

POLICY

Centre for
Mental Health



Faire du rétablissement une réalité

Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade

Édition québécoise

Les principes du rétablissement

- Le rétablissement, c'est rendre sa vie intéressante et satisfaisante, selon sa propre définition, en présence ou non de symptômes et de problèmes continus ou récurrents.
- Le rétablissement, c'est se détourner de sa pathologie, de sa maladie et de ses symptômes pour se concentrer sur sa santé, ses forces et son bien-être.
- L'espoir est au centre du rétablissement et peut se développer davantage quand on découvre comment prendre le contrôle de sa propre vie (« pouvoir d'agir » « *agency* ») et comment d'autres ont réussi à progresser.
- L'autogestion est encouragée et facilitée. Les processus d'autogestion sont similaires, mais ce qui donne de bons résultats peut être très différent d'une personne à l'autre. Il n'existe pas de solution universelle.
- La relation d'aide offerte par le clinicien évolue d'expert à mentor, accompagnateur ou partenaire au cours du cheminement vers la découverte de soi. Les cliniciens sont là pour « être disponibles, sans être dans une position de supériorité » (« *on tap, not on top* »).
- Le rétablissement ne survient pas dans l'isolement. Il est étroitement associé à l'inclusion sociale et à la capacité d'assumer des rôles sociaux significatifs et satisfaisants dans les communautés locales, plutôt que dans des services distincts, réservés spécifiquement aux personnes ayant à composer avec des troubles mentaux.
- Le rétablissement consiste à découvrir – ou à redécouvrir – un sentiment d'identité personnelle, qui n'a rien à voir avec la maladie ou le handicap (*disability*).
- Le langage utilisé et les histoires racontées ont une grande importance et peuvent servir de médiateurs dans le processus de rétablissement. Ils peuvent favoriser un sentiment d'espoir et des possibilités de croissance ou au contraire susciter un sentiment de pessimisme et la chronicité.
- Le développement de services axés sur le rétablissement met l'accent sur les qualités personnelles des intervenants autant que sur leurs compétences professionnelles. Son but est de cultiver leur capacité à faire preuve d'espoir, de créativité, de sollicitude, de compassion, de réalisme et de résilience.
- La famille et les autres aidants jouent souvent un rôle décisif dans le rétablissement et devraient être acceptés comme partenaires dans la mesure du possible. Pour beaucoup de personnes, le soutien par des pairs est fondamental à leur rétablissement.

Adapté de *Recovery – Concepts and Application* de Laurie Davidson, the Devon Recovery Group. Nous lui sommes reconnaissants de nous avoir permis d'utiliser ce document.

Témoignages des usagers des services

Nous reproduisons tout au long de ce document des témoignages d'usagers de services, recueillis dans le cadre d'une recherche menée par le *Scottish Recovery Network* (Brown et Kandirikira, 2007). Nous leur sommes reconnaissants de nous avoir autorisés à utiliser ces citations.

Introduction

« J'ai réalisé il y a deux ou trois ans qu'il était vraiment possible de se rétablir... Je pensais qu'une fois que tu avais la maladie, c'était pour de bon – mais tu peux te rétablir. Je pense que c'est tout à fait fabuleux... »

Le rétablissement est une idée qu'il est temps de concrétiser et au cœur de laquelle se trouve un ensemble de valeurs sur le droit de se bâtir une vie riche de sens, avec ou sans la présence continue de symptômes de maladie mentale. Le rétablissement fait appel à l'autodétermination et à l'autogestion. Il souligne l'importance de l'espoir pour maintenir la motivation et soutenir les attentes d'une vie pleinement enrichissante.

Le rétablissement constitue une nouvelle raison d'être pour les services de santé mentale. C'est en effet le nouveau principe d'organisation sur lequel repose les services de santé mentale en Nouvelle-Zélande (*Mental Health Commission*, 1998), aux États-Unis (*Department of Health and Human Services*, 2003) et en Australie (*Australian Government*, 2003). Plus près du Royaume-Uni, il a été adopté en Irlande (*Mental Health Commission*, 2005) et en Écosse (*Scotland Government*, 2006).

En Angleterre, les idées qui sous-tendent le rétablissement se retrouvent également dans divers documents d'orientation du ministère de la Santé (Department of Health), qui visent à promouvoir l'autogestion et l'exercice du libre choix pour les personnes ayant à composer avec des problèmes de santé de longue durée. Il s'agit entre autres de publications comme *The Expert Patient* (Department of Health, 2001), *Our Health, Our Care, Our Say* (Department of Health, 2006a), et *Commissioning framework for health and well-being* (Department of Health, 2007a).

Plusieurs établissements importants de soins psychiatriques et de services de santé mentale (*mental health trusts* ^{Note}) en Angleterre sont aussi en train d'intégrer les concepts du rétablissement dans leurs principes de fonctionnement (Devon Partnership NHS Trust, 2007; South London & Maudsley NHS Foundation Trust, 2007; South West London and St George's Mental Health NHS Trust, 2007).

Concernant le soutien professionnel, l'infirmière en chef à titre de directrice au sein du Department of Health (*Chief Nursing Officer* ^{Note}) recommandait, dans son examen récent des soins infirmiers en santé mentale que les principes et valeurs clés de l'approche axée sur le rétablissement animent tous les secteurs de cette pratique (Department of Health, 2006b).

Le College of Occupational Therapists (2006) et la British Psychological Society Division of Clinical Psychology (2000) appuient également ces principes. Le Royal College of Psychiatrists, le Social Care Institute for Excellence et le Care Services Improvement Partnership ont récemment souscrit au concept du rétablissement dans un important exposé de position intitulé *A common purpose* (RCP / SCIE / CSIP, 2007) rendu public lors de la

^{Note} Il est possible de consulter ces deux sites web pour obtenir des informations à l'égard de cette entité administrative du système public de santé du Royaume-Uni :

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/mentalhealthservices/Pages/Availableservices.aspx>

X

^{Note} Il s'agit d'un cadre supérieur ayant des responsabilités nationales au sein du ministère de la Santé de l'Angleterre. Consulter les pages du site web

http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionallofficers/Chiefnursingofficer/DH_4000299

conférence annuelle du Royal College of Psychiatrists à Édimbourg en 2007.

Nous croyons que le concept du rétablissement doit être développé davantage, mais qu'il fournit déjà un cadre qui, s'il est adopté sérieusement, transformera radicalement les services de santé mentale au Royaume-Uni dans le futur. Le présent énoncé de principes aborde certains des concepts clés et explore leurs incidences sur la prestation des services de santé mentale. Il ne prétend pas épuiser la question du rétablissement, mais cherche plutôt à ouvrir le débat sur la manière dont cette approche peut être mise en pratique et ce que les services doivent faire pour qu'elle se concrétise.

Définir le rétablissement

« J'ai pris ma maladie en main et j'assume la responsabilité de ce que je fais et de ce que je ne fais pas. Je ne la laisse pas me contrôler... Ce n'est pas toute ma vie, ce n'est qu'une partie de ma vie maintenant... »

Le rétablissement est plutôt un terme contesté. Toutefois, une définition largement acceptée s'harmonise à celle énoncée par l'un des concepteurs (*intellectual founders*) du mouvement du rétablissement, Bill Anthony :

« Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale... » (Anthony, 1993).

Les concepts du rétablissement ont été formulés en grande partie par et pour les usagers qui voulaient décrire leurs propres expériences de vie. Les professionnels devraient dès lors être sensibles aux plaintes des usagers selon lesquelles les professionnels sont en train de s'approprier ces concepts. Cependant, pour que le rétablissement ait l'impact qu'il mérite, nous croyons que les professionnels doivent comprendre sa signification et, en collaboration avec les usagers et d'autres, soutenir activement son implantation dans l'ensemble des services.

Encadré 1 : Éléments du processus de rétablissement

- I. **Trouver et garder espoir** – croire en soi; avoir le sentiment personnel de pouvoir agir (*agency*); voir l'avenir avec optimisme;
- II . **Retrouver une identité positive** – trouver une nouvelle identité qui intègre la maladie tout en conservant une image centrale de soi positive;
- III . **Bâtir une vie pleine de sens** – comprendre la maladie; trouver un sens à sa vie, en dépit de la maladie; mordre dans la vie;
- IV. **Se prendre en main et être maître de sa vie** – avoir le sentiment d'être en contrôle de sa maladie et sa vie.

(d'après Andresen, Oades et Caputi, 2003)

Quels en sont les éléments essentiels? Après avoir étudié des récits personnels de rétablissement, Andresen, Oades et Caputi (2003) ont suggéré quatre éléments clés. On les retrouve dans l'encadré 1. Ils sont très

similaires à ceux proposés par l'organisme Rethink (2008)^{Note}

Un principe essentiel du rétablissement tient au fait qu'il ne signifie pas nécessairement guérison (rétablissement clinique). Par contre, il met en relief le cheminement tout à fait particulier de l'individu ayant des problèmes de santé mentale, qui se bâtit une vie au-delà de la maladie (rétablissement social). Ainsi, la personne peut se réapproprier sa vie sans pour autant guérir de sa maladie.

Comme pour les problèmes de santé physique, il faut se réconcilier avec le traumatisme que peuvent avoir sur sa vie les symptômes de la maladie mentale et incorporer ces expériences dans une nouvelle identité personnelle. Que m'est-il arrivé? Qu'est-ce que cela signifie? Pourquoi est-ce arrivé? Ces questions surgissent quel que soit l'âge auquel les symptômes se manifestent pour la première fois, mais elles sont particulièrement problématiques pour les jeunes dont l'identité est encore en développement (Larsen, 2004).

Il est possible de répondre à ces questions, seulement si l'on peut découvrir – ou redécouvrir – le sentiment d'avoir un contrôle personnel (« pouvoir d'agir » « *agency* ») et croire en l'avenir (espoir). Sans espoir, il est impossible de reconstruire sa vie. Or, le rétablissement tient de ce processus, et la *qualité* de cette expérience est donc fondamentale.

Dans les services de santé mentale, les concepts du rétablissement ont surtout été

^{Note} Rethink est un organisme sans but lucratif ayant une portée nationale en Angleterre qui compte plus de 10 000 membres et qui offre une variété de services de soutien et d'information aux personnes aux prises avec des troubles mentaux, leurs familles, leurs amis et leurs proches. Consulter les pages de leur site web http://www.rethink.org/about_us/index.html

examinés par rapport à des adultes, mais ils peuvent très bien s'appliquer à quiconque éprouve un problème important de santé mentale, peu importe l'âge. Ils peuvent aussi s'appliquer dans des domaines spécialisés comme la psychiatrie légale, les troubles cérébraux et les problèmes d'alcool ou de drogues.

Dans le domaine de la santé physique, ils peuvent également s'appliquer à n'importe quel problème chronique de santé : l'asthme, le diabète, l'arthrite rhumatoïde, les maladies cardiaques, etc., et la prise en charge de ces pathologies est fortement tributaire de la transmission d'informations et de l'autogestion en plus des traitements et du contrôle des symptômes.

Les origines du rétablissement

« ...Au cours des années, personne, psychiatres et autres, ne dit effectivement : Tu peux te rétablir. Ce n'est jamais mentionné... »

Un grand nombre des concepts qui sous-tendent le rétablissement ne sont pas nouveaux. Ils proviennent surtout du mouvement des usagers/survivants des années 1980 et 1990, qui reposait sur l'entraide mutuelle, la reprise du pouvoir d'agir (*empowerment*) et la défense des droits. Ce mouvement contestait les notions traditionnelles du pouvoir et de l'expertise professionnels qui avaient cours dans les services de santé mentale (et qui sont sans doute encore présents aujourd'hui). Ces concepts trouvent leurs origines dans les mouvements de défense des droits civils des années 1960 et 1970 aux États-Unis et dans les groupes d'entraide comme les Alcooliques Anonymes, pour lesquels le concept « d'être en voie de rétablissement » demeure un principe fondamental.

Les concepts du rétablissement ont ensuite connu un essor considérable dans les années 1980 grâce aux données probantes découlant d'études sur les résultats à long terme obtenus par les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves comme la schizophrénie. Ces études remettaient en question l'idée que leur état se détériorerait inévitablement en plus de produire un large éventail de résultats différents. D'après la recherche, entre le quart et les deux tiers des personnes ayant vécu un premier épisode de psychose s'étaient rétablies partiellement ou complètement, c'est-à-dire que leurs symptômes s'étaient suffisamment améliorés pour ne plus nuire à leur vie de tous les jours, ce qui leur permettait de reprendre leurs activités personnelles, sociales et professionnelles (Davidson & McGlashan, 1997).

La plupart des personnes atteintes de troubles graves et persistants peuvent dès lors espérer avec réalisme un rétablissement clinique, et moins du quart demeureront vraisemblablement avec des incapacités de façon permanente. Mais même pour elles, le rétablissement social n'est pas impossible, puisqu'elles peuvent en arriver à mieux comprendre comment gérer leurs symptômes et se bâtir ainsi une vie intéressante en dépit de leurs limites plus grandes.

De nombreux concepts liés au rétablissement remontent encore plus loin. Ce sont des réminiscences du traitement moral pratiqué dans les premiers établissements psychiatriques et inspiré de l'exemple du York Retreat ^(Note) (Digby, 1985). Il y a aussi quelques ressemblances avec le mouvement de la communauté thérapeutique qui a été à l'origine

^{Note} Voir l'historique de cet établissement psychiatrique britannique fondé par William Tuke en 1796 sur leur site web <http://www.theretreatyork.org.uk/about-the-retreat/our-history.html>

de la réforme des vieux établissements après la Deuxième Guerre mondiale (Clark, 1974). Ces deux approches soulignaient l'importance d'un traitement humain, de l'entraide mutuelle, du soutien par les pairs ainsi que de la valeur du travail et d'autres activités structurées. Au Royaume Uni, le rétablissement a aussi des liens avec la tradition de la réadaptation établie par des psychiatres comme Douglas Bennett (Bennett, 1978; Shepherd, 1984; 1991).

La réadaptation est en train de se redéfinir de façon à intégrer les concepts du rétablissement (Roberts et coll., 2006). Elle a conservé un intérêt pour les résultats sociaux plutôt que médicaux, mais elle accorde de plus en plus d'importance à l'autogestion et insiste sur une approche qui mise sur les forces des personnes, c'est à dire sur ce qu'elles peuvent faire et non pas l'inverse (Rapp et Goscha, 2006). L'importance de garder espoir et d'avoir des attentes élevées occupe aussi une plus grande place (Perkins, 2006). Ainsi, le rétablissement fournit un nouveau cadre conceptuel pour la pratique de la réadaptation moderne.

Services axés sur le rétablissement

La réadaptation n'est pas le seul secteur des services de santé mentale qui est en train de se redéfinir. Selon le directeur national de la santé mentale au Royaume-Uni :

« De plus en plus, les services cherchent à dépasser les soins cliniques traditionnels pour aider les patients à réintégrer la société, redéfinissant ainsi le rétablissement pour qu'il incorpore la qualité de vie – un emploi, un logis décent, des amis et une vie sociale. » (Appleby, 2007a).

Voilà qui atteste l'importance de l'exclusion sociale en tant que facteur contribuant à l'apparition et à la persistance des problèmes de santé mentale (Social Exclusion Report, 2004), et du capital social en tant que facteur préventif possible (De Silva et coll., 2005; Falzer, 2007). En matière de politiques, cela signifie que les services de santé mentale doivent se soucier davantage de la santé et du bien-être général et fournir un soutien direct aux personnes pour leur permettre d'être des citoyens à part entière dans leur communauté (Department of Health, 2007a).

Les objectifs des services de santé mentale axés sur le rétablissement diffèrent donc des objectifs des services traditionnels de santé du type « traitement et guérison ». En effet, ces derniers mettent l'accent sur le soulagement des symptômes et la prévention de rechutes. Or, dans le rétablissement, l'amélioration symptomatique demeure importante, et peut très bien jouer un rôle clé dans le rétablissement de la personne, mais la qualité de vie, telle que définie par l'individu lui-même, est cruciale. La preuve la plus flagrante du rétablissement réside donc dans les témoignages des individus (voir, par exemple, Leete, 1987; Deegan, 1996) plutôt que dans les changements concernant la gravité des symptômes au fil du temps.

Le rôle des professionnels

Une approche axée sur le rétablissement exige également une relation différente entre les professionnels de la santé et les usagers des services. Roberts et Wolfson (2004) y ont vu un virage dans la perception du personnel considéré d'abord comme distant, occupant une position d'expertise et d'autorité, pour devenir ensuite davantage un *coach* ou un entraîneur personnel « *offrant ses compétences et connaissances professionnelles, tout en*

apprenant du patient et en le valorisant dans sa qualité d'expert par l'expérience ». Ceci repose sur l'ouverture, la confiance et l'honnêteté, et c'est la qualité de cette relation d'aide qui est cruciale.

Le but du professionnel est donc de mettre à la disposition de la personne les ressources – information, habiletés, réseaux et soutien – pour qu'elle puisse gérer sa maladie autant que possible en plus de l'aider à avoir accès aux ressources dont elle pense avoir besoin pour vivre sa vie. Voilà qui est tout à fait cohérent avec l'orientation décrite dans *New Ways of Working* (Department of Health, 2007b). Repper et Perkins (2003) ont bien résumé ce virage chez les professionnels qui sont « disponibles, sans être dans une position de supériorité » (« *on tap, not on top* »). Cela implique une relation de pouvoir très différente entre le professionnel et la personne qu'il est censé servir.

Le processus de rétablissement est alors nourri par l'espoir (Perkins, 2006), ce qui ne veut pas dire pour autant que dans les services axés sur le rétablissement, tout le monde doit toujours garder espoir, et ce, même devant ce qui semble être des problèmes pratiques insurmontables. Quoiqu'il soit vrai que les approches axées sur le rétablissement considèrent en général que les espoirs et les rêves de l'individu sont souvent plus importants que ce que le professionnel juge comme étant réaliste, elles n'encouragent pas pour autant l'irréalisme naïf.

D'une certaine façon, ce n'est qu'une simple question de pragmatisme. Les espoirs et les attentes d'un individu *ont* généralement plus d'influence sur son comportement que ce que pensent les professionnels. Il faut également reconnaître que les professionnels ont plutôt du mal à prédire avec exactitude ce qui est ou n'est pas possible pour un individu donné dans

un domaine particulier de sa vie, et il y a toujours le risque que les professionnels sous-estiment le potentiel de l'individu. De faibles attentes peuvent trop facilement devenir des prophéties autoréalisatrices (Social Exclusion Unit, 2004).

Mais le rétablissement n'invalide pas l'avis d'un professionnel. Et les professionnels ne devraient pas non plus prétendre que quelque chose est possible s'ils croient sincèrement le contraire. Ils devraient toutefois se rappeler qu'ils peuvent parfois se tromper et reconnaître qu'il y a une valeur intrinsèque à soutenir quelqu'un qui essaie d'atteindre les buts qu'il s'est fixé, même s'ils croient que ces buts ne sont pas réalistes.

Si la modulation des symptômes devient un objectif secondaire, l'aide que fournissent les professionnels ainsi que les services autres qu'en santé mentale deviennent beaucoup plus importants.

« Tout service, traitement, intervention ou soutien doit être jugé en fonction du critère qui suit – dans quelle mesure me permet-il de mener la vie que j'ai choisie de mener? »
(Repper et Perkins, 2003).

Le logement, l'emploi, les études, les activités de loisirs et la participation à la communauté « comme tout le monde » (« *mainstream* ») deviennent alors les objectifs primaires, et pas seulement ce que les professionnels espèrent voir se produire si l'individu « guérit ». Les traitements, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux, ne sont utiles que s'ils contribuent à l'atteinte de ces objectifs. Les priorités traditionnelles des services de santé mentale sont ainsi complètement inversées.

Le cheminement vers le rétablissement

« Ayez une vision de l'endroit où vous voulez être et tentez de trouver des façons d'y arriver... Rien ne devrait jamais vous arrêter d'être ce que vous voulez être.... Ne laissez jamais personne vous le dire. Ce n'est pas leur vie, c'est la vôtre... »

Quoique le rétablissement soit une option pour tout le monde, il se peut qu'il ne soit pas entrepris avec la même ardeur par tous les individus (et c'est leur choix). À la suite d'un très grand nombre d'entrevues auprès d'usagers, Andresen, Caputi et Oades (2006) font observer que le processus du rétablissement semble se diviser en cinq étapes, décrites dans l'encadré 2.

Les étapes proposées dans l'encadré 2 ne doivent pas être vues comme une progression linéaire que tout le monde doit suivre. Elles représentent plutôt des aspects de l'engagement dans le processus du rétablissement. Alors, pourquoi est-ce que tout le monde ne s'engage pas de la même manière?

Davidson et Roe (2007) avancent que beaucoup de personnes peuvent sembler réticentes à s'engager à cause de la gravité de leurs symptômes, de leurs expériences négatives des soins de santé mentale, des effets secondaires intolérables des médicaments, ou du simple fait qu'il leur est parfois trop pénible et coûteux d'accepter qu'ils ont besoin de l'aide qui leur est offerte. Il est alors indispensable que les services aident ces individus à entreprendre leur cheminement vers le rétablissement.

Encadré 2 : Les cinq étapes du rétablissement

Moratoire – Un temps de retrait caractérisé par un profond sentiment de perte et de désespoir;

Prise de conscience – Réalisation que tout n'est pas perdu et qu'une vie enrichissante est possible;

Préparation – Bilan des forces et des faiblesses concernant le rétablissement et début des efforts d'acquisition des compétences pour y arriver;

Reconstruction – Travail actif pour établir une identité positive et des objectifs significatifs, et reprendre sa vie en main;

Croissance – Mener une vie significative marquée par l'autogestion de sa maladie, la résilience et une image de soi positive.

(tiré de Andresen, Caputi et Oades, 2006)

Premièrement, le personnel doit être prêt à écouter. Or, l'écoute est une habileté singulièrement sous-évaluée et, même si cela peut parfois rendre mal à l'aise, il est souvent très salutaire d'être prêt tout simplement à s'asseoir et à écouter pendant que la personne tente de donner un sens à son bouleversement et à sa détresse. (Il peut aussi s'avérer difficile pour les professionnels d'écouter les perceptions des usagers à propos d'un service de santé mentale ayant manqué de sensibilité dans le passé.) La personne peut alors être encouragée à prendre note de ses symptômes et de ses stratégies d'adaptation, et, en se concentrant sur de petites étapes de changement, accroître son sentiment de maîtrise de soi par rapport à des événements douloureux (Perkins, 2007).

Pendant que ce processus se construit, la personne peut travailler à la formulation d'un

plan de crise conjoint impliquant à la fois son coordonnateur de soins et son psychiatre. Il s'agit en quelque sorte de « directives anticipées », (« *advance directives* ») qui impliquent formellement toute l'équipe des soins et qui se sont avérées considérablement efficaces pour réduire les admissions involontaires à l'hôpital (Henderson et coll., 2004).

Ainsi, si les professionnels peuvent commencer à prendre un peu de recul, à partager le pouvoir et à reconnaître la contribution des « experts par l'expérience » – usagers et aidants – alors tous pourront en bénéficier. Si la personne peut exercer un plus grand contrôle sur ses symptômes et sur la façon de les gérer, particulièrement en épisodes de crise, elle peut améliorer sa confiance en soi et prendre en main d'autres aspects de sa vie.

L'importance du travail et de l'emploi

« L'aspect le plus difficile de la maladie mentale est le sentiment de toujours prendre des autres, qu'ils sont toujours en train de vous donner quelque chose, qu'ils vous soutiennent constamment... Me rétablir a consisté à voir comment je pouvais redonner aux personnes qui sont importantes pour moi... »

Un des indicateurs les plus importants du progrès de l'individu est lorsqu'il réussit à sortir de son rôle de malade pour devenir plus qu'un simple bénéficiaire passif de soins. Que ce soit parce qu'il travaille, parce qu'il prend soin de sa famille ou de ses amis, ou simplement parce qu'il constate qu'en partageant son expérience il peut donner de l'espoir et de l'inspiration à d'autres, c'est souvent là une étape clé dans le processus du rétablissement.

Le travail et l'emploi demeurent les principaux moyens de tisser des liens avec sa communauté et de bâtir sa vie. Réaliser que vous avez quelque chose à offrir, tout en ayant besoin d'aide, est un aspect fondamental pour développer une estime de soi positive, ce qui est au cœur du rétablissement.

Il va sans dire qu'il existe un danger de voir le travail comme une panacée. Il y a aussi la crainte que, dans son enthousiasme à réduire le nombre de personnes qui demandent des prestations d'aide sociale ou d'invalidité (*incapacity benefits*) le gouvernement force les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale à retourner au travail, ajoutant ainsi à leur détresse au lieu de la réduire.

Il y a clairement un équilibre important à trouver ici entre les dangers de forcer les gens à retourner au travail et les dangers de les en exclure à cause d'une combinaison d'ignorance, de préjugés et d'un manque d'aide efficace. Nous croyons que les plus grands dangers sont encore du côté de l'exclusion. Il existe certainement de vastes éléments de preuve sur la volonté de travailler de la plupart des personnes ayant des problèmes de santé mentale, à la condition de pouvoir bénéficier de mesures appropriées d'aide et de soutien (Seebom et Secker, 2005). Si le rétablissement doit devenir une réalité, l'emploi devra en être une priorité clé.

Aidants naturels, membres de la famille et amis

Les problèmes de santé mentale ont un effet profond non seulement sur la vie de la personne qui les éprouve, mais également sur ses proches. Les aidants naturels, les membres de la famille et les amis fournissent souvent la majeure partie du soutien et peuvent jouer un rôle essentiel pour favoriser le rétablissement

et faciliter l'inclusion sociale. Pour le faire efficacement, ils doivent comprendre la situation de la personne et les défis qui l'attendent en plus de recevoir le soutien nécessaire pour l'aider à cheminer vers le rétablissement.

Toutefois, les membres de la famille, les aidants et les amis se sentent encore souvent mal informés et privés de soutien. Certains aidants continuent aussi de croire que les professionnels leur attribuent implicitement – ou parfois explicitement – la responsabilité des problèmes de leur proche. Ce ne sont pas des conditions propices à un partenariat de soins efficace (Repper et coll., 2007).

La famille et les amis doivent aussi relever le défi de leur propre rétablissement. Eux aussi doivent réévaluer leur vie, en essayant de comprendre ce qui s'est passé et en faisant les ajustements nécessaires. Les membres de la famille, les aidants et les amis doivent trouver de nouvelles sources de valeur et de sens pour eux-mêmes, dans leur vie propre et dans leurs relations avec leur proche. Trop souvent, les aidants naturels voient leurs propres réseaux sociaux, leurs contacts et leurs possibilités diminuer et constatent qu'ils sont eux aussi victimes de stigmatisation et d'exclusion sociale.

Il importe donc que les services de santé mentale facilitent aussi le rétablissement des aidants et de ceux qui sont proches de la personne touchée, en les amenant à comprendre ce qui s'est passé, à reconstruire leur propre vie et à avoir accès aux possibilités qu'ils valorisent.

Obstacles à la pratique axée sur le rétablissement

« Je ne suis pas stupide, vous savez. Je suis peut-être déprimé, je suis peut-être renfermé, je suis peut-être psychotique, mais je ne suis pas comme ça tout le temps... »

En dépit de leur popularité et de leur attrait intrinsèque, les concepts du rétablissement ont été critiqués. On voit déjà des signes de réaction hostile de la part d'utilisateurs à l'égard de ces concepts. Certains y voient une simple justification pour supprimer des services, réduire les prestations et forcer les gens à retourner au travail. Ces craintes sont compréhensibles, mais, à notre avis, elles ne devraient pas faire oublier la valeur des concepts du rétablissement et leur potentiel pour l'amélioration des services de santé mentale.

Certaines des critiques les plus répandues concernant l'approche du rétablissement sont résumées par Davidson et coll. (2006) dans la liste qui suit.

1. *« Le rétablissement n'a rien de nouveau. Pourquoi tout ce battage publicitaire? On pratique le rétablissement depuis des années. »*

Certains concepts du rétablissement nous sont familiers, mais comme ils s'appliquent à des problèmes humains de longue date (et difficiles), ce n'est pas tellement surprenant. Quoiqu'il n'y ait que peu de réelle nouveauté dans les services de santé mentale, il nous semble clair que le rétablissement est suffisamment particulier pour justifier qu'il soit considéré comme un nouveau concept dont les impacts sont importants.

2. *« Les soins axés sur le rétablissement ajoutent à la charge de travail des professionnels. Non seulement dois-je soigner et traiter les gens, mais je dois maintenant travailler à leur rétablissement? »*

Le rétablissement n'a pas à créer une charge additionnelle s'il remplace les idéologies existantes. Il y a un danger évident d'ajouter à la charge de travail si les soins axés sur le rétablissement sont simplement un ajout aux soins existants. Toutefois, le raisonnement ici est que les modèles de soins associés au rétablissement doivent *remplacer* les idéologies traditionnelles des services de santé mentale du genre « évaluation-traitement-guérison ». De cette façon, ils ne devraient pas ajouter au fardeau des professionnels surchargés : en fait, ils pourraient même l'alléger en quelque sorte.

3. *« Le rétablissement veut dire que la personne est guérie. Quand vous dites que vos clients sont en rétablissement, que voulez-vous dire par là? Ne voyez-vous pas à quel point ils sont encore handicapés? N'est-ce pas là une contradiction? »*

Non. Le rétablissement concerne la personne et sa vie. Ce qu'il advient de la maladie est une toute autre question. Guérison et rétablissement ne sont pas la même chose, même si le traitement actif peut être un élément essentiel du processus de rétablissement.

4. *« Le rétablissement ne survient que pour un nombre très limité de personnes atteintes de maladies mentales graves. Vous ne parlez pas des gens que je vois. Ils sont trop handicapés. Le rétablissement n'est pas possible pour eux. »*

Non. Le rétablissement est possible pour tout le monde. Toutefois, tout le monde n'est pas prêt à s'y engager de la même façon, ou n'a pas la volonté de le faire. Chacun doit choisir son propre cheminement vers le rétablissement. C'est le rôle des autres (y compris des professionnels) de s'assurer que la personne ne cesse jamais de croire qu'elle doit poursuivre ses propres désirs et aspirations.

5. *« Le rétablissement en santé mentale est une mode irresponsable. Ce n'est que la dernière saveur du mois et elle ne fait que vouer les gens à l'échec. »*

Non. C'est probablement la nouvelle orientation la plus importante que les services de santé mentale sont en train de prendre. Le rétablissement représente la convergence de plusieurs concepts (apprentissage de l'autonomie, autogestion, droits des personnes handicapées, inclusion sociale et réadaptation) sous une même rubrique qui annonce cette nouvelle orientation pour les services de santé mentale. Le rétablissement ne va pas disparaître du jour au lendemain.

6. *« Le rétablissement ne survient qu'après des traitements actifs et la compréhension intuitive (insight) de la situation et à cause d'eux. Mes patients ne veulent même pas reconnaître qu'ils sont malades. Comment puis-je leur parler de rétablissement alors qu'ils n'ont aucun insight à l'égard de leur maladie? »*

Non. Le traitement et apprendre à se connaître et à mieux comprendre sa maladie vont de pair avec le rétablissement. Comme il a déjà été mentionné, le traitement actif peut très bien être une partie importante du

rétablissement. Il n'y a rien d'incohérent là dedans. « L'*insight* » est un concept hautement controversé. Ce n'est pas un état catégorique du genre « tout ou rien » et personne n'en a le monopole. La compréhension intuitive (« *insight* ») est moins importante que l'évaluation que fait la personne des différents aspects de sa vie.

7. *« Le rétablissement ne peut être mis en application que par le biais de nouveaux services. Donnez nous les ressources, l'argent et le personnel et nous serons heureux de faire du rétablissement. »*

Non. Nous avons déjà un tas de politiques en santé mentale qui appuient l'approche du rétablissement. Nous n'avons vraiment pas besoin d'autres politiques ou services; il nous faut simplement faire en sorte que les services existants soient plus efficaces, mieux harmonisés aux besoins des usagers et clairement axés sur le rétablissement.

8. *« Les services de rétablissement ne sont ni remboursables, ni fondés sur des données probantes. Avant c'était la gestion coordonnée des soins (managed care), ensuite la pratique fondée sur les données probantes, et maintenant c'est le rétablissement. Mais le rétablissement n'est ni rentable, ni fondé sur des données probantes. »*

On peut faire valoir que le rétablissement constitue une mauvaise utilisation des ressources en santé si les gains sociaux sont le seul résultat obtenu. Mais ces gains sociaux ont des avantages importants pour la santé. Les témoignages personnels nous indiquent que le sentiment d'être davantage maître de sa vie et d'y trouver un sens au-delà de la maladie a des conséquences importantes

sur la santé. Se rétablir veut aussi dire réaliser un plus grand nombre d'objectifs sociaux variés.

Quant à la question de ne pas être fondé sur des données probantes, disons simplement que différentes données ont différents usages. Les témoignages personnels ont une validité immédiate, mais les données provenant d'études contrôlées (*controlled trial*), comme celles sur l'efficacité des modèles de communication de l'information sur la schizophrénie, sur les approches liées à la gestion des symptômes par le patient, sur l'aide efficace pour les familles, sur les approches efficaces pour le placement dans un emploi régulier, etc., existent déjà et peuvent être utilisées pour appuyer les personnes dans leur cheminement vers le rétablissement.

9. « *Les méthodes axées sur le rétablissement dévalorisent le rôle des interventions professionnelles. Pourquoi me suis-je soumis à dix ans de formation si c'est quelqu'un d'autre sans formation qui va prendre toutes les décisions?* »

Non. L'intervention professionnelle demeure importante, mais le rétablissement la situe dans un contexte différent. Les professionnels ont l'expertise dans les interventions thérapeutiques efficaces, le fonctionnement des groupes, les questions liées à la participation et aux cadres conceptuels à l'appui de la création de services et de systèmes. Il n'est donc pas question que les professionnels cessent d'être « professionnels » – ça n'a même souvent rien à voir avec l'utilisation de *nouvelles* interventions par les professionnels – c'est plutôt de voir *comment* des interventions existantes sont pratiquées et dans quel contexte.

10. « *Le rétablissement accroît l'exposition des intervenants aux risques et à la responsabilité professionnelle. Si c'est la personne elle-même qui est responsable de son rétablissement, alors pourquoi jette-t-on le blâme sur moi si les choses tournent mal?* »

Le risque est inhérent à tous les services de santé mentale. Dans les services axés sur le rétablissement, il se peut que le risque soit plus élevé, mais c'est parfois nécessaire de prendre des risques pour apprendre et s'épanouir. Il faut faire la différence entre les risques qui doivent être réduits au minimum (se faire du mal ou faire mal à autrui) et les risques que les personnes sont en droit de prendre. Le concept du rétablissement encourage les personnes à tirer profit des possibilités (*opportunities*) de croissance et de changement (la dignité du risque), mais d'une façon responsable.

En réalité, le risque est partagé et toutes les personnes concernées devraient avoir une idée claire des risques qu'elles prennent effectivement. Si un individu choisit d'ignorer l'avis clairement documenté d'un professionnel, il assume alors les conséquences du risque qu'il prend. Si un professionnel commet un acte qui va clairement à l'encontre de son devoir de diligence, alors c'est lui qui est responsable. Dans un cas comme dans l'autre, le risque n'est pas convenablement géré. Ce n'est certainement pas utile que les professionnels pensent qu'ils portent l'entière responsabilité de la façon dont les gens vivent leur vie.

À quoi ressemble une pratique axée sur le rétablissement?

Un des principaux obstacles à la mise en place d'une pratique axée sur le rétablissement est l'absence de clarté et d'accord sur ce que cela veut dire dans les faits. À quoi reconnaît-on un service axé sur le rétablissement? Comment sait-on qu'on a fait des progrès pour le concrétiser? Si nous réussissons à créer des services axés sur le rétablissement, quelles sortes d'avantages les usagers en retireront-ils?

Les tentatives visant à définir et à mesurer le rétablissement semblent presque inévitablement vouées à l'échec. Le processus lui-même est un cheminement tellement unique et personnel que toute tentative visant à fournir des indicateurs du processus et des résultats semble, au mieux, présomptueuse et, au pire, quelque peu offensante. Il y a toutefois eu plusieurs tentatives d'élaboration de mesures d'évaluation de la pratique axée sur le rétablissement (Campbell-Orde et coll., 2005; Tondora et Davidson, 2006) et le travail continu pour en élaborer d'autres (Andresen, Caputi et Oades, 2006).

Évidemment, le personnel et les services de santé mentale ne peuvent pas, par eux-mêmes, *pratiquer* le rétablissement – seuls les usagers et leurs familles peuvent cheminer vers le rétablissement. Mais le personnel et les services peuvent tenter de mettre en place les conditions propices dans lesquelles l'individu a le sentiment d'être capable et que son pouvoir d'agir (*agency*) peut se déployer. Ils peuvent tout de même essayer d'éviter de créer des conditions défavorables au rétablissement.

On peut soutenir que, malgré les dangers d'une approche réductionniste dans ce domaine, les tentatives visant à décrire le plus clairement possible les concepts liés au rétablissement et

leur signification concrète sont importantes. En effet, les expériences récentes au Royaume-Uni semblent indiquer que, sans un certain degré d'opérationnalisation, il est difficile de réaliser une réforme significative des services. Ainsi, le succès incontesté des réformes des services de santé mentale entreprises au cours des dix dernières années (Appleby, 2007b) est attribuable en grande partie à l'influence de modèles clairs de prestation des services, étayés par des guides très détaillés de mise en œuvre des politiques. Donc, avons-nous besoin d'un guide de mise en œuvre des politiques en matière de rétablissement? À quoi ce guide ressemblerait-il?

La tentative la mieux connue pour évaluer la pratique axée sur le rétablissement au Royaume-Uni est probablement le DREEM (*Developing Recovery Enhancing Environments Measure*). Cet outil a d'abord été développé aux États-Unis par Priscilla Ridgeway et ses collègues (Ridgeway et Press, 2004) et adapté pour utilisation au Royaume-Uni par Piers Allott et Peter Higginson.

Le DREEM a été utilisé pour sonder l'opinion du personnel et des usagers à propos du rétablissement et déterminer dans quelle mesure selon eux il est soutenu dans des services particuliers (Dinniss et coll., 2007). On commence maintenant à s'en servir comme outil d'amélioration des services pour soutenir la mise en place d'une pratique axée sur le rétablissement dans tous les services au fil du temps (Gillespie, 2007).

Le DREEM nous apparaît utile. Il fournit une définition multidimensionnelle du rétablissement et de la pratique axée sur le rétablissement, en plus de tenter de préciser les résultats possibles du point de vue de l'utilisateur. L'évaluation simultanée des perspectives du personnel et des usagers fait en sorte qu'il est possible de les comparer, et

les discussions qui en découlent peuvent servir à orienter les efforts continus d'amélioration de la qualité des services.

Par contre, il laisse ouverte la question capitale de savoir quels types de *comportements* doivent avoir les intervenants pour créer un service axé sur le rétablissement. Quels types de programmes de formation sont nécessaires pour susciter ces comportements et quels sont les facteurs organisationnels susceptibles de contribuer – ou de nuire – à l'émergence de ces pratiques dans toute l'organisation?

Les compétences et les connaissances du personnel

C'est à Borg et Kristiansen (2004) que l'on doit une des tentatives les plus intéressantes visant à préciser les ingrédients clés d'une pratique axée sur le rétablissement du point de vue des intervenants. Elles ont conclu que les caractéristiques clés étaient les suivantes :

- Ouverture
- Collaboration d'égal à égal
- Importance primordiale des ressources intérieures de l'individu
- Réciprocité
- Volonté de fournir un effort supplémentaire

Elles poursuivent en disant que ces compétences générales doivent être accompagnées d'un haut niveau de compétences relationnelles – empathie, sollicitude, acceptation, affirmation mutuelle, encouragement à prendre des risques de façon responsable et attentes positives par rapport à l'avenir. Perkins (2006), aussi, place des relations qui inspirent de l'espoir au cœur de ses indications pour une pratique axée sur le rétablissement.

On trouve dans O'Hagan (2001, cité dans Roberts et Wolfson, 2004) et dans Glover (2002) des tentatives semblables visant à définir les compétences et habiletés des intervenants ayant une pratique axée sur le rétablissement. En se fondant sur leurs idées, on peut commencer à préciser les genres d'interactions quotidiennes qui devraient se produire dans les services axés sur le rétablissement. L'encadré 3 les expose en fonction de pratiques réflexives.

L'encadré 3 fournit l'amorce d'un ensemble de normes qui pourraient, comme l'ont proposé Slade et Hayward (2007), être transformées en une échelle de fidélité pour évaluer dans quelle mesure la pratique quotidienne des intervenants est véritablement axée sur le rétablissement. Ces normes peuvent également constituer les caractéristiques exigées des candidats que l'on recrute et servir de structure aux gestionnaires pour donner de la rétroaction sur le rendement. La liste est suffisamment courte pour être affichée sur un babillard et même (avec quelques modifications) être reproduite sur une carte que tous les employés du service porteraient sur eux. Ce n'est pas parfait, mais c'est un pas vers une définition claire de la pratique axée sur le rétablissement dans les interactions de tous les jours entre intervenants et usagers.

Encadré 3 :

Les dix principaux conseils pour une pratique axée sur le rétablissement

Après chaque interaction, le professionnel de la santé mentale devrait se demander, ai-je ...

- écouté activement la personne pour l'aider à comprendre ses problèmes de santé mentale?
- aidé la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir, et non ceux identifiés par les professionnels?
- montré que je croyais dans les forces et les ressources existantes de la personne pour atteindre ces objectifs?
- donné des exemples de mon vécu ou du vécu d'autres usagers qui les inspirent ou valident leurs espoirs?
- porté une attention particulière à l'importance des objectifs qui sortent la personne de son rôle de malade et qui lui permettent de contribuer activement à la vie des autres?
- recensé des ressources autres qu'en santé mentale – amis, contacts, organisations – qui pourraient jouer un rôle dans l'atteinte des objectifs?
- encouragé la gestion des problèmes de santé mentale par la personne elle-même (en fournissant de l'information, en renforçant les stratégies d'adaptation existantes, etc.)?
- discuté du genre d'interventions thérapeutiques que veut la personne, p. ex., traitements psychologiques, thérapies non conventionnelles, plan conjoint de crise, etc., en respectant ses choix autant que possible?
- en tout temps fait preuve d'une attitude respectueuse à l'égard de la personne et d'un désir de travailler ensemble d'égal à égal, montrant une volonté de faire un effort supplémentaire?
- tout en acceptant que l'avenir est incertain et que des revers se produiront, continué d'exprimer mon appui à la possibilité d'atteindre ces objectifs autodéterminés – garder espoir et avoir des attentes positives?

(d'après Shepherd, 2007)

Le défi consiste alors à traduire ces principes (où quelque chose qui leur ressemble) en un ensemble de normes de performance de l'équipe. Les équipes sont maintenant les principaux éléments constitutifs des services de santé mentale et – qu'il s'agisse d'équipes multidisciplinaires de santé mentale de proximité (*community mental health teams*), d'intervention de crise (*crisis resolution*), de suivi intensif dans le milieu (*assertive outreach*), de traitement des premiers épisodes psychotiques (*early intervention*)^{Note} – elles devraient s'efforcer de fournir leurs services en utilisant une approche axée sur le rétablissement. Plusieurs équipes tentent déjà de le faire, mais leurs chefs d'équipe doivent les superviser avec soin et les soutenir d'une façon continue en s'appuyant sur un ensemble clair de normes. Par exemple :

- Y a-t-il des possibilités d'embaucher des usagers pour jouer un rôle dans l'équipe, y compris celui d'intervenant direct?
- L'équipe encourage-t-elle une participation réelle de l'utilisateur aux décisions prises à l'égard de son plan de traitement et d'intervention?
- Le chef d'équipe est-il déterminé à faire en sorte que le personnel fasse preuve d'une attitude respectueuse et d'égal à égal envers les usagers (et leurs familles) en tout temps?
- Comment le chef d'équipe s'assure-t-il que ces normes sont respectées?
- Est-ce que la supervision de la qualité de la pratique axée sur le rétablissement des membres de l'équipe fait partie de leur description de poste et aussi de leur évaluation du rendement?

^{Note} La traduction proposée s'appuie sur des appellations généralement utilisées au Québec.

Élaborer ce type de normes pour les équipes et veiller à ce qu'elles soient appliquées sont des tâches essentielles pour l'avenir.

La question de la formation du personnel vient tout de suite après avoir défini la pratique. Des travaux utiles ont été menés sur les besoins en formation du personnel (connaissances et compétences) dans le *Capabilities for Inclusive Practice* (National Social Inclusion Programme, 2007). Ce dernier document s'inspire du cadre de référence *Ten Essential Shared Capabilities* (NIMHE, 2004) qui contient de nombreux concepts liés au rétablissement. Chaque aptitude est définie en fonction de ses répercussions pour une organisation ou un service inclusif et pour un praticien inclusif^{Note}. Il y a aussi une aptitude distincte concernant la promotion du rétablissement, mais elle est relativement peu développée.

Le *Capabilities for Inclusive Practice* est très complet; il est conçu pour éclairer la mise en place de services et les aider à développer leur capacité. Il reconnaît toutefois que les conseils fournis pour les praticiens devront être intégrés dans la pratique au quotidien au moyen de descriptions de fonctions, de descriptions de postes, et d'une supervision efficace.

L'objectif ultime est d'incorporer ces concepts dans les règles et procédures organisationnelles de manière à créer une culture qui fait la promotion de la pratique axée

^{Note} Bien qu'ici la traduction du mot anglais *inclusive* soit correcte, ce terme englobe pour les praticiens britanniques une vision assez complexe de l'intervention professionnelle en santé mentale, de sorte qu'il est recommandé aux lecteurs francophones de prendre connaissance du document cité par les auteurs à partir de ce lien internet pour en saisir le sens et la portée.
http://www.socialinclusion.org.uk/publications/DH_capabilities_05.pdf

sur le rétablissement. Des lignes directrices aideraient à faire face à des questions comme :

- Commence-t-on par un énoncé de mission et un leadership du haut vers le bas, ou devrait-on procéder à l'inverse, du bas vers le haut?
- Quelle place accorder à la formation du personnel?
- Comment – et par qui – devrait être donnée la formation?
- Quelle est l'importance d'embaucher dans l'effectif des personnes ayant déjà utilisé les services?
- Combien de personnes ayant des problèmes de santé mentale devrait-on viser à embaucher dans l'effectif?
- Quelle est la contribution du personnel actuel ayant déjà vécu des problèmes de santé mentale?
- Comment venir à bout de la stigmatisation dans les processus de recrutement et de gestion des ressources humaines?

En plus de se concentrer sur les processus de mise en œuvre d'une pratique axée sur le rétablissement, nous devons également examiner quels sont les résultats que nous espérons obtenir de ces processus. Du point de

vue des usagers, le résultat primordial est simple : une vie satisfaisante et enrichissante. Comme on l'a indiqué précédemment, probablement qu'une forme quelconque de compte rendu descriptif par l'utilisateur constitue la meilleure façon de mesurer ce résultat.

Mais pour beaucoup d'utilisateurs, il ne s'agit pas simplement de se sentir bien ou de se sentir inclus socialement, etc. Ils veulent voir des preuves objectives de leur plus grande participation à la société comme l'accès à un logement ordinaire, à un emploi rémunéré, à des études et à d'autres activités communautaires « comme tout le monde » (« *mainstream* »). Il y a des façons bien établies de mesurer de tels résultats et d'autres sont ajoutées avec une perspective particulière sur le rétablissement et l'inclusion sociale (Huxley et coll., 2006). À notre avis, il est également important d'inclure ces mesures objectives avec les données provenant des comptes rendus personnels.

Encadré 4 : Les organisations peuvent-elles être transformées? Un exemple de l'Amérique du Nord

Depuis 1999, une organisation américaine de services de santé mentale a adopté une approche radicale pour promouvoir le rétablissement. META est une petite organisation sans but lucratif (350 employés) située à Phoenix, en Arizona (Ashcraft et Anthony, 2005).

Au printemps 1999, le personnel de META et son directeur général, Gene Johnson, ont assisté à un atelier national où des personnes atteintes de maladies mentales – y compris un psychiatre réputé – ont raconté à quel point il était décourageant de se sentir constamment laissés-pour-compte, privés du pouvoir de décider et non respectés par les organisations mêmes censées les aider. Ces témoignages ont mis Gene et ses collègues mal à l'aise, qui ont convenu qu'ils étaient ce genre d'organisation.

Ils ont donc décidé d'entreprendre un processus de rétablissement pour leur organisation, lequel a de nombreuses ressemblances avec le processus de rétablissement des individus. Une des participantes clés de ce cheminement, Lori Ashcraft, a précisé certaines des étapes principales :

La révision des buts et objectifs organisationnels (l'énoncé de mission).

L'énoncé a été transformé; plutôt que de souligner l'excellence de l'organisation, il a fait ressortir la responsabilité de l'organisation d'améliorer la vie des autres.

L'engagement à pleinement intégrer des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la gestion de l'organisation à tous les niveaux et dans toutes les fonctions.

META a commencé par recruter pour son équipe de gestion un professionnel ayant déjà vécu des problèmes de santé mentale, ce qui a eu un impact important. Très vite META recrutait explicitement et formait des personnes ayant une expérience vécue de la maladie mentale pour travailler côte à côte avec d'autres professionnels de l'organisation. Présentement, plus de 70 % des effectifs de META sont des personnes ayant vécu la maladie mentale. De ce pourcentage, 36 % ont un emploi à temps plein et 64 % à temps partiel. Ce changement dans la composition des compétences a joué un rôle fondamental dans la transformation de la culture de l'organisation.

Le virage vers un modèle éducationnel plutôt que thérapeutique.

META a vite compris que, pour que les gens avec une expérience vécue puissent fonctionner efficacement en tant qu'employés, bon nombre d'entre eux avaient besoin d'une formation spécifique. L'organisation a donc élaboré un programme de formation de 70 heures, sur cinq semaines, destiné aux pairs spécialistes du rétablissement.

Une année après avoir complété la formation, 89 % des stagiaires travaillaient : 29 % à temps plein, 52 % à temps partiel et 19 % à l'heure (Hutchinson et coll., 2006). En plus de la formation destinée aux

pairs aidants spécialistes (*peer support specialists*), le Recovery Education Centre se sert du Wellness Recovery Action Plans (WRAP) pour donner également une formation sur le rétablissement aux usagers (Copeland, 2000).

Le centre fournit également des cours sur le logement, l'emploi, et la vie dans la collectivité en plus de former des intervenants en santé mentale en provenance de services publics locaux ou d'agences locales indépendantes. La plus grande partie de cette formation est offerte par des pairs spécialistes formés et préparés à cet effet. Ce virage vers un modèle éducationnel découle d'une confiance idéologique dans la valeur d'un modèle éducationnel plutôt que thérapeutique.

« Nous voulions que notre Centre mette l'accent sur la consolidation et le développement des forces des personnes plutôt que de porter une attention encore plus grande sur ce qui ne va pas chez eux. » (Ashcraft et Anthony, 2005, p.15).

Le Recovery Education Centre est ainsi devenu la principale force motrice pour faire avancer l'organisation. Il a formé plus de 500 pairs spécialistes pour travailler chez META et dans d'autres agences de santé mentale partout aux États-Unis (et plus récemment en Écosse et en Nouvelle-Zélande). Il constitue une lueur d'espoir et sert d'exemple manifeste que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale peuvent contribuer directement à leur propre rétablissement et à celui des autres en misant sur leur expérience personnelle dans le cadre d'emplois rémunérés.

La mise en place d'un système systématique de soutien pour les pairs professionnels qui sont embauchés dans des postes de prestation de services.

META a compris que, pour que les pairs aidants spécialistes (*peer support specialists*) soient en mesure de maintenir leur contribution aux services de santé mentale, il serait nécessaire de leur offrir un soutien et une supervision continus, comme à tout autre groupe professionnel. C'est maintenant chose faite, à la fois chez META et dans d'autres organisations où travaillent des pairs. Il est primordial d'agir ainsi pour éviter de perdre la contribution tout à fait particulière des pairs spécialistes.

Croître d'une manière flexible, concevoir de nouvelles activités, sans perdre de vue les valeurs de base, et toujours atteindre les objectifs de rendement.

Tout au long de ses dix années de croissance, META a mis sur pied de nouveaux services dans le domaine des interventions en cas de crise, du logement et de l'emploi, mais l'organisation n'a pas oublié son engagement envers la participation des usagers et leur rétablissement. META a invariablement atteint ses objectifs de rendement (réduction des taux de réadmission, amélioration de la stabilité en logement, réduction de l'usage des moyens de contention à l'hôpital, etc.) tout en faisant concurrence aux autres fournisseurs de l'univers très rude des fournisseurs indépendants de services de santé mentale aux États-Unis aujourd'hui.

(Pour plus d'information, visitez www.recoveryinnovations.org)

Organisations en voie de rétablissement

« Je veux vraiment travailler là où je sens que je contribue ... J'ai l'impression d'avoir un grand potentiel inexploité et, si je peux continuer à être bien, je peux faire quelque chose de ma vie. Je ne veux pas ne rien accomplir dans ma vie ... »

Transformer un service pour qu'il adopte une approche axée sur le rétablissement peut donc exiger un changement radical dans sa façon actuelle d'être organisé. META (encadré 4) est un exemple d'une organisation en voie de rétablissement, qui a entrepris une transformation que les usagers eux-mêmes ont réellement menée.

Dans l'exemple de META, l'importance primordiale accordée à l'expérience vécue s'est avérée une force unificatrice pour l'organisation, plutôt qu'une source de conflits. Elle a guidé la planification des services et le développement organisationnel et, comme il est maintenant acquis que la majorité des employés ont déjà vécu des problèmes de santé mentale dans leur propre vie ou dans celle de leurs proches, les barrières traditionnelles entre le personnel et les usagers ont été abattues. Les uns comme les autres sont respectés pour ce qu'ils peuvent apporter, mais le pouvoir de l'organisation découle de la place privilégiée qu'elle accorde aux besoins des usagers, plutôt qu'aux priorités des professionnels. Il s'agit là d'un changement de culture fondamental.

Beaucoup de services de santé mentale au Royaume-Uni semblent très loin de cette approche. Les droits acquis des professionnels, un souci pour la gestion des risques au dépens des apprentissages, les pressions financières,

les demandes de statut en tant que *Foundation Trust* ^(Note), etc. se sont conjugués pour produire un système qui semble avoir perdu contact avec les besoins clairement exprimés des usagers et de leurs familles (Healthcare Commission, 2007). L'expérience de META démontre que ces organisations pourraient être transformées (et en dix ans seulement!), mais que cela exige une vision, des valeurs, du leadership – et beaucoup de travail.

Changer les services en changeant les pratiques de recrutement

Dans le cas de META, la transformation a débuté par un changement fondamental dans les pratiques de recrutement. Or, nous aussi nous sommes engagés à embaucher dans les services de santé mentale au Royaume-Uni des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (Department of Health, 2002), et il ne manque pas de lignes directrices utiles à cet égard (p. ex., Seebohm et Grove, 2006). L'initiative STR (Support, Time Recovery workers, Department of Health, 2003) également a été une expérience très précieuse, mais nous avons un long chemin à parcourir avant d'imiter les réalisations d'organisations comme META.

Un bon exemple d'embauche de personnel aux prises avec des problèmes de santé mentale dans l'effectif d'une organisation comme un *NHS trust* ^(Note) est celui du South West London & St George's (www.swlstg-tr.nhs.uk). En 1995, cet établissement a établi un programme

^{Note} Il s'agit d'un établissement de soins de santé mentale (*mental health trust*) ayant plus d'autonomie sur le plan local. Voir <http://www.foundationtrustnetwork.org/>

^{Note} C'est-à-dire un établissement de soins psychiatriques et de services de santé mentale relevant du système public de santé.

d'embauche d'usagers (« *User Employment Programme* ») dans le but d'augmenter l'accès des personnes ayant elles-mêmes vécu des problèmes de santé mentale à des emplois réguliers dans les services de santé mentale. Entre 1995 et 2007, 142 personnes ont été soutenues dans 163 postes de l'organisation et, le 1^{er} janvier 2007, 86 % de ces personnes travaillaient toujours à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation ou étaient impliquées au sein d'un programme de formation professionnelle (Perkins, Rinaldi et Hardisty, 2008, à venir).

De plus, chaque année entre 1999 et 2006, au moins 15 % des nouvelles recrues dans cette organisation avaient elles-mêmes éprouvé des problèmes de santé mentale, et une analyse plus détaillée des données de recrutement de 2005-2006 montre que les nouvelles recrues ayant des problèmes de santé mentale étaient plus nombreuses parmi les personnes recrutées pour des postes de plus haut niveau.

Voilà donc une percée des plus encourageantes, mais l'expérience du South West London & St. George's demeure une exception, plutôt que la règle. Tant que nous n'imaginerons pas plus radicalement comment remodeler l'effectif en santé mentale, il est presque inévitable que la culture des organisations continuera d'être axée sur les professionnels.

Conclusion

« Il est difficile d'être contre la proposition selon laquelle le rétablissement devrait constituer le but premier poursuivi par les services de santé mentale à l'avenir. Car à quoi servons-nous et à quoi servent nos services, si ce n'est à soutenir les individus et leurs familles dans leur cheminement vers le rétablissement? Mais il est également clair que tout le monde est loin d'être à l'aise avec l'idée de souscrire au modèle du rétablissement, et il faut examiner avec soin les réserves qu'ont exprimées les professionnels, les usagers et les aidants à ce sujet. » (Roberts et Hollins, 2007, p.397)

Le rétablissement est une nouvelle idée importante ayant des répercussions radicales sur la conception et le fonctionnement des services de santé mentale. Mais il y a sans contredit des obstacles à la concrétisation de cette idée. Pour les surmonter, il serait peut-être utile d'envisager un guide de mise en œuvre des politiques sur le rétablissement, qui fournirait des lignes directrices simples afin d'orienter la pratique de l'intervenant, de l'équipe et du service.

Un tel guide de mise en œuvre des politiques en matière de rétablissement pourrait servir d'outil de développement afin de vérifier la pratique locale en fonction de normes acceptées et de faire avancer le service dans une direction davantage axée sur le rétablissement à l'aide d'un cycle répété d'évaluations (*repeated audit cycle*). Cela ressemble grandement au paradigme de la recherche action, qui s'est avéré l'un des moyens les plus efficaces de réaliser des changements organisationnels majeurs (Iles et Sutherland, 2001).

Il se peut qu'une façon plus radicale de transformer les services de santé mentale soit de modifier les pratiques de recrutement de manière à intégrer dans le personnel rémunéré, notamment en tant que gestionnaires et intervenants, plus de personnes ayant une expérience vécue de la maladie mentale.

Dans un cas comme dans l'autre, l'implantation d'une pratique axée sur le rétablissement suppose un changement de taille à l'égard de la *culture* du service tout comme dans son *organisation*. Cela implique que l'ensemble du service accepte la réalité selon laquelle la maladie mentale est partout autour de nous et que des individus ayant des problèmes de santé mentale participent déjà à la prestation des services. C'est seulement qu'on les encourage à garder le secret à ce sujet.

Toute cette démarche implique des changements radicaux dans les rapports traditionnels de pouvoir et, éventuellement, dans les pratiques traditionnelles de recrutement. Voilà pour l'avenir. Entre-temps, nous espérons que ce document contribuera à susciter un engagement à faire de la pratique axée sur le rétablissement une norme dans tous les services de santé mentale au Royaume-Uni.

Ce document marque le début des travaux au Sainsbury Centre visant à parfaire cette vision et à définir les étapes qui doivent suivre. Nous sommes impatients de collaborer avec d'autres pour favoriser les changements qui feront du rétablissement une réalité pour tous.

Bibliographie

- Andresen, R., Caputi, P., et Oades, L. (2006) Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **40**, 972–980.
- Andresen, R., Oades, L., et Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **37**, 586–594.
- Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, **16**, 11 –23.
- Appleby, L. (2007a) *Breaking down barriers: the clinical case for change*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Appleby, L. (2007b) *Mental health ten years on: progress on mental health care reform*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Ashcraft, L. et Anthony, W.A. (2005) A Story of Transformation: An Agency Fully Embraces Recovery. *Behavioural Healthcare Tomorrow*, **14**, 12–22.
- Australian Government (2003) *Australian Health Ministers National Mental Health Plan 2003 – 2008*. Australian Government: Canberra. (www.mentalhealth.gov.au)
- Bennett, D. (1978) Social forms of psychiatric treatment. In J.K. Wing (ed.) *Schizophrenia: Towards a new Synthesis*. Academic Press: London.
- Borg, M. et Kristiansen, K. (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, **13**, 493–505.
- British Psychological Society Division of Clinical Psychology (2000) *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*. British Psychological Society: Leicester.
- Brown, W. et Kandirikirira, N. (2007) *Recovering Mental Health in Scotland*, Scottish Recovery Network, Baltic Chambers, Suites 320–321, 50 Wellington Street, Glasgow G2 6HJ.
- Campbell–Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J. et Leff, H.S. (2005) *Measuring the Promise: A compendium of recovery measures, Volume II: The Evaluation Centre at HSRI*. (www.tecathsri.org)
- Clark, D. (1974) *Social Therapy in Psychiatry*. Penguin Books: Harmondsworth, London.
- College of Occupational Therapists (2006) *Recovering ordinary lives: The strategy for occupational therapy in mental health services 2007–2017*. College of Occupational Therapists: London.
- Copeland, M.E. (2000) *Guide to Developing a WRAP – Wellness Recovery Action Plan*. (www.mentalhealthrecovery.com)
- Davidson, L. (2008) *Recovery – Concepts and Application*. Devon Recovery Group (www.scmh.org.uk)
- Davidson, L. et McGlashan, T.H. (1997) The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**, 34–43.
- Davidson, L., O’Connell, M., Tondora, J. et coll. (2006) The ten top concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, **57**, 640–645.
- Davidson, L. et Roe, D. (2007) Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, **16**, 459–470.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. et Huttly, S.R.A. (2005) Social capital and mental

- illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, **59**, 619–627.
- Deegan, P. (1996) Recovery as a journey of the heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **11**, 11–19
- Department of Health (2001) *The Expert Patient*. Department of Health: London.
- Department of Health (2002) *Mental health and employment in the NHS*. Department of Health: London
- Department of Health (2003) *Mental health policy implementation guide: Support, Time and Recovery (STR) workers*. Department of Health: London.
- Department of Health (2006a) *Our Health, Our Care, Our Say*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2006b) *From Values to Action: The CNO's Review of Mental Health Nursing*. Department of Health: London. (<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>)
- Department of Health (2007a) *Commissioning framework for health and well-being*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk/en/index.htm)
- Department of Health (2007b) *Mental Health: New ways of working for everyone, Progress report*. Department of Health: London. (www.dh.gov.uk)
- Department of Health (2007c) *Capabilities for inclusive practice*. NSIP / CSIP : London. (www.socialinclusion.org.uk)
- Department of Health and Human Services (2003) *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. President's New Freedom Commission on Mental Health*, pub no. SMA-03-3832. Department of Health and Human Services: Rockville, Maryland, USA.
- Devon Partnership NHS Trust (2007) *Our Values*. (www.devonpartnership.nhs.uk/index.php?id=14)
- Digby, A. (1985) *Madness, Morality and Medicine – A study of the York Retreat, 1796–1914*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Dinniss, S., Roberts, G., Hubbard, C., Hounsell, J. & Webb, R. (2007) User-led assessment of a recovery service using DRE M. *Psychiatric Bulletin*, **31**, 124–127.
- Falzer, P.R. (2007) Developing and Using Social Capital in Public Mental Health. *Mental Health Review Journal*, **12**, 34–42.
- Gillespie, S. (2007) *Recovery in Action: Evaluating Strategic Networks for Mental Health Services in the early implementation stage of their pilot recovery projects*. Paper presented at CSIP conference on 'Recovery Outcome Measures', 7th December, 2007. Available from Mental Health Foundation, London Office, 9th Floor, Sea Containers House, 20 Upper Ground, London, SE1 9QB. (mhf@mhf.org.uk)
- Glover, H. (2002) *Developing a recovery platform for mental health service delivery for people with mental illness/distress in England*. NIMHE: London.
- Healthcare Commission (2007) *Community mental health services – The views of mental health service users. Key findings from the 2007 survey*. Healthcare Commission: London. (www.healthcarecommission.org.uk)
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. et Szmukler, G. (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, **329**, 136–140.
- Hutchinson, D.S., Anthony, W.A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E.C., Lyass, A., et Rogers, S.A. (2006) The personal and vocational impact of training and employing people with

- psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **29**, 205–213.
- Huxley, P., Evans, S., Munroe, M., Webber, M., Burchardt, T., Knapp, M. & McDaid, D. (2006) Development of a ‘Social Inclusion Index’ to capture subjective and objective domains (Phase I). Final report to NCCRM. Unpublished. Available from Social Care Workforce Research Unit, Melbourne House, 5th Floor, King’s College London, Strand, London WC2R 2LS. (peter.huxley@iop.kcl.ac.uk)
- Iles, V. et Sutherland, K. (2001) *Organisational Change – A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.
- Larsen, J.A. (2004) Finding meaning in first episode psychosis: experience, agency and the cultural repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, **18**, 447– 471.
- Leete, E. (1987) The Treatment of Schizophrenia: A Patient’s Perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, **38**, 486–491.
- Mental Health Commission (1998) *Blueprint for mental health services in New Zealand*. Mental Health Commission: Wellington NZ.
- Mental Health Commission (2005) *A vision for a recovery model in Irish mental health services*. Mental Health Commission: Dublin
- National Institute for Mental Health in England (2004) *The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce*. Department of Health: London.
- National Social Inclusion Programme / CSIP (2007) *Capabilities for Inclusive Practice*. National Social Inclusion Programme / CSIP : London. (www.socialinclusion.org.uk)
- Perkins, R. (2006) First person: ‘you need hope to cope’. Dans Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. et Tattan, T. (eds.) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London.
- Perkins, R. (2007) *Making It! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London & St. George’s Mental Health NHS Trust. (www.swlstg-tr.nhs.uk)
- Perkins, R., Rinaldi, M. & Hardisty, J. (2008, à venir ^{Note}) *Harnessing the expertise of experience: Increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems*. In preparation. London: South West London & St George’s Mental Health NHS Trust.
- Rapp, C. et Goscha, R.J. (2006) *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition. Oxford University Press: New York.
- Repper, J., Nolan, M., Grant, G., Curran, M. et Enderby, P. (2007) *Family Carers on the Margin: Experiences of Assessment in Mental Health*. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.
- Repper, J. et Perkins, R. (2003) *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall: London.
- Rethink (2008) *A brief introduction to the recovery approach*. (www.rethink.org/living_with_mental_illness/recovery_and_self_management/recovery) [Accessed February 2008]
- Ridgeway, P.A. & Press, A. (2004) *Assessing the recovery commitment of your mental health services: A user’s guide for the Developing*

^{Note} Perkins, R., M. Rinaldi et J. Hardisty. (2010). «Harnessing the expertise of experience: increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems». *Diversity in Health and Care*, 7(1), 13-21.

- Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM)*– UK version 1 December, 2004, Allott, P. & Higginson, P. (eds.) (www.recoverydevon.co.uk)
- Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. et Tattan, T. (2006) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London.
- Roberts, G. et Hollins, S. (2007) Recovery: our common purpose? *Advances in Psychiatric Treatment*, **13**, 397–399.
- Roberts, G. et Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, **10**, 37–49.
- Royal College of Psychiatrists / Social Care Institute for Excellence / Care Services Improvement Partnership (2007) *A common purpose: Recovery in future mental health services*. Social Care Institute for Excellence: London. (www.scie.org.uk)
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007) *Briefing 33: Mental Health and Employment*. Sainsbury Centre for Mental Health: London. (www.scmh.org.uk)
- Scotland Government (2006) *Rights, Relationships and Recovery: The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland*. (www.scotland.gov.uk/Publications/2006/04/18164814/0)
- Seebohm, P. et Grove, B. (2006) *Leading by Example: Making the NHS an exemplar employer of people with mental health problems*. Sainsbury Centre for Mental Health: London.
- Seebohm, P. et Secker, J. (2005) What do service users want? In Grove, B., Secker, J. & Seebohm, P. *New Thinking about Mental Health and Employment*. Radcliffe: Oxford.
- Shepherd, G. (1984) *Institutional Care and Rehabilitation*. Longmans: London.
- Shepherd, G. (1991) Psychiatric Rehabilitation for the 1990s. Foreword to Watts, F.N. et Bennett, D.H. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wileys: Chichester.
- Shepherd, G. (2007) *Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire*. Hereford PCT Mental Health Services. (www.herefordshire.nhs.uk)
- Slade, M. & Hayward, P. (2007) Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **116**, 81–83.
- Social Exclusion Unit (2004) *Mental Health and Social Exclusion*. Office of the Deputy Prime Minister: London
- South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2007) *Social Inclusion, Rehabilitation and Recovery Strategy 2007–2010 (SIR) v2.0*. Avril 2007.
- South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2007) *Promoting Recovery and Facilitating Social Inclusion: A strategy for practice and implementation*, article accepté par le Conseil, 31 mai 2007.
- Tondora, G. et Davidson, L. (2006) *Practice Guidelines for Recovery–Oriented Behavioural Health Care*. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services. (www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practiceguidelines.pdf)

Remerciements

Ce document a été produit avec l'appui considérable du groupe directeur du projet du Sainsbury Centre sur l'implantation d'une pratique axée sur le rétablissement. Ce groupe est composé de :

- Sophie Corlett, Policy Director, Mind
- Laurie Davidson, Practice Development Manager, Devon Partnership NHS Trust
- Mark Hayward, Academic Tutor, Surrey University and Clinical Psychologist at Sussex Partnership NHS Trust
- Naomi Hankinson, Acting Director of Therapies, North East London Mental Health NHS Trust
- John Larsen, Head of Evaluation, Rethink
- Alison Moores, General Manager, Community Care Trust (South Devon) Ltd
- David Morris, Director, National Social Inclusion Programme
- Graham Munn, Head of Centre for Mental Health Recovery, University of Hertfordshire
- Paul O'Halloran, Director of Workforce and Service Development, NIMHE Eastern
- Rachel Perkins, Director of Quality Assurance and User / Carer Experience in South West London and St. George's Mental Health NHS Trust
- Julie Repper, Reader and Associate Professor of Mental Health Nursing and Social Care, Nottingham University
- Miles Rinaldi, Head of Recovery and Social Inclusion, South West London & St. George's Mental Health NHS Trust

- Gabrielle Richards, Professional Head of Occupational Therapy, South London and Maudsley NHS Foundation Trust
- Glenn Roberts, Lead on Recovery for the Royal College of Psychiatrists and Consultant in Rehabilitation Psychiatry, Devon Partnership NHS Trust

À propos des auteurs

Le **professeur Geoff Shepherd** est *Senior Policy Adviser* au Centre. Psychologue clinicien de formation, il est également professeur invité au Health Service and Population Research Department de l'Institute of Psychiatry.

Le **docteur Jed Boardman** est *Senior Policy Adviser* au Centre. Il travaille comme psychiatre consultant et est *Senior Lecturer* en psychiatrie sociale au South London & Maudsley Trust ainsi qu'à l'Institute of Psychiatry. Il préside le Social Inclusion Scoping Group du Royal College of Psychiatrists.

Le **docteur Mike Slade** est *Reader* en Health Services Research à l'Institute of Psychiatry. Il est aussi chef de la Section of Community Mental Health et psychologue clinicien consultant en réadaptation.

Making Recovery a Reality

Auteurs:

Geoff Shepherd,
Jed Boardman et
Mike Slade

Publié en mars 2008 par
Sainsbury Centre for Mental Health

© Sainsbury Centre for Mental Health, 2008

**Recipients (journals excepted) are free to copy
or use the material from this paper, provided
that the source is appropriately acknowledged.**

Centre for Mental Health
134-138 Borough High Street
London SE1 1LB
www.centreformentalhealth.org.uk

Édition québécoise

Traduction:

Nicole Germain, Lucie Landry et Paul Di Biase

Revision:

Catherine Briand, Simon Cloutier, Sonia Côté,
Daniel Gélinas, Janina Komaroff, Myra Piat

Production:

Katherine Hall, Centre for Mental Health

© 2012 Institut universitaire
de santé mentale Douglas

6875, boulevard LaSalle
Montréal (Québec) Canada
H4H 1R3
Tél. : (514) 761-6131
Télécopieur : (514) 888-4067
<http://www.douglas.qc.ca/>

Citation recommandée :

Shepherd, Geoff, Boardman, Jed et Slade, Mike
(2007) *Faire du rétablissement une réalité*,
Sainsbury Centre for Mental Health, London.
Traduction en 2012 du document *Making
Recovery a Reality*, Institut universitaire de
santé mentale Douglas, Montréal.

Déposé à la bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-923185-13-2

Funded by the
Canadian Institutes
of Health Research
Project KPE 109140

