (page 21) est un exemple des étapes qui ont été observées lors d'une démonstration menée par le centre pour le rétablissement du centre de réhabilitation psychiatrique. Le processus de réhabilitation psychiatrique se compose de plusieurs sous-étapes reliées à chaque principale étape. L'ANNEXE A présente la liste de toutes les étapes principales et quelques sous-étapes pour chacune d'entre-elles. Cependant, en ne conservant la trace que des principales étapes mises en place, le processus de réhabilitation psychiatrique peut être documenté pour le bénéfice de toutes les personnes impliquées. Le centre pour le rétablissement a développé une fiche papier ainsi qu'une méthode électronique pour noter systématiquement l'information concernant le processus aux différentes étapes majeures illustrées dans le TABLEAU 3.

Jusqu'à quel point le suivi doit-il être détaillé ?

Comme nous l'avons noté précédemment, il y a de multiples bénéfices à procéder au suivi. Pourtant, effectuer un suivi du processus de prestation de service n'est pas une tâche qui vient facilement et naturellement chez la majeure partie des individus œuvrant pour aider les personnes présentant une maladie mentale sévère. La question fondamentale pour tous ceux qui essaient d'effectuer ce suivi est—jusqu'à quel niveau de spécificité le processus devrait-il être documenté ? En se basant sur plusieurs années d'expériences, effectuer le suivi des principales étapes du TABLEAU 3 semble représenter le niveau minimum qui doit être appliqué. Effectuer le suivi des principales étapes et des sous-étapes présentées à l'ANNEXE A, bien que ce soit possible, serait excessif pour la plupart des organisations. Toutefois la liste des principales étapes et des sous-étapes de l'ANNEXE A pourrait être utile aux superviseurs et aux formateurs en difficulté concernant le processus pour spécifier là où il y aurait besoin de supervision ou de formation.

Qu'en est-il du niveau de spécificité de l'intervention elle-même ?

La spécificité du suivi mène directement à se questionner sur le niveau de spécificité du processus d'intervention pour lequel on effectue le suivi. La formalité, la spécificité et la documentation du processus de réhabilitation psychiatrique varient de façon significative en fonction des praticiens, des contextes et des programmes.

A son niveau le plus générique d'application, le processus de réhabilitation psychiatrique engage les personnes à trouver les objectifs qu'ils désirent atteindre dans leurs rôles résidentiel, éducationnel, professionnel et/ou social et à développer les habiletés et les soutiens nécessaires pour y parvenir. Dans certains lieux d'application et dans certains programmes, ce processus se déroule dans un environnement qui est structuré de manière à ce que le processus de réhabilitation psychiatrique s'enclenche, mais d'une façon indirecte, moins formelle et moins documentée (par exemple les Clubhouses, les centres d'accueil). Dans d'autres programmes de réhabilitation psychiatrique, ce processus est directement facilité et documenté par un praticien (par exemple dans les endroits et programmes où l'on utilise l'approche Choisir-Obtenir-Garder développée par le centre de réhabilitation psychiatrique de l'université de Boston).

TABEAU 3—Fiche pour le suivi du processus de réhabilitation psychiatrique

Phase de diagnostic	Phase de planification	Phase d'intervention
Evaluation de la disponibilité <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>	Etablir un plan de réhabilitation pour améliorer les habiletés <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>	Enseignement direct des habiletés <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>
Développement de la disponibilité <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>	Etablir un plan de réhabilitation pour améliorer les soutiens <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>	Programmer la mise en œuvre des habiletés <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>
Définir un objectif autodéterminé <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>		Coordination des ressources <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>
Evaluation fonctionnelle <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>		Modification des ressources <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>
Evaluation des ressources <input type="checkbox"/> Au début <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <hr/> <hr/> <hr/>		

Adapté de : Anthony, W.A., Cohen, M.R. & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

D'autres applications de la réhabilitation psychiatrique sont une combinaison entre un environnement de réhabilitation structuré et une approche plus structurée du praticien telle que développée à l'université de Boston. Même avec de telles différences dans la manière dont est structuré le processus de réhabilitation au sein des différents contextes et programmes de réhabilitation, au minimum, les descriptions du processus devraient être capable de conserver une trace des principales dimensions du processus listées au TABLEAU 3.

Le TABLEAU 4 montre des exemples de questions qui peuvent aider à catégoriser précisément les principales étapes du processus de réhabilitation psychiatrique dont on doit assurer le suivi dans tout programme de réhabilitation psychiatrique quelque soit la spécificité du contexte du programme. Que le processus soit formel ou informel, qu’il soit mis en œuvre directement ou indirectement, on doit pouvoir assurer le suivi de l’essentiel pour toutes les raisons mentionnées précédemment. D’une manière ou d’une autre, les personnes que l’on aide à obtenir un rôle valorisé doivent vivre un processus de réhabilitation psychiatrique d’une forme ou d’une autre.

Que le processus soit formel ou informel, qu’il soit mis en œuvre directement ou indirectement, on doit pouvoir assurer le suivi de l’essentiel...

TABLEAU 4 — Questions pour aider à catégoriser correctement les activités		
Phase de diagnostic	Phase de planification	Phase d’intervention
<i>Est-ce que la personne</i>	<i>Est-ce que la personne</i>	<i>Est-ce que la personne</i>
<ul style="list-style-type: none"> pense vouloir s’engager dans un processus de changement, et s’y sent-elle préparée ? (Evaluation de la disponibilité) 	<ul style="list-style-type: none"> se prépare à fixer, en tant qu’objectif à atteindre, la réduction des déficits les plus importants, parmi tous les éléments révélés par l’évaluation fonctionnelle et l’évaluation des ressources ? 	<ul style="list-style-type: none"> apprend des nouvelles habiletés étroitement liées à la réussite et à la satisfaction dans l’environnement et/ou pour le rôle qu’elle désire ? (Enseignement direct des habiletés)
<ul style="list-style-type: none"> s’est engagée dans des activités permettant d’améliorer sa disponibilité ? (Développement de la disponibilité) 	<ul style="list-style-type: none"> s’est engagée à répondre aux objectifs par l’apprentissage direct des habiletés ou en programmant des interventions permettant de les mettre en œuvre ? Sait-elle quelle activité ou quelle agence le lui permettra ? 	<ul style="list-style-type: none"> surmonte les obstacles à la mise en œuvre des habiletés qui sont étroitement liées à la réussite et à la satisfaction dans l’environnement et/ou pour le rôle qu’elle désire ? (Programmation de la mise en œuvre des habiletés)
<ul style="list-style-type: none"> s’est engagée à comprendre ses valeurs et ses critères lui permettant de choisir un rôle et un environnement à atteindre d’ici 6 à 24 mois ? (Définir un objectif) 	<ul style="list-style-type: none"> a reçu l’information, concernant chaque intervention, sur qui le fera, où, quand cela va-t-il commencer et se terminer ? 	<ul style="list-style-type: none"> est aidée à obtenir une ressource existante qui est étroitement liée à la réussite et à la satisfaction dans l’environnement et/ou pour le rôle qu’elle désire ? (Coordination des ressources)
<ul style="list-style-type: none"> a évalué si elle peut ou non fonctionner suffisamment bien dans le cadre de son objectif ? (Evaluation fonctionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> se prépare à ce que ses objectifs en termes de ressources répondent aux interventions de coordination ou de modification des ressources ? 	<ul style="list-style-type: none"> s’aménage ou modifie de nouvelles ressources qui sont absentes mais néanmoins essentielles pour obtenir réussite et satisfaction dans l’environnement et/ou pour le rôle qu’elle désire ? (Modification des ressources)
<ul style="list-style-type: none"> a évalué si elle possède ou non les soutiens qui lui permettront d’atteindre son objectif ? (Evaluation des ressources) 	<ul style="list-style-type: none"> a reçu l’information, concernant chaque intervention, sur qui le fera, où, quand cela va-t-il commencer et se terminer ? 	

Effectuer le suivi du processus DPI pour différents services

Comme nous l’avons précédemment noté, le contenu du processus DPI de la réhabilitation psychiatrique est focalisé sur les objectifs, les habiletés et les soutiens. Pour les services de soins, le processus de traitement est centré sur les symptômes et la souffrance. En ce qui concerne la coordination de plan de services (ou de soins), le processus se focalise sur les services dont l’usager a besoin et qu’il recherche, de même pour les autres services. Nous le redisons, ce qui distingue les services les uns des autres est le contenu du processus DPI et ses résultats. Ce qui reste commun à tous les services c’est le processus DPI.

Ce qui distingue les services les uns des autres est le contenu du processus DPI et ses résultats. Ce qui reste commun à tous les services c’est le processus DPI.

Le TABLEAU 5 donne des exemples de la façon dont le Centre du rétablissement à l’université de Boston différencie le processus de réhabilitation psychiatrique des autres processus délivrant des services aux personnes présentant une maladie mentale sévère. Notez que les différences au sein du processus DPI pour chacun des services résident dans le contenu spécifique de ce qui est diagnostiqué, planifié et de l’intervention mise en place dans le but d’obtenir le résultat d’un seul usager.

TABLEAU 5 — Exemple du centre du rétablissement : suivre les principales étapes d’autres processus prestataires de services		
Coordination de plan de services (de plan de soins)		
Aide à la surveillance, à la planification et à l’accès du participant à un service dont il a besoin et qu’il recherche		
Phase de diagnostic	Phase de planification	Phase d’intervention
Examen du fonctionnement quotidien	Etablir un plan de service	Fournir un service de coordination des soins
Clarification des problèmes du participant	Aider le participant dans la planification du processus	Donner l’accès aux services de soins
Définir les objectifs du service		Surveiller l’utilisation du service de soins
Choisir les stratégies		
Santé et bien-être		
Aider la personne à améliorer ou à maintenir sa santé ou son bien-être		
Phase de diagnostic	Phase de planification	Phase d’intervention
Etablir la relation avec le participant	Etablir un plan de santé et de bien-être	Développer des comportements d’amélioration de la santé
Évaluer le niveau d’état de santé	Aider le participant dans la planification du processus	Développer les ressources permettant de produire ces comportements
Développer la disponibilité pour une remise en forme		Aider à la mise en œuvre de ces comportements
Définir des objectifs de santé et de bien-être		
Services d’enrichissement personnel		
Offrir au participant des activités ou l’y engager afin qu’il améliore son style et sa qualité de vie		
Phase de diagnostic	Phase de planification	Phase d’intervention
Identifier les besoins et les valeurs en termes d’enrichissement	Planification des activités propres à l’enrichissement	Fournir des activités propres à l’enrichissement
Évaluer les options d’enrichissement	Aider la personne à participer à la planification	Accompagner la personne dans ces activités
Choisir des activités propres à l’enrichissement		Aider la personne à participer à ces activités

Les activités habituelles du DPI tout au long du processus

Comme nous l'avons vu au TABLEAU 5, le processus DPI apparaît dans tous les services. Le TABLEAU 6 est un exemple de la façon dont le Centre du rétablissement essaye de décrire les activités habituelles au cours des phases DPI pour ces services qui sont souvent mis en place en conjonction avec le service de réhabilitation psychiatrique. Comme nous l'avons déjà dit, les activités du DPI pour tout type de service peuvent être menées de façon formelle ou informelle sous la direction d'un praticien et/ou en adaptant le contexte du programme afin qu'il facilite indirectement ces activités du processus DPI. Mais l'essentiel est que les activités DPI menées au sein d'un processus délivrant un service spécifique puissent être l'objet d'un suivi. En dehors de l'accent mis par cet abécédaire, il serait certainement très utile que tous les services soit l'objet d'un suivi lorsqu'ils utilisent le processus DPI habituel.

TABLEAU 6 — Questions pour aider à catégoriser correctement les activités au cours des différentes étapes du processus DPI

Phase de diagnostic	Phase de planification	Phase d'intervention
Est-ce que moi-même, ou l'environnement évalue, mesure, surveille, estime, analyse, juge, tire des conclusions et/ou aide le participant à réaliser l'une des tâches de la phase du diagnostic ?	Est-ce que moi-même ou l'environnement aménage, établit, programme, organise, élabore, prépare ou aide le participant à réaliser l'une des tâches de la phase de planification ?	Est-ce que moi-même ou l'environnement met un plan en œuvre ou s'engage avec le participant dans une activité liée à l'objectif ?

La traçabilité du processus de réhabilitation psychiatrique

Importance des comptes rendus

Il est bien entendu que les gens notent ce qui est vraiment important dans leur vie ; les sommes dépensées sur leur chéquier, les aliments que l'on doit acheter (liste de courses), leur emploi du temps mensuel, etc. Cependant certaines personnes exigent que d'autres choses soient conservées, comme les bulletins de naissance, les certificats de mariage, les déclarations de revenus, les passeports, etc. Les comptes rendus de ce qui s'est passé au cours du processus de réhabilitation psychiatrique revêtent une importance similaire. Noter littéralement le processus de réhabilitation psychiatrique peut aider à changer la vie d'une personne—et peut avoir autant de valeur que noter un emploi du temps mensuel ou écrire le solde dans son carnet de comptes. Il faut bien admettre l'importance que revêt le fait de noter les choses dans de nombreux domaines de notre vie, y compris la réhabilitation psychiatrique.

Noter littéralement le processus de réhabilitation psychiatrique peut aider à changer la vie d'une personne—et peut avoir autant de valeur que noter un emploi du temps mensuel ou écrire le solde dans son carnet de comptes.

Les différences entre effectuer le suivi et les comptes rendus

Effectuer le suivi permet aux personnes de savoir que le processus progresse de façon logique ; que le processus est mis en place. Les comptes rendus permettent aux personnes de savoir exactement quel avancement est en cours dans le processus. Avoir des comptes rendus c'est plus que savoir que quelque chose a été fait (comme dans le suivi), c'est connaître les résultats de ce qui a été fait. Effectuer le suivi permet de conserver les étapes d'un processus en bonne voie ; faire des comptes rendus permet de noter la nature des progrès que réalise la personne au cours du processus qui est suivi.

Effectuer le suivi permet aux personnes de savoir que le processus progresse de façon logique ; que le processus est mis en place. Les comptes rendus permettent aux personnes de savoir exactement quel avancement est en cours dans le processus.

Jusqu'à quel point les comptes rendus doivent-ils être détaillés ?

De la même façon que lorsqu'on effectue le suivi du processus de la prestation de service, il y a des limites dans la manière d'effectuer les comptes rendus et dans leur précision. Le centre de réhabilitation psychiatrique a conçu des comptes rendus pour chacune des étapes principales et pour les sous-étapes présentées à l'ANNEXE A. Cependant, de la même façon qu'effectuer le suivi de toutes ces étapes pouvait se révéler excessif, il en sera de même, pour certaines organisations, dans la réalisation des comptes rendus des progrès de l'utilisateur à toutes les étapes. Au minimum, faire le compte-rendu de la façon dont l'utilisateur participe aux principales étapes paraît valable et efficace.

L'ANNEXE B décrit un usager et présente les fiches remplies pour cette personne seulement aux principales étapes. L'exemple de l'ANNEXE B est tiré et adapté du manuel intitulé *Psychiatric Rehabilitation* (Anthony Cohen, Farkas, & Gagne, 2002).

Compte-rendu des étapes du DPI du processus de la réhabilitation psychiatrique

Au minimum, des comptes rendus devraient être établis pour les principales étapes concernant :

1. L'évaluation et le développement de la disponibilité
2. Fixer un objectif global
3. L'évaluation fonctionnelle
4. L'évaluation des ressources
5. Les phases de planification et d'intervention

Ces comptes rendus devraient servir à illustrer le fait que l'utilisateur a bien lui-même évalué sa disponibilité et que, si cela s'avère nécessaire, des activités de développement de la disponibilité ont été identifiées ; qu'un objectif global de réhabilitation a été fixé ; que les habiletés et les soutiens nécessaires à cet objectif ont été spécifiés ; et que des interventions visant à développer ces habiletés et ces soutiens sont en cours telles qu'elles ont été planifiées.

Modèle de fiche de compte-rendu concernant l'évaluation et le développement de la disponibilité à la réhabilitation dans la phase de diagnostic du processus de réhabilitation psychiatrique

L'évaluation du niveau de disponibilité aide les personnes à se rendre compte de leur volonté immédiate à participer aux activités de réhabilitation visant à agir sur le fonctionnement de leur rôle. Si, lors du processus d'évaluation de leur disponibilité, elles se rendent compte qu'elles ne sont pas prêtes, des activités de développement de la disponibilité vont les aider à augmenter leur niveau de connaissance et d'espoir sur les possibilités que leur réserve la réhabilitation. L'évaluation de la disponibilité aide les individus à « juger par eux-mêmes » s'il est judicieux ou non de s'engager dans des services de réhabilitation au sein d'un environnement de vie, de formation, de travail ou d'activités sociales bien particulier. La disponibilité à la réhabilitation est un indicateur de l'engagement personnel et de l'intérêt porté à la réhabilitation ; *ça n'est pas une évaluation de la capacité à réussir sa réhabilitation*. Les personnes sont différentes dans leur niveau de disponibilité à la réhabilitation, tout comme elles ne sont pas prêtes de la même façon pour tout changement possible, tel qu'un changement d'établissement scolaire, un mariage, un déménagement ou se mettre à un programme d'exercices physiques.

L'évaluation de la disponibilité aide les individus à « juger par eux-mêmes » s'il est judicieux ou non de s'engager dans des services de réhabilitation au sein d'un environnement de vie, de formation, de travail ou d'activités sociales bien particulier.

Une fiche qui va permettre de rendre compte de l'évaluation ou du développement de la disponibilité à la réhabilitation doit présenter cinq dimensions indépendantes de la disponibilité personnelle de l'utilisateur (voir le TABLEAU 7). Ces dimensions sont :

1. **Le besoin de changer**—mis en évidence par un manque de réussite ou de satisfaction dans un environnement spécifique de vie, de formation, de travail ou de contacts sociaux ;
2. **La volonté de changer**—mise en évidence par la conviction que le changement est personnellement souhaitable et possible ;
3. **La proximité interpersonnelle**—mise en évidence par la relation interpersonnelle entre l'utilisateur et la personne qui soutient la réhabilitation ;
4. **La conscience de soi**—mise en évidence par la prise de conscience de ses propres valeurs et de ses intérêts concernant un environnement particulier ; et

5. **La conscience de l’environnement**—mise en évidence par la prise de conscience des différents types de lieu de vie, de formation, de travail et/ou de contacts sociaux et de leurs caractéristiques dans lesquels la personne désire rencontrer succès et satisfaction.

La fiche qui va permettre de rendre compte de l’évaluation ou du développement de la disponibilité à la réhabilitation comporte également un endroit où décrire la disponibilité aux activités de développement de la disponibilité, c’est à dire des activités motivationnelles ou des activités d’apprentissage qui vont améliorer la disponibilité personnelle de la personne. Les activités de développement de la disponibilité mettent en lumière si c’est ou non le moment d’aller plus loin dans le processus de réhabilitation. Ces activités de développement de la disponibilité s’adressent à chacune des cinq dimensions où l’évaluation a montré que la personne pensait qu’elle n’était pas prête. Une fiche vierge que l’on peut utiliser pour rendre compte à la fois de l’évaluation de la disponibilité à la réhabilitation et de son développement se trouve à l’ANNEXE C (page 43).

TABLEAU 7—Compte rendu de l’évaluation de la disponibilité et de son développement					
Usager :	Praticien :		Environnement :		Date :
	Besoin	Volonté	Proximité	Conscience de soi	Conscience de l’environnement
5 (Elevé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 (Bas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusions :					
	<input type="checkbox"/> Prêt	<input type="checkbox"/> Prêt	<input type="checkbox"/> Prêt	<input type="checkbox"/> Prêt	<input type="checkbox"/> Prêt
	<input type="checkbox"/> Incertain	<input type="checkbox"/> Incertain	<input type="checkbox"/> Incertain	<input type="checkbox"/> Incertain	<input type="checkbox"/> Incertain
	<input type="checkbox"/> Pas prêt	<input type="checkbox"/> Pas prêt	<input type="checkbox"/> Pas prêt	<input type="checkbox"/> Pas prêt	<input type="checkbox"/> Pas prêt
Activités de développement de la disponibilité					

Adapté de : Farkas, M., Cohen, M., McNamara, S., Nemeec, P., & Cohen, B. (2000). <i>Psychiatric rehabilitation training technology. Assessing readiness for rehabilitation</i> . Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.					

Modèle de fiche de compte-rendu concernant l’établissement de l’objectif global de réhabilitation lors de l’étape de diagnostic dans la réhabilitation psychiatrique

L’objectif global de réhabilitation identifie l’environnement particulier dans lequel la personne choisit d’aller vivre, se former, avoir des contacts sociaux et/ou travailler dans un laps de temps de 6 à 24 mois. Si l’on fixe plus qu’un seul objectif, alors une évaluation fonctionnelle et une évaluation des ressources sera menée séparément pour chaque objectif et les comptes rendus en seront établis. L’environnement spécifique pour lequel on fixe l’objectif peut être celui où habituellement la personne vit, se forme, a des contacts sociaux ou travaille et où elle désire demeurer ; ou bien un environnement où la personne désire aller dans un ou deux ans. Fixer un objectif global de réhabilitation consiste à identifier un environnement spécifique et un calendrier.

Voici quelques exemples d'objectifs globaux de réhabilitation :

- Résider dans un appartement du foyer Les chênes verts jusqu'au mois de septembre de l'année prochaine.
- S'inscrire au printemps à un cours de soutien au lycée communautaire Victor Hugo pour le prochain semestre.
- Travailler encore six mois dans le programme d'emploi de transition chez Genesis.
- Fréquenter une fois par semaine le centre de jour avant janvier prochain.

Choisir un objectif global de réhabilitation est essentiellement un processus systématique de résolution de problème, au cours duquel les objectifs environnementaux possibles sont évalués au regard des seuls critères personnels et valeurs de l'utilisateur dans le but de choisir l'objectif qui satisfasse le plus les valeurs les plus importantes pour la personne.

Fixer un objectif global concret se fait de façon formelle ou informelle par la plupart des gens dès lors qu'ils choisissent un objectif spécifique parmi différents objectifs alternatifs. La fiche concernant le choix d'un objectif de réhabilitation (TABLEAU 8), permet de noter explicitement le processus de choix de l'objectif et garantit que la tâche consistant à établir l'objectif s'est faite de la façon la plus compréhensible, systématique et observable. On trouvera à l'ANNEXE C (page 44) une fiche vierge pour noter le processus de choix de l'objectif. Cependant, avec ou sans cette fiche, la réhabilitation psychiatrique aide les personnes à choisir leur objectif de réhabilitation en les engageant dans un processus de résolution de problème au moyen duquel ils choisissent les objectifs qu'ils estiment être le plus en accord avec leurs principaux critères et valeurs personnels.

Les objectifs environnementaux potentiels sont évalués en fonction des seuls critères personnels et valeurs de la personne dans le but de choisir l'objectif qui satisfasse le plus les valeurs les plus importantes pour la personne.

TABLEAU 8 — Choisir un objectif					
Usager :		Praticien :		Environnement :	
				Date :	
Environnements des objectifs alternatifs**					
Critères personnels	Coefficients*	1.	2.	3.	En cours
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Score idéal = Coefficient x 5					
*Les critères personnels sont pondérés à l'aide d'une échelle à 10 points, 10 étant le plus fort coefficient					
**Un environnement alternatif spécifique est évalué sur une échelle à 5 points en ce qui concerne son adéquation avec les critères personnels, 5 étant le plus haut niveau d'adéquation.					
Commentaires :					

Cohen, M., Farkas, M., Cohen, B., & Unger, K. (1991, 2007). <i>Psychiatric rehabilitation training technology : Setting an overall rehabilitation goal</i> . Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.					

Modèle de fiche de compte-rendu concernant l'évaluation fonctionnelle et l'évaluation des ressources lors de l'étape de diagnostic dans la réhabilitation psychiatrique

L'objectif global de réhabilitation est noté à la fois en haut de la fiche concernant l'évaluation fonctionnelle et de celle concernant l'évaluation des ressources.

L'objectif global de réhabilitation focalise l'évaluation fonctionnelle et l'évaluation des ressources sur les habiletés et les soutiens qui sont pertinents pour la réussite et la satisfaction de la personne dans l'environnement relatif à son objectif. L'évaluation fonctionnelle rend compte du niveau de fonctionnement actuel et de celui qui serait nécessaire en ce qui concerne les habiletés critiques indispensables pour atteindre l'objectif de réhabilitation. L'évaluation des ressources, quant à elle, rend compte du niveau actuel des soutiens et de ce qui serait nécessaire pour atteindre ce même objectif. Les habiletés et les soutiens sont décrits en termes observables, mesurables, et objectivables autant que faire se peut.

Voici quelques exemples d'habiletés et de soutiens :

- Le nombre de fois où, par semaine, l'utilisateur converse avec sa famille lors des repas ;
- La proportion de temps où, par semaine, l'utilisateur s'exprime de façon calme lorsqu'il est contrarié.
- Le nombre de fois où, par mois, quelqu'un peut conduire l'utilisateur à son travail.

Les TABLEAUX 9 et 10 sont des fiches vierges qui peuvent être utilisées pour noter l'objectif global de réhabilitation, l'évaluation fonctionnelle et l'évaluation des ressources. Remarquez que la fiche concernant l'évaluation fonctionnelle pose nommément les habiletés critiques tandis que la fiche concernant l'évaluation des ressources identifie les soutiens critiques (ressources). Voici quelques exemples d'habiletés et de ressources que l'on a déjà évoquées : habiletés conversationnelles, expression des émotions, conduite automobile, habiletés de recherche d'emploi. D'autres fiches vierges concernant l'évaluation fonctionnelle et l'évaluation des ressources se trouvent à l'ANNEXE C (pages 45 & 46)

TABLEAU 9 — Fiche d'évaluation fonctionnelle				
Usager :		Praticien :		Environnement :
				Date :
Objectif global de réhabilitation :				
Forces/Déficits	Habiletés critiques	Description de la mise en œuvre de l'habileté	Niveau de l'habileté	
			Actuel	Nécessaire

Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

TABLEAU 10 — Fiche d'évaluation des ressources				
Usager :		Praticien :		Environnement :
				Date :
Objectif global de réhabilitation :				
Forces/Déficits	Ressources critiques	Description de la mise en œuvre des ressources	Niveau des ressources	
			Actuel	Nécessaire
Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). <i>Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment</i> . Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.				

Modèle de fiche de compte-rendu concernant la planification et les interventions au cours des étapes d'évaluation et d'intervention de la réhabilitation psychiatrique

La fiche concernant la planification et les interventions découle directement des fiches liées au diagnostic. En rédigeant le plan de réhabilitation on note qui est responsable de faire quoi, quand, pendant combien de temps et où. Les fiches concernant le diagnostic de réhabilitation qui ont été précédemment remplies répondent à la question : « pourquoi ? ». Faire le compte-rendu des interventions de réhabilitation (et de toutes les modifications apportées) pose la question : « quels sont nos résultats ? ». L'intervention spécifique visée pour chaque habileté et chaque ressource repérées est bien notée, avec à chaque fois la personne responsable de sa mise en œuvre et de sa supervision. Les dates de début et de fin sont indiquées. Au fur et à mesure de la réalisation des interventions, on utilise la même fiche pour noter les changements concernant l'évolution de chaque habileté ou chaque ressource. La fiche pour le plan de réhabilitation et le planning des interventions (voir le TABLEAU 11, page 31) laisse aussi une place en haut de page pour noter l'objectif global de réhabilitation, ainsi qu'une ligne en bas de page pour la signature de l'utilisateur qui notifiera ainsi son accord pour le plan et le planning des interventions, et sa participation à leurs réalisations.

Notez que les objectifs concernant le développement des habiletés et des ressources, tout comme l'objectif global de réhabilitation, sont simplement repris de la fiche d'évaluation fonctionnelle et de la fiche d'évaluation des ressources. N'oubliez pas que l'ANNEXE B donne un exemple de toutes les fiches (TABLEAUX 7, 8, 9, 10 et 11) remplies pour un usager et l'ANNEXE C fournit des fiches vierges supplémentaires.

TABLEAU 11 — Plan de réhabilitation et planning des interventions				
Usager :		Praticien :		Environnement :
				Date :
Objectif global de réhabilitation :				
Objectifs de développement des habiletés prioritaires et des ressources	Interventions	Personne(s) responsable(s)	Dates de début prévues et effectives	Dates d'achèvement
		Promoteur : Prestataire : Superviseur :		
		Promoteur : Prestataire : Superviseur		
		Promoteur : Prestataire : Superviseur		
		Promoteur : Prestataire : Superviseur		

J'ai participé à l'élaboration de ce plan et celui-ci reflète mes objectifs

Signature :

Adapté de : Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Résumé

Les documents qui permettent de suivre et de noter le processus de diagnostic, de planification et d'intervention sont d'une nécessité de plus en plus accrue dans le champ de la santé mentale. Mieux comprendre ce qui constitue les processus des différents services permet d'en améliorer le suivi et la traçabilité, même en ce qui concerne le processus de réhabilitation psychiatrique. Nul doute que la pression économique de l'ensemble du système de santé nous pousse à un suivi et à une traçabilité précis, et apparaît actuellement le besoin de documenter ce qui est financé. Moins de ressources financières passe habituellement par une demande accrue de responsabilité, et c'est encore ce qui se passe. Cette fois-ci, cependant, le champ de la réhabilitation psychiatrique est prêt à se soumettre à cette obligation. Comme le démontre clairement cet abécédaire de la réhabilitation psychiatrique, le processus de réhabilitation psychiatrique possède un fondement empirique pertinent ; il s'agit d'un processus compréhensible qui peut être mis en place par différents types de personnes, dans toute une variété de contextes et de programmes ; il s'agit également d'un processus qui permet suivi et traçabilité.

le processus de réhabilitation psychiatrique possède un fondement empirique pertinent ; il s'agit d'un processus compréhensible qui peut être mis en place par différents types de personnes, dans toute une variété de contextes et de programmes ; il s'agit également d'un processus qui permet suivi et traçabilité.

La clef est que ...le bénéficiaire du service se sente prêt ou le devienne, qu'un objectif de réhabilitation soit fixé, que ce que la personne a besoin de faire ou d'avoir pour atteindre son objectif soit identifié, et que les habiletés et les soutiens (ressources) nécessaires aient été développés.

N'oubliez pas que le processus de réhabilitation psychiatrique peut être mis en œuvre au travers d'un environnement structuré autant que par les activités significatives du praticien. La clef est que le processus de réhabilitation psychiatrique se produise—c'est à dire que le bénéficiaire du service se sente prêt ou le devienne, qu'un objectif de réhabilitation soit fixé, que ce que la personne a besoin de faire ou d'avoir pour atteindre son objectif soit identifié, et que les habiletés et les soutiens (ressources) nécessaires aient été développés.

N'oubliez pas non plus qu'en ce qui concerne l'environnement aidant, il peut, quel qu'il soit, être significativement structuré de façon à faciliter directement le processus de réhabilitation psychiatrique. L'environnement d'un centre communautaire de santé mentale, un Clubhouse, un programme de jour, un centre de réhabilitation psychosociale, un programme de rétablissement, etc., peuvent aider à l'émergence du processus de réhabilitation psychiatrique. Depuis 1982, le Centre de Réhabilitation Psychiatrique s'est évertué à identifier et à affiner les éléments contextuels pouvant aider à l'implantation d'un processus DPI de réhabilitation psychiatrique dans quelque environnement qu'il soit. Le TABLEAU 12 (page 34) présente la dernière version de ces critères. Les contextes ou les environnements susceptibles de rencontrer au moins quelques ne de ces éléments font preuve d'une volonté et d'une capacité à mettre en place un processus de réhabilitation psychiatrique.

L'environnement aidant, quel qu'il soit, peut être significativement structuré de façon à faciliter directement le processus de réhabilitation psychiatrique. L'environnement d'un centre communautaire de santé mentale, un Clubhouse, un programme de jour, un centre de réhabilitation psychosociale, un programme de rétablissement, etc., peuvent aider à l'émergence du processus de réhabilitation psychiatrique

Enfin, il convient de signaler que, dans n'importe lequel de ces environnements, suivre et renseigner la traçabilité du processus peut être complexe parce que des individus

impliqués dans tout type d'environnement peuvent prendre part aux mêmes activités dans le but de réaliser des parties différentes du processus de réhabilitation. Par exemple, suivre un cours de diététique peut être utile pour aider une personne spécifique à *devenir* prête à essayer d'autres activités éducatives ; pour une autre personne ce même cours pourrait être *une intervention d'enseignement d'une habileté* pertinente pour son projet à long terme d'une vie autonome ; pour une autre personne encore, il s'agira d'*une intervention d'enseignement d'une habileté* pour un projet à long terme différent, par exemple aider la personne à atteindre un objectif relatif à l'éducation des enfants ; pour une personne différente encore, ce cours sera l'occasion de fournir une *évaluation fonctionnelle* des habiletés de cette personne en ce qui concerne la diététique, et ainsi de suite. Il est important pour l'équipe du programme de réhabilitation psychiatrique d'aider les personnes en sachant qu'elles parties du processus sont en train d'être réalisées par telle ou telle activité DPI. Ces personnes sont en priorité les bénéficiaires du service, mais aussi la famille, les autres prestataires, les superviseurs, et les organismes payeurs. Le praticien en réhabilitation psychiatrique et l'environnement dans lequel il intervient n'existent pas pour offrir des activités simplement occupationnelles, mais plutôt pour faire progresser le processus de réhabilitation psychiatrique d'une façon compréhensible, que l'on peut suivre et renseigner, tout au long des progrès de la personne vers un rôle et un fonctionnement valorisés.

Il est important pour l'équipe du programme de réhabilitation psychiatrique d'aider les personnes en sachant qu'elles parties du processus sont en train d'être réalisées par telle ou telle activité DPI.

TABLEAU – 12 Description du programme ou critères contextuels favorisant la mise en œuvre du processus de réhabilitation psychiatrique		
Elément	Aspect évalué	Description
Mission de réhabilitation	Définition/description de la mission	Eléments prouvant que la mission de l'organisme inclut des concepts tels que : l'amélioration du fonctionnement des individus au sein de l'environnement de leur choix, tout en maintenant un niveau minimal d'intervention professionnelle permanente.
Environnements de réhabilitation	Réseau Composition du réseau	Il existe une diversité d'environnements contrôlés par le programme (ou disponibles dans ce cadre) ou d'environnements naturels (ou fortement similaires). Les environnements comprennent des éléments prouvant que toutes les activités du programme sont conçues en fonction des besoins et des préférences des usagers.
	Pertinence du réseau	
	Culture Partenariat	Eléments prouvant que toutes les activités du programme impliquent les usagers en tant que partenaires.
	Compatibilité avec les valeurs	Eléments prouvant que toutes les activités et structures du programme correspondent aux valeurs de la réhabilitation (p. ex. horaires, méthodes de supervision, reconnaissance officielle des prestataires et des usagers – événements personnels, accomplissements, etc.).
Processus de réhabilitation : Diagnostic	Evaluation du niveau de disponibilité	Eléments prouvant que tous les individus sont aidés à s'évaluer en termes de besoin de réhabilitation dans l'ensemble de leurs environnements, de leur engagement à changer, de leur niveau de proximité interpersonnelle et de leur conscience d'eux-mêmes et de leurs environnements.
	Développement de la disponibilité	Eléments prouvant qu'il existe un processus structuré destiné à aider les individus à opter ou non pour la réhabilitation et une série d'activités destinées à aider les usagers intéressés à renforcer leur disponibilité à la réhabilitation.
	Objectif global de réhabilitation	Eléments prouvant que toutes les évaluations de réhabilitation débutent par la définition d'un objectif spécifiquement lié à l'environnement et inscrit dans une période de 18 à 24 mois, p. ex. « John souhaite résider à <i>La maison du soleil levant</i> d'ici janvier 201- » ; « Sarah souhaite travailler à temps partiel au restaurant <i>Chez François</i> jusqu'en juillet 201- ».
	Evaluation des habiletés	Eléments prouvant que l'évaluation se concentre sur les habiletés et non sur les symptômes, les traits caractéristiques ou les besoins globaux. Idéalement elles découlent d'un objectif global de réhabilitation, ex. d'habileté : « demander l'aide de l'équipe ».
	Définition comportementale	Eléments prouvant que les habiletés évaluées sont des actions observables et mesurables, par ex. le pourcentage de fois par semaine où Sarah téléphone à l'équipe lorsqu'elle commence à parler à ses voix au restaurant.

Suite pages suivantes

Élément	Aspect évalué	Description
Processus de réhabilitation : Diagnostic (Suite)	Evaluation globale par type d'habileté	Eléments prouvant que les habiletés sont évaluées de manière holistique, c'est à dire en fonction des points forts et des points faibles des individus sur le plan physique, émotionnel et intellectuel, ex. d'habileté : faire la vaisselle, exprimer sa colère, planifier des activités de loisir.
	Evaluation globale par environnement	Eléments prouvant que les évaluations envisagent les habiletés des environnements de vie, d'apprentissage et de travail susceptibles d'influer sur la réussite et la satisfaction au sein de l'environnement spécifique visé.
	Evaluation des ressources	Eléments prouvant que les points forts et les points faibles en matière de ressources sont énumérés dans l'évaluation globale, par ex. « argent du loyer », « famille réceptive », « moyens de transport accessibles ».
	Définition des ressources	Eléments prouvant que les points forts et les points faibles en matière de ressources sont énumérés dans l'évaluation globale, par ex. « somme que Sarah reçoit chaque mois avant de payer son loyer ».
	Evaluation globale par type de ressource	Eléments prouvant que les ressources énumérées comprennent des personnes, des endroits, des choses et des activités de soutien.
	Implication	Eléments prouvant que l'individu participe à l'évaluation et au renforcement de la disponibilité, à la définition de l'objectif global de réhabilitation et au développement des habiletés et des ressources nécessaires et que l'individu est d'accord avec la classification des habiletés et des ressources en points forts et points faibles.
Processus de réhabilitation : Planification	Objectifs sur le plan des habiletés ou des ressources	Eléments prouvant que le plan inclut des objectifs spécifiques sur le plan des habiletés et des ressources, p. ex. « Sarah téléphone à l'équipe de soutien 40% de fois/semaine où elle commence à parler à ses voix au restaurant ».
	Intégration du diagnostic et des interventions consécutives	Eléments prouvant que les objectifs sur le plan des habiletés et des ressources découlent du diagnostic ou que la mise en œuvre des interventions décrites dans le plan de réhabilitation est basée sur un plan.
	Définition des priorités	Eléments prouvant qu'il existe un système permettant de déterminer quels objectifs, sur le plan des habiletés et des ressources, méritent la priorité dans le processus de réalisation de l'objectif global de réhabilitation.
	Sélection des interventions spécifiques	Eléments prouvant que chaque objectif est lié à une intervention spécifique de développement des habiletés ou des ressources.
	Mention des repères temporels	Eléments prouvant que chaque intervention décrite dans le plan est définie par une date de début et une date de fin prévue.
	Identification des responsabilités	Eléments prouvant qu'un responsable a été désigné pour le développement, la mise en œuvre et la surveillance des interventions décrites dans le plan.
	Implication	Eléments prouvant que l'utilisateur a participé au développement du plan et exprime son accord. Idéalement, l'utilisateur doit être présent à la réunion et participer à la sélection des objectifs prioritaires, des délais, etc.

Suite page suivante

Elément	Aspect évalué	Description
Processus de réhabilitation : Intervention	Développement des habiletés	
	Orientation vers l'enseignement des habiletés Préparation des leçons	Eléments prouvant que l'organisme considère l'enseignement des habiletés comme une intervention. Eléments prouvant que chaque habileté enseignée est assortie d'une description des comportements qui la composent et d'un plan d'une leçon structuré correspondant à chacun de ces comportements (p. ex. programmes d'enseignement des habiletés).
	Surveillance de l'acquisition des habiletés	Eléments prouvant qu'il existe un système permettant de fournir un feed-back et d'améliorer la mise en œuvre des habiletés au cours du processus d'apprentissage.
	Définition du programme de mise en œuvre des habiletés	Eléments prouvant que la mise en œuvre des habiletés au sein de l'environnement choisi est améliorée par le recours à des étapes ordonnées et définies sur le plan du comportement.
	Mention des repères temporels	Eléments prouvant que chaque étape du programme de mise en œuvre des habiletés est limitée par des délais planifiés.
	Renforcements	Eléments prouvant que des éléments de renforcement sont développés dans la perspective de l'individu et appliqués aux étapes principales du programme de mise en œuvre des habiletés.
Processus de réhabilitation : Intervention (suite)	Développement des ressources (Coordination)	
	Orientation vers la coordination de plan de services (case management)	Eléments prouvant que les organismes considèrent les techniques d'orientation et de mise en relation comme des interventions et estiment les mettre en œuvre en tant que telles.
	Définition de l'objectif	Eléments prouvant que les organismes orientent les usagers sur la base de leur objectif global de réhabilitation, des évaluations fonctionnelles et des évaluations de ressources.
	Énumération des autres ressources	Eléments prouvant que d'autres ressources ont été prises en considération lors de l'orientation.
	Définition du plan de vue de la mise en relation	Eléments prouvant qu'un plan systématique a été élaboré en vue de la mise en œuvre de l'orientation. Au minimum, il doit inclure : une personne désignée pour réaliser l'orientation, la date à laquelle elle sera réalisée et l'arrangement spécifique permettant la mise en relation.
	Définition du plan de vue de soutenir une mise en œuvre continue	Eléments prouvant qu'un plan systématique a été élaboré pour aider l'individu et la ressource à maintenir la liaison lorsque l'orientation a été réalisée.
	Développement des ressources (Modification/Création des ressources)	
	Plan d'amélioration des ressources	Eléments prouvant qu'il existe une structure pour le développement continu de plans destinés à surmonter systématiquement les déficiences des ressources.
	Informations relatives à l'amélioration des ressources	Eléments prouvant qu'il existe une structure permettant la mise en œuvre des plans par le biais du programme et/ou d'agents adéquats.

Adapté de : Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

ANNEXE A—Étapes principales et sous-étapes du processus de réhabilitation psychiatrique		
Phases	Étapes principales (Activités)	Sous-étapes
Diagnostic	Evaluation de la disponibilité	<ul style="list-style-type: none"> Identification des besoins Valider la volonté de changer Évaluer le niveau de conscience Préciser le type de proximité interpersonnelle Choisir une perspective
	Renforcer la disponibilité	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des activités motivationnelles Clarifier les répercussions personnelles Certifier un soutien crédible
	Définir un objectif global de réhabilitation	<ul style="list-style-type: none"> Etablir le contact avec l'utilisateur Identifier les critères personnels Décrire les environnements alternatifs Choisir l'objectif
	Evaluation fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Énumérer les habiletés essentielles Décrire la mise en œuvre des habiletés Évaluer le fonctionnement des habiletés
	Evaluation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner et encourager l'utilisateur Énumérer les ressources essentielles Décrire la mise en œuvre des ressources Évaluer le fonctionnement des ressources Accompagner et encourager l'utilisateur
Planification	Planification du développement des habiletés	<ul style="list-style-type: none"> Définir les priorités Définir les objectifs Choisir les interventions Formuler le plan
	Planification du développement des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Définir les priorités Définir les objectifs Choisir les interventions Formuler le plan
Intervention	Enseignement direct des habiletés	<ul style="list-style-type: none"> Décrire le contenu général des habiletés Planifier la leçon d'apprentissage Accompagner et encourager l'utilisateur
	Programmation de la mise en œuvre des habiletés	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les obstacles Développer le programme Soutenir les actions de l'utilisateur
	Coordination des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Présenter l'utilisateur aux ressources Résoudre les problèmes Programmer l'utilisation des ressources
	Modification des ressources	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer le niveau de préparation aux changements Proposer des changements Se concerter avec les ressources Former les ressources

Adapté de : Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

EXEMPLE D'UNE PERSONNE ENGAGÉE DANS UN PROCESSUS DE REHABILITATION PSYCHIATRIQUE ET DE SES FICHES DE COMPTE-RENDU CONCERNANT LES ÉTAPES PRINCIPALES ET LES SOUS-ÉTAPES DU PROCESSUS

Après avoir discuté de son insatisfaction dans l'existence avec son psychiatre, Robert a été dirigé vers un programme de réhabilitation dispensé à la clinique. Robert déclare se sentir insatisfait dans tous les domaines de sa vie —son quotidien, sa formation, son travail et son environnement social. Ce qui le mécontente le plus c'est sa vie quotidienne, et il pense qu'il voudrait commencer d'abord à travailler sur l'amélioration de son quotidien. Robert a rencontré Jacques, son praticien en réhabilitation psychiatrique, pour évaluer sa disponibilité à fixer et à réaliser un objectif global de réhabilitation. Après avoir renforcé sa disponibilité il commence à travailler avec Jacques à établir l'objectif global de réhabilitation. Au cours du processus de réhabilitation psychiatrique, ils ont rempli les fiches présentées dans cette ANNEXE B.

TABLEAU 7 : Evaluer et développer la disponibilité						
Usager : <i>Robert</i>		Praticien : <i>Jacques</i>		Domaine environnemental : <i>Vie quotidienne</i>		Date : <i>26 février</i>
		Besoin	Volonté	Proximité interpersonnelle	Conscience de soi	Conscience de l'environnement
Elevé	5	■				
	4		■			■
	3			■	■	
	2					
Bas	1					
Conclusions :		<u>×</u> Prêt _Incertain _Pas prêt	<u>×</u> Prêt _Incertain _Pas prêt	_Prêt <u>×</u> Incertain _Pas prêt	_Prêt <u>×</u> Incertain _Pas prêt	<u>×</u> Prêt _Incertain _Pas prêt
Activités de développement de la disponibilité :						
Globalement Robert est prêt à fixer un objectif global de réhabilitation. Avec Jacques il travaillera certaines activités pour améliorer leur proximité. Ils intégreront aussi quelques activités supplémentaires de clarification des valeurs pour améliorer la conscience que Robert a de lui-même.						

Adapté de: Farkas, M., Cohen, M., McNamara, S., Nemeck, P., & Cohen, B. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology. Assessing readiness for rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation and Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric

TABLEAU 8 Exemple d'une fiche concernant le choix d'un objectif

Usager : *Robert*Praticien : *Jacques*Domaine environnemental : *Vie quotidienne*Date : *15 mars*

Critères personnels	Coefficients*	Environnements alternatifs**			
		1. Résidence du bois joli en colocation	2. Résidence de Bourgogne en colocation	3. Foyer Grand rue avec 5 résidents	Logement actuel : Une maison avec ma mère et ma sœur
1. Loyer abordable	10	375 €/mois (4)	375 €/mois (4)	300 €/mois (5)	185 €/mois (5)
2. Moyens de transport d'accès facile	5	Bus à deux pâtés de maison (4)	Sur la ligne de bus (5)	Sur la ligne de bus (5)	Conduit par ma mère (1)
3. Chambre indépendante	8	Chambre individuelle (5)	Chambre individuelle (5)	Un colocataire (3)	Chambre individuelle (5)
4. Quartier tranquille	4	Bonne réputation (3)	Très bonne (4)	Très bonne (4)	Excellente (5)
5. Règles minimales	7	Règles de la résidence (5)	Règles de la résidence (5)	Règles du personnel (3)	Règles de ma mère (1)
6. Partage des tâches ménagères	1	Partage à 50% (3)	Partage à 50% (3)	Partage à 20% (5)	Partage à 33% (4)
Score idéal = coefficients x 5	175	150	159	141	126

* Les critères personnels sont pondérés sur une échelle à 10 points, 10 étant le poids le plus élevé.

** La satisfaction du critère personnel par un environnement alternatif spécifique est évaluée sur une échelle à 5 points, 5 étant le plus haut niveau de satisfaction.

Commentaire :

Robert a choisi la Résidence de Bourgogne en tant qu'environnement préféré parce qu'il offre la plupart des caractéristiques qu'il désire avoir dans sa vie quotidienne. Avec Jacques il va maintenant évaluer les habiletés et les ressources dont il a besoin pour réussir. (Exemple TABLEAUX 9 et 10)

Adapté de: Cohen, M., Farkas, M., Cohen, B., & Unger, K. (1991, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation and Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

TABLEAU 9 : Exemple d'une fiche d'évaluation fonctionnelleUsager : *Robert*Praticien : *Jacques*Domaine environnemental : *Vie quotidienne*Date : *1^{er} juin*

Objectif global de réhabilitation : *J'ai l'intention d'habiter la résidence de Bourgogne avec un colocataire d'ici le mois de septembre*

Points forts/Points faibles	Habilités essentielles	Description de la mise en œuvre des habiletés	Evaluation des habiletés	
			Présente	Nécessaire
-	Planifier les activités	Nombre de jour par semaine où Robert prévoit des activités pour le lendemain avant de se coucher le soir.	0	5
-	Identifier les besoins d'achat	Nombre de jour par mois où Robert établit la liste des produits d'alimentation et ménagers manquant avant d'aller au magasin.	0	5
+	Préparer les repas	Nombre de jours par semaine où Robert se prépare un repas chez lui le soir.	7	7
-	Exprimer des opinions personnelles	Pourcentage de fois par semaine où Robert affirme ses opinions et ses convictions lorsqu'il discute avec d'autres personnes.	25%	75%

Adapté de: Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation and Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

TABLEAU 10 : Exemple d'une fiche d'évaluation des ressourcesUsager : *Robert*Praticien : *Jacques*Domaine environnemental : *Vie quotidienne*Date : *5 juin*

Objectif global de réhabilitation : *J'ai l'intention d'habiter la résidence de Bourgogne avec un colocataire d'ici le mois de septembre*

Points forts/Points faibles	Ressources essentielles	Description de l'utilisation des ressources	Evaluation des ressources	
			Présente	Nécessaire
-	Partenaire au club de remise en forme	Nombre de jours par semaine où une personne accompagne Robert à son club de remise en forme avant d'aller travailler.	0	3
+	Moyen de transport	Nombre de fois par mois où une personne emmène Robert à ses rendez-vous médicaux.	4	4

Adapté de: Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation and Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

TABLEAU 11 : Exemple d'un plan de réhabilitation et de programmation des interventions					
Usager : <i>Robert</i>		Praticien : <i>Jacques</i>		Domaine environnemental : <i>Vie quotidienne</i>	Date : <i>7 juin</i>
Objectif global de réhabilitation : <i>J'ai l'intention d'habiter la résidence de Bourgogne avec un colocataire d'ici le mois de septembre</i>					
Objectifs prioritaires de renforcement des habiletés/ressources	Interventions	Responsable(s)	Dates de début planifiées/réelles	Dates de fin	
Habilitété—Planifier les activités : Robert programme des activités 5 jours par semaine pour le lendemain, le soir avant d'aller se coucher.	Enseignement direct des habiletés	Conception : Marie, enseignante Prestataire : Marie Supervision : Jacques	15 juin	15 août	
Habilitété—Identifier les besoins concernant les courses : Robert, 4 jours par mois, fait la liste des produits alimentaires et ménagers manquants avant de se rendre au magasin.	Enseignement direct des habiletés	Conception : Marie, enseignante Prestataire : Marie Supervision : Jacques	30 juin	30 août	
Habilitété—Exprimer son avis : chaque semaine, les trois quart du temps (75%), Robert fait part de ce qu'il pense et croit lorsqu'il discute avec d'autres personnes.	Programmation de la mise en œuvre des habiletés	Conception : Marie, enseignante Prestataire : Marie Supervision : Robert et Jacques	5 septembre	5 octobre	
Ressource—Partenaire du club de remise en forme : quelqu'un va accompagner Robert 3 jours par semaine à la gym avant de partir au travail.	Coordination des ressources	Conception : Marie, enseignante Prestataire : Marie Supervision : Robert et Jacques	10 juin	10 août	

J'ai participé à l'élaboration de ce plan qui reflète mes objectifs. Signature : *Robert*

Adapté de : Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation and Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, Second edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Evaluer et développer la disponibilité						
Usager :	Praticien :	Domaine environnemental :			Date :	
	Besoin	Volonté	Proximité interpersonnelle	Conscience de soi	Conscience de l'environnement	
Elevé	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclusions :	_Prêt _Incertain _Pas prêt	_Prêt _Incertain _Pas prêt	_Prêt _Incertain _Pas prêt	_Prêt _Incertain _Pas prêt	_Prêt _Incertain _Pas prêt	_Prêt _Incertain _Pas prêt
Activités de développement de la disponibilité :						

Adapté de: Farkas, M., Cohen, M., McNamara, S., Nemeec, P., & Cohen, B. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology. Assessing readiness for rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Fiche concernant le choix d'un objectif

Usager :

Praticien :

Domaine environnemental :

Date :

Critères personnels	Coefficients*	Environnements alternatifs**			
		1.	2.	3.	Environnement actuel :
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Score idéal = coefficients x 5					

* Les critères personnels sont pondérés sur une échelle à 10 points, 10 étant le poids le plus élevé.

** La satisfaction du critère personnel par un environnement alternatif spécifique est évaluée sur une échelle à 5 points, 5 étant le plus haut niveau de satisfaction.

Commentaire :

Adapté de: Cohen, M., Farkas, M., Cohen, B., & Unger, K. (1991, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation

Fiche d'évaluation fonctionnelle

Usager :

Praticien :

Domaine environnemental :

Date :

Objectif global de réhabilitation :

Points forts/Points faibles	Habilités essentielles	Description de la mise en œuvre des habiletés	Evaluation des habiletés	
			Présente	Nécessaire

Adapté de: Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Fiche d'évaluation des ressources

Usager :

Praticien :

Domaine environnemental :

Date :

Objectif global de réhabilitation :

Points forts/Points faibles	Ressources essentielles	Description de l'utilisation des ressources	Evaluation des ressources	
			Présente	Nécessaire

Adapté de: Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Plan de réhabilitation et de programmation des interventions				
Usager :		Praticien :		Date :
Domaine environnemental :				
Objectif global de réhabilitation				
Objectifs prioritaires de renforcement des habiletés/ressources	Interventions	Responsable(s)	Dates de début planifiées/réelles	Dates de fin
		Conception : Prestataire : Supervision :		
		Conception : Prestataire : Supervision :		
		Conception : Prestataire : Supervision :		
		Conception : Prestataire : Supervision :		

J'ai participé à l'élaboration de ce plan qui reflète mes objectifs. Signature :

Adapté de : Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric.

Ressources utiles pour le processus de réhabilitation psychiatrique

Cette partie du document comporte les références notées dans le texte avec une bibliographie d'articles, de livres de matériel d'enseignement, et des ressources d'assistance technique qui mettent l'accent sur tout processus de réhabilitation psychiatrique, et/ou sa mise en place en tout ou partie, dans le cadre de différents programmes ou contextes.

- Anthony, W. (2007). *Toward a vision of recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W.A. (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S., & Althoff, M. E. (1972). Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 78, 447–456.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Cohen, B. F. (1983). Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. In L. L. Bachrach (Ed.), *Deinstitutionalization (New Directions for Mental Health Services)*, No. 17, pp. 67–69. San Francisco: Jossey-Bass.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. D. (1982). A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize if I see one? *Community Mental Health Journal*, 18, 83–96.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation (2nd ed.)*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Nemeec, P. B. (1987). Assessment in psychiatric rehabilitation. In B. Bolton (Ed.), *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (pp. 299–312). Baltimore: Paul Brooks.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Pierce, R. M. (1980). *Instructors' guide to the psychiatric rehabilitation practice series*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W.A., Cohen, M.R., Pierce, R.M. (1979) *The skills of psychiatric rehabilitation. Volumes 1–6*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Vitalo, R. L. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365–383.
- Anthony, W. A., Ellison, M., Rogers, E. S., & Lyass, A. (in preparation). The evaluation of consumer goal setting in a statewide, managed care psychiatric rehabilitation program.
- Anthony, W. A., Forbess, R., & Cohen, M. R. (1993). Rehabilitation-oriented case management. In M. Harris & H. C. Bergman (Eds.), *Case management for mentally ill patients: Theory and practice. Chronic mental illness, Vol 1* (pp. 99–118). Langhorne, PA, USA: Harwood Academic Publishers/Gordon & Breach Science Publishers.
- Anthony, W. A., & Huckshorn, K. (2008). *Principled leadership*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542–544.
- Anthony, W. A., & Margules, A. (1974). Toward improving the efficacy of psychiatric rehabilitation. A skills training approach. *Rehabilitation Psychology*, 21, 101–105.
- Anthony, W.A., & Spaniol, L. (Eds). (1994). *Readings in psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, B. F., & Anthony, W. A. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 79–100). Baltimore: Paul Brookes.
- Cohen, B. F., Ridley, D. E., & Cohen, M. R. (1985). Teaching skills to severely psychiatrically disabled persons. In H. A. Marlowe & R. B. Weinberg (Eds.), *Competence development: Theory and practice in special populations* (pp.118– 145). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Cohen, M. R., Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (1997). Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 48(5), 644–646.
- Cohen, M., Danley, K., & Nemeec, P. (1985, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Direct skills teaching*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

- Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. (1986, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Farkas, M., Cohen, B., & Unger, K. (1991, 2007). *Psychiatric rehabilitation training technology: Setting an overall rehabilitation goal*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Farkas, M., McNamara, S., Nemec, P., & Cohen, B. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology: Assessing readiness for rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Forbess, R., & Farkas, M. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology: Developing readiness for rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., & Mynks, D. (Eds.). (1993). *Compendium of activities for assessing and developing readiness for rehabilitation services*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Cohen, M., Nemec, P., & Farkas, M. (2000). *Psychiatric rehabilitation training technology: Connecting for rehabilitation readiness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Danley, K., Hutchinson, D., & Restrepo-Toro, M. (1998). *Career planning curriculum: Instructor's guide*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Danley, K. S., Rogers, E. S., MacDonald Wilson, K., & Anthony, W. (1994). Supported employment for adults with psychiatric disability: Results of an innovative demonstration project. *Rehabilitation Psychology, 39*(4), 269–276.
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (Eds.). (2005). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Volume 1*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (Eds.). (2006). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice, Volume 2*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Dunn, E., Rogers, E.S., Hutchinson, D. H., Lyass, A., MacDonald Wilson, K.L., Wallace, L. R., & Furlong-Norman, K. (2008). Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Administration and Policy in Mental Health, 35*: 357–369.
- Ellison, M. L., Anthony, W. A., Sheets, J. L., Dodds, W., Barker, W. J., Massaro, J. M., et al. (2002). The integration of psychiatric rehabilitation services in behavioral health care structures: A state example. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 29*(4), 381–393.
- Ellison, M., Lyass, A., Rogers, E., Wewiorski, N., Massaro, J., & Anthony, W. (in preparation). Effectiveness of Intensive Psychiatric Rehabilitation: Results of a statewide initiative and evaluation.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry, 6*(2), 1–7.
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (1989) *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Farkas, M. D., Cohen, M. R., & Nemec, P. B. (1988). Psychiatric rehabilitation programs: Putting concepts into practice? *Community Mental Health Journal, 24*(1), 7–21.
- Farkas, M., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2001). Recovery and rehabilitation: A paradigm for the new millennium. *La rehabilitacio psicologica integral a la comunitat I amb la comunitat, 1*(1/8), 13–16.
- Farkas, M. D., O'Brien, W. F., Cohen, M. R., & Anthony, W. A. (1994). Assessment and planning in psychiatric rehabilitation. In J. R. Bedell (Ed.). *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp. 3–30). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Farkas, M. D., O'Brien, W. F., & Nemec, P. B. (1988). A graduate level curriculum in psychiatric rehabilitation: Filling a need. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 12*(2), 53–66.
- Farkas, M., Sullivan Soydan, A., & Gagne, C. (2000). *Introduction to rehabilitation readiness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Goering, P. N., Wasylenki, D. A., Farkas, M. D., Lancee, W. J., & Ballantyne, R. (1988). What difference does case management make? *Hospital and Community Psychiatry, 39*, 272–276.

- Hutchinson, D., Anthony, W., Massaro, J., & Rogers, E. S. (2007). Evaluation of a combined supported computer education and employment training program for persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 189–197.
- Jacobs, J. (1997). *Major findings of the community support research demonstration projects (1989–1996)*. Washington, DC: Community Support Program Branch, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Kramer, P., Anthony, W. A., Rogers, E. S., & Kennard, W. A. (2003). Another way of avoiding the “single model trap.” *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 413–415.
- Lamberti, J. S., Melburg, V., & Madi, N. (1998). Intensive psychiatric rehabilitation treatment (IPRT): An overview of a new program. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 211–234.
- Lovell, A. M., & Cohn, S. (1998). The elaboration of "choice" in a program for homeless persons labeled psychiatrically disabled. *Human Organization*, 57(1), 8–20.
- McNamara, S. (Ed). (2009). *Voices of recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- National Institute of Handicapped Research. (1980). A skills training approach in psychiatric rehabilitation. *Rehabilitation Research Brief*, 4(1). Washington, DC.
- Nemec, P., Forbess, R., Farkas, M., Rogers, E. S., & Anthony, W. (1991). Effectiveness of technical assistance in the development of psychiatric rehabilitation programs. *Journal of Health Administration*, 18(1), 1–11.
- Nemec, P. B., McNamara, S., & Walsh, D. (1992). Direct skills teaching. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(1), 13–25.
- Restrepo-Toro, M., Farkas, M., & Diaz, L (2005). *Abriendo caminos en tu vida: Guía de preparación para la rehabilitación psiquiátrica*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Farkas, M. (2006). The Choose-Get-Keep model of psychiatric rehabilitation: A synopsis of recent studies. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 247–256.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1988). Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33, 5–14.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Lyass, A. (2006). A randomized clinical trial of psychiatric vocational rehabilitation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49(3), 143–156.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Toole, J., & Brown, M. A. (1991). Vocational outcomes following psychosocial rehabilitation: A longitudinal study of three programs. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1(3), 21–29.
- Rogers, E. S., MacDonald Wilson, K., Danley, K., Martin, R., & Anthony, W. A. (1997). A process analysis of supported employment services for persons with serious psychiatric disability: Implications for program design. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 8(3), 233–242.
- Rogers, E., S., Martin, R., Anthony, W., Massaro, J., Danley, K., Crean, T., & Penk, W. (2001). Assessing readiness for change among persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37, 97–112.
- Rogers, E. S., Sciarappa, K., MacDonald Wilson, K., & Danley, K. (1995). A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 18(2), 105–115.
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Ellison, M. L., Cook, K., & Lyass, A. (2009, unpublished manuscript). *Conceptualization and measurement of mental health providers' recovery promoting competence*.
- Russinova, Z., Rogers, E. S., & Ellison, M. L. (2006). *The Recovery Promoting Relationship Scale*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Shern, D. L., Trochim, W. M. K., & LaComb, C. A. (1995). The use of concept mapping for assessing fidelity of model transfer: An example from psychiatric rehabilitation. *Evaluation and Program Planning*, 18(2), 143–153.
- Shern, D. L., Tsemberis, S., Anthony, W. A., Lovell, A. M., Richmond, L., Felton, V. J., Winarski, J., & Cohen, M. (2000). Serving street dwelling individuals with psychiatric disabilities: Outcomes of a psychiatric rehabilitation clinical trial. *American Journal of Public Health*, 90, 1873–1878.
- Spaniol, L., Bellingham, R., Cohen, B., & Spaniol, S. (2003). *The recovery workbook 2: Connectedness*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Spaniol, L., & Koehler, M. (Eds). (1994). *The experience of recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Spaniol, L., Koehler, M., & Gagne, C. (Eds). (1997). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994, 2009). *The recovery workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disability, Revised edition*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Spaniol, L., Koehler, M., Hutchinson, D., & Restrepo-Toro, M. (1999). *Recuperando la esperanza—Libro práctico*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Spaniol, L., McNamara, S., Gagne, C., & Forbess, R. (2009). *Group process guidelines for leading groups and classes*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Unger, K. V., Anthony, W. A., Sciarappa, K., & Rogers, E. S. (1991). Development and evaluation of a supported education program for young adults with long-term mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 838–842.

Enseignement et assistance technique (en langue anglaise)

Le centre de réhabilitation psychiatrique de l'université de Boston propose un enseignement et une assistance technique dans différents « guides pratiques » destinés à améliorer votre travail en réhabilitation psychiatrique aussi bien que dans la conception et la mise en place de méthodes ou de programmes orientés vers le rétablissement.

Les 30 années d'expérience du centre dans l'enseignement et l'assistance technique permet au personnel du centre et à ses associés de travailler de concert avec vous pour tailler « le guide pratique » à votre situation particulière.

Les guides d'enseignement et d'assistance technique présentent comment :

- Mettre en œuvre le processus de réhabilitation psychiatrique dans votre programme ;
- Former les formateurs et superviseurs à exercer la réhabilitation psychiatrique et le rétablissement ;
- Devenir plus expert à prodiguer des interventions de réhabilitation psychiatrique professionnelle ;
- Construire un système orienté vers le rétablissement ;
- Elaborer des normes ou des mesures pour un système ou un programme orienté vers le rétablissement ;
- Aider les interventions traditionnelles en santé mentale à devenir plus orientées vers le rétablissement ;
- Etre un « chef de file » en santé mentale ;
- Mettre en œuvre des pratiques basées sur les valeurs dans votre environnement de travail ;
- Créer un centre d'éducation au rétablissement dans votre environnement ;
- Fournir des services d'éducation aidée à l'université ;
- Former les praticiens à aider les personnes à :
 - S'engager dans le processus d'aide ;
 - Se motiver ;
 - Choisir ses propres objectifs ;
 - Evaluer eux-mêmes leur disponibilité à changer ;
 - Développer leur propre disponibilité à changer ;
- Enseigner des habiletés en groupe ou lors d'interactions individuelles ;
- Organiser une planification gérée par la personne ;
- Organiser une coordination de plan de services (ou de soins) ;
- Réaliser une évaluation fonctionnelle et une évaluation des ressources ;
- Concevoir un curriculum préprofessionnel en réhabilitation et en rétablissement ;
- Evaluer les processus et les résultats d'un projet de formation ;
- Diriger un programme d'évaluation ;
- Evaluer la rigueur des comptes rendus de recherche ;
- Evaluer l'importance des comptes rendus de recherche ;
- Utiliser l'échelle évaluant le pouvoir d'agir (empowerment scale) dans votre environnement de travail ;
- Utiliser l'échelle évaluant le style relationnel visant à promouvoir le rétablissement dans votre environnement de travail ;
- Utiliser un processus de recherche-action participative pour créer de nouveaux instruments.

Voir <http://www.bu.edu/cpr/training/> pour des informations complémentaires concernant la consultation et la formation en service disponible au centre de réhabilitation psychiatrique.

Supports et publications

Pour une étude plus complète et plus profonde du processus de réhabilitation psychiatrique décrit dans cet abécédaire, le centre de réhabilitation psychiatrique de l'université de Boston a publié des livres sur le sujet, une technologie d'apprentissage, et des programmes dont :

Technologie pour la formation des praticiens

Technologie de formation à la disponibilité à la Réhabilitation
Technologie de formation au choix d'un objectif global de réhabilitation
Technologie de formation à l'évaluation fonctionnelle
Technologie de formation à l'enseignement direct des habiletés
Technologie de formation à la coordination de plans de services

Cahiers d'exercices pour le processus de réhabilitation psychiatrique

Guide pour diriger des groupes et des classes
Activités pour évaluer et développer la disponibilité aux services de réhabilitation
En ouvrant les chemins dans ta vie (en Espagnol)
Programme de planification de la carrière

Livres

La réhabilitation psychiatrique (deuxième édition) (est paru en Français chez Socrate Editions Promarex)
Le leadership fondé sur l'éthique dans les programmes et systèmes de santé mentale
Le rétablissement d'une maladie mentale sévère : Volume 1
Le rétablissement d'une maladie mentale sévère : Volume 2
Aspects sociaux et psychologiques de l'incapacité psychiatrique

Voir <http://www.bu.edu/cpr/products/> pour la description et la liste complète des supports disponibles au Centre de Réhabilitation Psychiatrique.