

Article

« Introduction d'une stratégie d'évaluation dans la réhabilitation psychiques adultes en Belgique : approche d'une adéquation des programmes aux besoins des bénéficiaires »

Jean-Marie Donnay et Jacqueline Richelle

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 1, 1994, p. 129-144.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032299ar>

DOI: 10.7202/032299ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Introduction d'une stratégie d'évaluation dans la réhabilitation psycho-sociale des handicapés psychiques adultes en Belgique: approche d'une adéquation des programmes aux besoins des bénéficiaires

Jean-Marie Donnay*
Jacqueline Richelle**

Cet article rend compte de l'implantation d'une stratégie d'évaluation dans un centre de réadaptation socio-professionnelle. Dans ce projet, les instruments de mesure ont été développés avec le double souci de permettre une évaluation clinique individuelle qui soit utile pour les intervenants et une évaluation de l'évolution de la clientèle qui puisse permettre d'observer les effets de ces interventions auprès de groupes de clients. Après qu'on eût constaté, suite à l'analyse d'une première série de données, que le programme avait des difficultés à retenir sa clientèle, une seconde étude a permis d'établir le profil des clients chez qui le programme avait produit des effets positifs et celui des clients pour qui le séjour au centre n'a pas eu d'effets significatifs.

À côté d'initiatives ponctuelles constituant des alternatives originales, l'essentiel de la réhabilitation psychosociale des handicapés psychiques adultes en Belgique est dévolu à deux types de structures: les Centres de santé mentale (CSM) mis en place et subventionnés par le ministère de la Santé publique et les Centres de réadaptation fonctionnelle (CRF) créés et subventionnés par le Fonds national de reclassement social des handicapés (FNRS), établissement public dépendant du ministère de l'Emploi et du travail créé en 1963¹.

Si les premiers ont évolué en sens divers privilégiant souvent le curatif et la prévention dans une pratique de première ligne, les

* Association Intercommunale de Guidance et de Santé Vottem-Liège, Belgique.

** Faculté des sciences psycho-pédagogiques, Université de Mons-Hainaut, Belgique.

seconds, de par les exigences du pouvoir subsidiant, sont restés très attachés à une notion de réadaptation faisant explicitement référence à la restauration d'un fonctionnement normatif dans la communauté, en particulier au plan du travail.

C'est au niveau d'une structure de ce type, le Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Vottem, où l'accent est particulièrement mis sur la revalidation socio-professionnelle, qu'une stratégie d'évaluation des programmes a été introduite.

Cet article décrit la philosophie d'intervention du Centre, ses activités et les instruments développés pour l'évaluation. On y rapporte ensuite les données obtenues quant aux différences entre les clientèles chez qui des résultats positifs ont été observés et celles pour qui le séjour au centre n'a pas eu d'effets significatifs. Les résultats de cette étude sont discutés en regard du modèle dominant en réadaptation socio-professionnelle.

LE CENTRE DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) de Vottem, implanté dans une zone suburbaine de la région liégeoise, à l'est de la Belgique, accueille des personnes reconnues handicapées psychiques dont le dénominateur commun est le désir d'une activité professionnelle. Il s'agit d'une clientèle mixte, dont les diagnostics à l'entrée dans le programme se répartissent comme suit: névrose (48 %), psychose (19 %), état limite (19 %), déficience intellectuelle (14 %). Cette population extrêmement hétérogène constitue, par l'étendue et la diversité de ses besoins, un défi constant aux notions de guérison, d'adaptation ou de réinsertion.

À une clientèle aussi diversifiée devraient correspondre, par définition, des modalités d'intervention finement différenciées. La mise sur pied de tels programmes d'action se heurte pourtant à deux difficultés majeures:

- **une difficulté scientifique:** la littérature est particulièrement pauvre en informations précises sur les rapports entre différents types de clientèle psychiatrique et différentes stratégies de prise en charge. Des ouvrages de synthèse mettent l'accent sur l'intérêt de programmes bâtis sur un modèle psychosocial à plusieurs composantes, sur la continuité des services, sur l'intégration des interventions dans des systèmes de soutien communautaire, mais ils éclairent peu le fait que diverses catégories de bénéfici-

ciaires profitent de façon variable de divers programmes d'intervention (Comité de la santé mentale du Québec, 1985).

- **une difficulté historique:** les programmes d'intervention sont plus souvent dépendants des intérêts et de la formation du personnel qui les gère que de données scientifiques découlant de l'évaluation de ces programmes. Héritiers d'une tradition relative à la «relation singulière au malade», nombre de cliniciens répugnent à une formalisation de leur pratique et à une orientation des équipes vers un modèle transdisciplinaire.

Quoi qu'il en soit, la littérature mentionne quatre principaux facteurs qui, associés à la marginalisation et à la désinsertion de la personne handicapée psychique, doivent être pris en considération dans tout programme de réhabilitation:

- l'isolement social et des caractéristiques du réseau de support social comme la fragmentation, l'asymétrie et l'unidimensionnalité des relations interindividuelles (Guay, 1981);
- la dégradation ou l'absence des habiletés sociales nécessaires à la vie dans la communauté (Bellack et Hersen, 1978; Paquin, 1981);
- le manque d'efficacité dans la gestion des activités de la vie quotidienne (Mercier, 1987);
- la dégradation de l'employabilité ou des capacités d'accès à une activité signifiante dans la communauté (Hébert, 1985).

La prise en considération de ces facteurs a conduit les Centres de Réadaptation Fonctionnelle pour adultes psychiatisés à s'inscrire dans la logique d'une psychiatrie communautaire et à diversifier leurs approches tant au plan organisationnel que clinique.

Logique d'une psychiatrie communautaire, car le bénéficiaire n'est pas traité seulement en fonction de ses symptômes, mais en tant qu'individu appartenant à une famille, à un entourage, à un milieu de travail.

Diversification et pluralisme des approches, car il s'agit de concilier réduction des symptômes, adéquation du fonctionnement personnel, acquisition de compétences sociales et développement d'un réseau de support social.

Dans une optique bio-psycho-sociale, en effet, les troubles psychiques ne peuvent plus être considérés du seul point de vue symptomatologique, mais comme la résultante d'un ensemble de processus

comprenant symptômes, fonctionnement psycho-social et fonctionnement vocationnel (Strauss et Carpenter, 1981).

Empiriquement, les programmes de réhabilitation ont évolué sous l'influence de ces notions et se sont progressivement articulés autour de trois axes:

- 1) un traitement visant à la réduction des symptômes et des déficiences par des prises en charge individuelles englobant les aspects médicaux, psychothérapeutiques, pédagogiques, gestuels et psycho-moteurs;
- 2) une autonomisation visant la prise en charge des besoins de base, la gestion des tâches domestiques et résidentielles, l'utilisation des ressources du milieu à travers des activités de groupe et une vie communautaire;
- 3) une revalidation professionnelle englobant l'élaboration d'un projet professionnel, l'insertion en situation de travail productif et l'optimisation de l'adaptation au poste de travail.

Toutes les activités sont organisées autour de cette finalité: elles visent l'adaptation aux contraintes sociales, la gestion autonome de la vie quotidienne, l'utilisation des ressources communautaires, l'optimisation des connaissances et des ressources physiques, l'accès à une rentabilité satisfaisante dans un poste de travail.

Les moyens comprennent des prises en charge individuelles (guidance psychologique, ergothérapie, kinésithérapie, remise à niveau des connaissances) et collectives (groupes d'information et d'échange, groupes d'entraînement aux habiletés sociales), la participation à une vie communautaire rendant nécessaire la gestion des activités domestiques quotidiennes et la mise progressive en situation de travail dans l'entreprise par le biais de stages débouchant sur un emploi. Les Centres de Réadaptation Fonctionnelle sont censés offrir ainsi à leur clientèle un programme de réhabilitation dominé par la finalité d'une réinsertion socio-professionnelle.

LES PROCÉDURES D'ÉVALUATION

La stratégie d'évaluation introduite au CRF de Vottem répondait à un double objectif:

- 1) formaliser les objectifs de prise en charge à l'intérieur d'un plan de programme individualisé (PPI) élaboré à partir d'un répertoire des comportements adaptatifs de la personne;

- 2) favoriser l'implantation de stratégies d'intervention plus efficaces par l'introduction d'un esprit de recherche-action où le fonctionnement du programme est constamment soumis à vérification.

Les instruments de mesure ont été développés avec le double souci de permettre une évaluation clinique individuelle qui soit utile pour les intervenants et une évaluation de l'évolution de la clientèle qui puisse permettre d'observer les effets de ces interventions auprès de groupes de clients.

Les instruments d'évaluation

Les instruments d'évaluation supportés par le logiciel SIEPP (Système informatisé d'évaluation des programmes psychosociaux) couvrent deux dimensions: une évaluation centrée sur la personne et une évaluation centrée sur le fonctionnement et la structure du Centre.

L'évaluation, centrée sur la personne², est effectuée à l'aide de trois échelles qui produisent autant de profils:

- 1) le profil de compétence sociale: ce profil exprime le répertoire comportemental d'une personne, vu par un observateur extérieur, par référence aux concepts d'autonomie et d'intégration sociale. Il est dressé sur une base de 173 items ou comportements couvrant 9 domaines constituant la Grille d'Évaluation de la Compétence Sociale (GECS) (Donnay et Chaumont, 1989);
- 2) le profil de fonctionnement psycho-social: ce profil exprime l'ajustement social d'une personne, vu par elle-même, sur une base de 55 items répartis en 7 sous-échelles (Willer et Biggin, 1974);
- 3) le profil de qualité de la vie: ce profil exprime le sentiment de bien-être de la personne, vu par elle-même, globalement et face à 15 conditions environnementales (Mercier, 1987).

Ces profils sont utilisés au double niveau de la personne et du programme. Au plan individuel et clinique, la mise à jour régulière d'un plan de programme individualisé (PPI), construit sur la base du listing des comportements déviants issu de la grille GECS, permet le suivi de chaque client. Cette mise à jour apporte aussi des informations sur le fonctionnement du programme en regard de l'atteinte des objectifs. Au plan des résultats obtenus, la comparaison en début et

en fin de programme renseigne sur l'évolution du patient et sur l'efficacité présumée du programme appliqué.

L'évaluation centrée sur la structure fait appel à un instrument bien connu: le «Community Oriented Programs Environment Scale» (COPEs) (Moss, 1974). Il s'agit d'une mesure du climat thérapeutique qui met en parallèle l'évaluation d'un fonctionnement idéal de la structure de prise en charge et le fonctionnement tel qu'il est perçu dans la réalité par les bénéficiaires. Le COPEs se compose de 100 questions parallèles pour chacune des deux formes, idéale et réelle, réparties en 10 sous-échelles.

Ces instruments d'évaluation ont été introduits au CRF de Vottem en mai 1987. Un an et demi plus tard, en octobre 1988, 70 personnes avaient été prises en charge et un premier bilan était réalisé. Il était particulièrement sévère:

- les femmes paraissent peu rejointes par le programme, seules 6 candidates y ont été référées;
- parmi les 64 candidats masculins restants, 16 soit 25 % ne restent pas plus d'un mois dans le programme, si bien que la saisie même des données ne peut pas être réalisée pour eux;
- parmi les 48 candidats ayant séjourné plus d'un mois dans le programme, 17 soit 35 % l'ont quitté avant la réévaluation prévue à 6 mois, sans perspective de reclassement.

Ces chiffres, qui montrent en fait que 52 % de la population masculine concernée par le programme de réhabilitation ne peut s'y maintenir, posent une question fondamentale sur l'adéquation du programme proposé aux caractéristiques des bénéficiaires. Une seconde étude a donc été réalisée, pour tenter de comprendre pourquoi une personne sur deux qui affiche une volonté de travail ne peut rester dans un programme axé sur la remise au travail.

CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTÈLES ET STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE

Pour cerner les caractéristiques d'un groupe de bénéficiaires auxquels le programme de réhabilitation proposé semble convenir, sans négliger des variables tenant à l'environnement de ces personnes, la méthode utilisée a été celle de la comparaison des caractéristiques individuelles et environnementales de deux groupes de patients:

- le groupe R, soit un groupe de 25 bénéficiaires masculins chez qui un recul moyen de deux ans permet d'avancer que le programme de réhabilitation a entraîné un progrès au niveau de l'intégration socio-professionnelle (R pour réussite).
- le groupe E, composé de 23 bénéficiaires masculins chez qui ce même recul ne permet pas de conclure à un progrès de l'intégration socio-professionnelle (E pour échec).

Ces deux groupes ont été constitués en réexaminant la situation de chaque personne évaluée en début de programme et de 15 à 31 mois plus tard, à la lumière des critères suivants:

- présence ou absence d'un statut professionnel concrétisé par l'accès à une formation ou à une activité professionnelle avec adaptation positive sur la période considérée;
- pour les personnes ne satisfaisant pas à ce critère mais dont l'engagement et le maintien dans le programme de réhabilitation est resté stable sur la période considérée, deux sous-critères ont été pris en considération:
 - a) présence ou absence d'un réseau relationnel minimal (4 personnes) et vie dans la communauté
 - b) conscience ou non de ses responsabilités vis-à-vis de ses moyens d'existence et capacité à gérer son budget.

Les évaluations de départ de ces deux groupes ont été comparées en utilisant le *t* de student pour les questionnaires, le test U de Mann Withney et le Chi Carré pour le Rorschach, le test Chi Carré pour les données anamnestiques.

RÉSULTATS

Données socio-démographiques et cliniques

Au plan des caractéristiques personnelles, les groupes comparés présentent un certain nombre de points communs: il s'agit de sujets jeunes (âge moyen 25 ans), dans la moitié des cas issus de l'enseignement spécial et n'ayant jamais travaillé: 56 % des sujets dans le groupe R et 53 % dans le groupe E n'ont jamais eu de vie professionnelle.

La différence essentielle entre les deux groupes porte sur le diagnostic et les trajectoires psychiatriques ($p < .001$). Les sujets du groupe E présentent plus souvent un diagnostic de psychose (31 %) et des antécédents psychiatriques (52 %), alors que les sujets du groupe

R présentent surtout un diagnostic de névrose (64 %) et une absence d'antécédents (60 %).

Au plan des caractéristiques environnementales apparaissent, à côté d'un seul point commun qui est le célibat de la plupart des bénéficiaires des deux groupes (80 % dans le groupe R et 87 % dans le groupe E), d'importantes différences quant à la situation familiale, le logement, le statut social et les revenus ($p < .01$). La majorité des sujets du groupe R vivent avec leur famille d'origine (72 %), en maison ou en appartement (29 %). Ils sont majoritairement chômeurs (56 %) et gagnent moins de 20,000 FB par mois (64 %). Par contre, la majorité des sujets du groupe E vivent en institution ou famille d'accueil (44 %), leur statut social est celui d'assisté (39 %) ou d'invalidé (35 %). La majorité gagne moins de 20,000 FB par mois (48 %), mais un certain nombre (26 % pour 8 % dans le groupe R) dispose de revenus supérieurs.

Les données anamnestiques tendent donc à présenter le groupe E comme un groupe plus défavorisé, présentant une pathologie plus lourde, disposant d'un soutien familial plus pauvre, engagé davantage dans la voie de l'institutionnalisation et d'une certaine chronification sanctionnée par le statut d'invalidé.

Fonctionnement intellectuel et psycho-social

L'ensemble des outils utilisés permet de saisir une image très différenciée et cohérente des deux groupes considérés. Il faut tout d'abord souligner qu'ils ne se différencient pas au plan du fonctionnement intellectuel (WAIS): QI moyen dans le groupe R = 79.2, dans le groupe E: 82.9. En ce qui concerne la compétence sociale (GECS), les sujets du groupe R montrent une meilleure capacité à prendre en charge les activités de la vie quotidienne et une meilleure capacité à gérer leur existence dans la communauté. Ils seraient plus autonomes que les sujets du groupe E ($p = < .10$).

Les sept autres domaines qui constituent la GECS ne donnent lieu à aucune différence entre les groupes: l'autonomie de base, le langage et la communication, les capacités de travail, les acquis pédagogiques, la socialisation, la motricité et l'adéquation du fonctionnement personnel.

En ce qui concerne le fonctionnement psycho-social, les sujets du groupe R témoignent d'un niveau d'activité supérieur et d'une utilisation plus satisfaisante du temps libre. Ils prendraient mieux en charge leur existence sous l'angle de la gestion financière et se

montreraient plus responsables et actifs que les sujets du groupe E ($p = < .05$). Les cinq sous-échelles restantes qui constituent le guide d'auto-évaluation ne varient pas significativement d'un groupe à l'autre, à savoir: la santé physique, l'affectivité générale, les habiletés interpersonnelles, les relations interpersonnelles et l'agressivité.

Quant à la satisfaction face à la vie et à la qualité de la vie, les sujets du groupe R émettent un jugement subjectif plus positif. Ils se disent plus heureux, leur qualité de vie est meilleure mais s'appuierait sur des considérations très pragmatiques (endroit habité, alimentation, santé, divertissements à l'extérieur; p entre $< .01$ et $< .10$) et non sur le jeu des relations interpersonnelles (gens côtoyés, amis, vie sentimentale, sa famille, les autres). Des variables comme le quartier, les vêtements, les occupations, les loisirs, les commodités du quartier et la situation financière se montrent non discriminantes.

L'évaluation du cadre thérapeutique (COPES) ne montre aucune différence quant à la perception du fonctionnement réel de la structure de prise en charge. Par contre, les sujets du groupe R souhaitent, plus que les sujets du groupe E, voir pris en charge leurs problèmes personnels et relationnels (forme idéale: attentes par rapport à la structure de prise en charge).

En ce qui concerne les traits de personnalité (CPI), deux échelles discriminent significativement les deux groupes (p entre $< .05$ et $< .10$). La maturité sociale (SO socialisation) est plus élevée dans le groupe R. Ces sujets ont un sens plus élevé des convenances, acceptent davantage les règles et l'autorité établie, ont un plus haut degré de motivation à la réussite sociale. Les sujets du groupe R présentent aussi un indice de banalité (avoir les mêmes réactions et les mêmes sentiments, voir les choses comme la plupart des gens) plus élevé que les sujets du groupe E (CM tendance commune). Toutes les autres échelles se montrent non discriminantes: la dominance, la capacité à acquérir un statut social, la sociabilité, la présence sociale, l'acceptation de soi, le sens du bien-être, le sens des responsabilités, maîtrise de soi, tolérance, bonne impression, conformisme, indépendance, efficience intellectuelle, intuition, flexibilité et féminité.

En ce qui concerne l'inventaire du monde expérientiel (EWI), aucune différence significative n'apparaît entre les deux groupes. Pour les principales échelles, les résultats se situent pratiquement au seuil du pathologique, ce qui met l'accent sur la fragilité psychique de l'ensemble de la population.

Test de Rorschach

Approche formelle

L'étude des indices formels montre que seuls deux indices différencient significativement les deux groupes. Les sujets du groupe R présentent un meilleur contrôle formel de la pensée et ont un rapport de meilleure qualité avec le réel. Leur fonctionnement adaptatif va dans le sens d'une plus grande socialisation ($F + \%$, $p = < .06$). Les sujets du groupe E auraient plus de difficultés à maintenir un contrôle rationnel et seraient plus vite débordés par leur réalité interne. L'anxiété chez eux serait plus importante, peu élaborée, centrée sur le corps avec un sens plus problématique de l'identité (ANAT %, $p = < .04$).

Approche dynamique

Cette approche cherche à comparer les groupes, non plus sur la base d'indices formels pris isolément, mais de constellations d'indices visant l'appréhension d'une organisation psychodynamique et d'un fonctionnement psychique.

Nous nous sommes intéressés à cinq thèmes essentiels: la socialisation, la dynamique affective, l'identité et la représentation de soi, l'anxiété et le style des défenses, le dynamisme vital.

La comparaison des groupes quant à ces différents thèmes fournit les résultats suivants:

Socialisation: le groupe R se distingue significativement du groupe E par un meilleur équilibre entre les contraintes de la réalité sociale et la subjectivité. La fréquence dans ce groupe d'une socialisation insuffisante ou précaire est moindre tandis qu'un conformisme excessif à valeur défensive semble apparaître aussi bien dans le groupe E que dans le groupe R ($p = .10$).

Dynamique affective: les groupes R et E ne se distinguent pas significativement sur ce point. Tous deux se caractérisent par la faiblesse des capacités de mentalisation et de conflictualisation, ainsi que par des capacités d'identification et de contact limitées. Quant à l'impulsivité, si elle n'est pas la règle, elle est aussi fréquente dans un groupe que dans l'autre.

Identité et représentation de soi: alors que certains contenus différencient nettement les deux groupes (Anat, image hybrides, naissance et fœtus), aucune différence significative n'apparaît si les indices sont regroupés.

Angoisse et style des défenses: les groupes R et E ne se différencient pas significativement quant à la fréquence d'apparition des différents types d'angoisse. Par contre, le style des défenses paraît différent: les sujets du groupe R recourent plus volontiers à des défenses par accrochage à la réalité extérieure tandis que ceux du groupe E recourent plus à des défenses par l'inhibition ($p = .10$).

Dynamisme vital: les sujets du groupe R sont significativement plus actifs que ceux du groupe E ($p = < .05$). Il faut cependant noter que la passivité est le lot de la majorité des sujets des deux groupes.

Globalement, l'approche dynamique vient confirmer de profondes ressemblances entre nos deux groupes quant à la nature de l'angoisse exprimée, à la dynamique affective générale, et à la fragilité de l'identité et de la représentation de soi. Elle met cependant l'accent sur des différences essentielles qui viennent corroborer les résultats précédents: les sujets du groupe R montrent une socialisation meilleure, leurs attitudes sont plus actives, leur style de défense privilégie l'activité rationnelle adaptative.

DISCUSSION

Cette étude montre qu'un programme de réhabilitation axé sur la réinsertion socio-professionnelle a plus de chances de convenir à des bénéficiaires qui présentent un ensemble de caractéristiques se répartissant sur trois niveaux: le niveau fonctionnel, le niveau subjectif personnel, le niveau des ressources psychodynamiques.

Au niveau fonctionnel, les personnes qui tirent le meilleur parti du programme gèrent en général mieux les différentes activités de la vie quotidienne et leur existence dans la communauté. Elles sont plus actives, utilisent davantage les ressources en loisir de l'environnement et prennent mieux en charge leurs problèmes financiers. Leur maturité sociale et leur conformisme seraient plus grands. Si l'on se réfère aux caractéristiques du patient psychiatrique chronique: retrait social, perte d'initiative, apathie, vulnérabilité au stress, limitation des capacités à accomplir les activités quotidiennes (Mercier, 1987; Garant, 1985), la population qui réussit son programme de réhabilitation apparaît d'emblée comme moins chronifiée que la population qui échoue.

Au niveau du vécu subjectif, les personnes qui réagissent positivement au programme sont plus satisfaites de leur vie et estiment avoir une meilleure qualité de vie que celles dont l'évolution sera négative. Ces sentiments ne sont pas liés à une meilleure qualité des

rapports à autrui mais bien à la satisfaction de besoins de base comme le logement, l'alimentation, la santé, les divertissements à l'extérieur. Or, ces besoins apparaissent comme le plus souvent carencés chez les patients chroniques à côté de l'emploi, de revenus stables et de contacts sociaux (Ball et Havassy, 1987). Les sujets en échec apparaîtraient donc ici aussi comme plus chronifiés. Le fait, qu'ils expriment moins que les autres une demande de prise en charge de leurs problèmes personnels et relationnels va dans le même sens.

Au niveau psychodynamique, les personnes qui évolueront favorablement montrent une socialisation caractérisée par un meilleur équilibre entre la prise en compte des contraintes de la réalité et l'incidence de leur subjectivité. Leur style défensif favorise la prise en considération de la réalité extérieure avec un rapport de meilleure qualité avec cette réalité, une pensée plus rationnelle. Ils disposent enfin d'un dynamisme et d'un potentiel d'activité plus important. Le Rorschach apporte ici une note originale par rapport aux autres échelles utilisées dans cette étude grâce à son caractère intégrateur d'un ensemble de dimension touchant à la personnalité. Malgré des différences très nettes entre les groupes E et R au plan du diagnostic et de la trajectoire psychiatrique, le Rorschach ne montre aucune différence entre ces groupes au plan de la dynamique affective, du niveau de l'angoisse et de la représentation de soi, notions qui fondent son approche psychopathologique et diagnostique. Les différences se situeraient au niveau de l'aménagement défensif et d'une mobilisation active des ressources par opposition à un fonctionnement passif régressif. En fait, le Rorschach suggérerait que la symptomatologie et le diagnostic clinique ne différencient pas formellement nos deux groupes et que les caractéristiques des bénéficiaires responsables d'une évolution positive seraient d'ordre plus fonctionnel que structural. Ces éléments vont dans le sens d'une relative indépendance entre symptômes et ajustement social et rejoignent l'opinion de plusieurs auteurs (Weissman, 1974; Strauss et Carpenter, 1981).

Quoi qu'il en soit, ces résultats vont dans le sens d'une chronicité au départ plus accentuée chez les bénéficiaires qui échouent dans leur programme de réinsertion. La variable symptomatologie ou diagnostic ne semblerait pas, malgré certaines apparences, avoir une incidence majeure dans la détermination de ce processus. Par contre, les aspects fonctionnels liés à la participation sociale paraîtraient plus déterminants. Les sujets du groupe E se caractériseraient par une attitude de retrait social associée aux antécédents psychiatriques (52 % dans le groupe E, 28 % dans le groupe R), se concrétisant

surtout par le fait de vivre en institution (44 % dans le groupe E, 4 % dans le groupe R).

Ce constat conduit à porter une attention toute particulière à la dynamique des rapports à l'entourage et au milieu plus général. Il apporte du poids à l'hypothèse d'une désinstitutionnalisation sociale du patient psychiatrique comme obstacle essentiel à sa réinsertion: «les patients psychiatriques ont du mal à réintégrer une position dans le cadre des institutions sociales de base de notre société (famille, travail...) et au sein des rapports sociaux... les patients se trouvent dès lors rejetés du côté de leur rôle de malade, ce qui accentue leurs chances d'être réhospitalisés ou les amène à une position de repli social» (Corin et Lauzon, 1984). L'échec des sujets du groupe E dans le programme de réinsertion socio-professionnelle mis en œuvre au CRF de Vottem tiendrait au fait que la désinstitutionnalisation sociale de ces patients les rend peu sensibles aux valeurs dominantes d'autonomie, de responsabilité, d'activité, d'échange relationnel sur lesquelles se fonde le programme. En d'autres termes, ils ne seraient pas motivés par un ancrage communautaire suffisant.

CONCLUSION

Nos services de réadaptation fonctionnelle, malgré les concepts de la psychiatrie communautaire auxquels ils se réfèrent, restent sans doute trop dépendants encore d'une conception de la réadaptation où l'objectif immédiat est d'adapter une personnalité donnée aux exigences d'un système social à travers une série d'interventions visant des apprentissages et des changements instrumentaux: entraînement aux habiletés de la vie quotidienne, entraînement aux habiletés sociales, entraînement au travail. Ces interventions fondées sur une évaluation fonctionnelle répondent certes à des besoins et sont donc nécessaires mais il ne faut pas perdre de vue qu'un modèle linéaire (traitement — réadaptation — fonctionnement normatif) issu de la pratique du handicap physique n'est pas transférable au handicap psychique qui réclame, lui, un modèle circulaire où traitement et réadaptation sont dans des proportions variables constamment en interaction.

Autrement dit, la réadaptation du patient psychiatrique ne se pose pas seulement en termes d'apprentissage mais aussi d'habilitation, d'aptitude à intégrer psychiquement son appartenance sociale et à se situer comme sujet en relation avec d'autres sujets (Jeanson, 1990). Par ailleurs, cette étude montre que les démarches entreprises ne sont guère susceptibles d'apporter de résultats probants sauf au-

près d'une population présentant des caractéristiques particulières dont l'aspect essentiel est la perméabilité aux valeurs sociales dominantes du groupe de référence, perméabilité s'enracinant dans un réseau de support social minimal représenté essentiellement par la famille. Pour les autres, tout se passe comme si la pauvreté du milieu ambiant bloquait l'ouverture au monde extérieur et au changement, malgré les souhaits formulés d'insertion et de travail. En fait, un programme axé principalement sur l'insertion professionnelle tel que nous l'appliquons au CRF de Vottem n'est guère accessible qu'à des bénéficiaires disposant de certains prérequis. Pour les sujets plus marginalisés, aux antécédents psychiatriques plus lourds, à l'environnement plus pauvre, on devrait mettre sur pied des programmes plus souples de constitution d'un réseau de soutien s'attachant à «développer des solidarités locales et à refaire le tissu communautaire» (Corin et al., 1983). Ces programmes viseraient en outre à restaurer un véritable rapport dialectique entre l'individu et la société à travers le développement de l'aptitude à intégrer, assumer et négocier son appartenance sociale (Jeanson, 1990). Reste bien sûr à opérationnaliser de tels programmes. Il est pourtant bien certain que la réadaptation ne peut plus avoir pour cible la seule personne, mais bien la personne et son environnement. À une approche en termes de symptômes et de niveau fonctionnel doit succéder une approche en terme de «potentiel de réadaptation» où les conditions environnementales sont largement prises en considération (Mercier, 1987).

NOTES

1. Des dispositions légales récentes (1/1/1991) renvoient maintenant le volet de la réadaptation fonctionnelle vers le secteur de la santé par le biais de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI).
2. Ces instruments viennent compléter, dans un souci d'appréhension plus fonctionnel de la personne, une batterie préexistante dominée davantage par un souci diagnostique. Cette batterie comprend:
 - le test de Rorschach essentiellement utilisé à des fins diagnostiques et de description d'un fonctionnement psycho-dynamique (Rorschach, 1962);
 - l'inventaire du monde expérientiel de Bonneau et El Meligi (EWI) (Bonneau et El Melegi, 1974), destiné à fournir une description du fonctionnement de la personne à travers la façon dont elle perçoit le milieu qui l'entoure et dont elle se perçoit elle-même dans cet environnement;

- l'inventaire de personnalité de Californie (CPI), (Gough, 1964), questionnaire objectif de personnalité dont le choix des échelles fait appel à une typologie tirée des comportements courants;
- l'échelle d'intelligence pour adultes de Wechsler (WAIS) (Wechsler, 1970) destinée à fixer le niveau du fonctionnement intellectuel.

RÉFÉRENCES

- BALL, J.F.L., HAVASSY, B.E., 1984, A survey of the problems and needs of homeless consumers of acute psychiatric services, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 9, 917-922.
- BELLACK, A.S., HERSEN, M., 1978, Chronic psychiatric patients: social skill training in Hersen, M., and Bellack, A., eds., *Behavior Therapy in the Psychiatric Setting*, Williams and Wilkins Co., Baltimore.
- BONNEAU, G., EL MELIGI, A.M., 1974, *Inventaire du monde expérimental*, Editest, Bruxelles.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale: prévenir, traiter, et réadapter efficacement. Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale. L'efficacité de la réadaptation*, Éditeur officiel du Québec, Québec.
- CORIN, E., LAUZON, G., 1984, Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation: une approche sociale en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, 9, 2, 168-171.
- CORIN, E., et al., 1983, *La désinstitutionnalisation: une orientation des politiques et distribution des services*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications du Québec, Québec.
- DONNAY, J. M., CHAUMONT, A., 1989, *Grille d'évaluation de la compétence sociale (GECS)*, Association Intercommunale de Guidance et de Santé, Vottem-Liège.
- GARANT, L., 1985, *La désinstitutionnalisation en santé mentale, un tour d'horizon de la littérature*, Secrétariat à la coordination de la recherche, Québec.
- GOUGH, M. C., 1964, *Manual for the California Psychological Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- GUAY, J., 1981, Le réseau social de l'ex-patient psychiatrique, *Revue québécoise de psychologie*, 2, 3, 41-57.
- HÉBERT, A., 1985, La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique, *Sociologie et société*, 17, 1, 61-72.
- JEANSON, F., 1990, L'insertion comme forme de thérapie, *Revue française de psychiatrie*, 8, 4, 3-6.

- MERCIER, C. 1987, *Rapport entre la position dans le réseau psychiatrique, l'utilisation des services et la qualité de la vie chez des patients psychiatriques chroniques*, Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.
- MERCIER, C., 1987, *La désinstitutionnalisation: une orientation des politiques et distribution des services*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les publications du Québec, Québec.
- MOSS, R. H., 1974, *Community Oriented Programs Environment Scale Manual*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- PAQUIN, M. J. R., 1981, L'apprentissage des aptitudes sociales pour prévenir l'hospitalisation, *Santé mentale au Canada*, 7-34.
- RORSCHACH, H., 1962, *Psychodiagnostic*, P.U.F., Paris.
- STRAUSS, J. S., CARPENTER, W.T., 1981, *Schizophrenia*, Plenum Press, New York.
- WECHSLER, D., 1970, *Echelle d'intelligence de Wechsler pour adultes*, adaptation et traduction Centre de psychologie appliquée, Paris.
- WEISSMAN, M. H., 1974, The assessment of social adjustment, A review of techniques, *Archives of General Psychiatry*, 32, 357-365.
- WILLER, B., BIGGIN, P., 1974, *Self Assessment Guide, Rationale and Development*, Lakeshore Psychiatric Hospital, Toronto.

ABSTRACT

Introduction of an evaluation strategy for the psycho-social rehabilitation of psychically-handicapped adults in Belgium: An approach matching programs to the needs of beneficiaries

This article examines the implementation of an evaluation strategy in a socio-professional rehabilitation centre. In this project, measuring instruments were developed with the double intention of providing a clinical evaluation that would be useful for the intervener, as well as ensuring an evaluation of the clientele's evolution that would assist in the observation of effects resulting from interventions within groups of beneficiaries. Following the first analysis of data, which showed that the program had difficulty in retaining its clientele, a second study was undertaken to establish the profile of beneficiaries on whom the program had a positive impact and those for whom the stay at the centre did not provide any significant effects.