

Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services

William Anthony

Volume 27, numéro 1, printemps 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014541ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014541ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Anthony, W. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 102–113. <https://doi.org/10.7202/014541ar>

Résumé de l'article

Cet article propose un ensemble de normes systémiques (system level standards) telles les types de services à mettre au rang des priorités, les objectifs à atteindre, de même que les politiques et procédures à suivre afin de mieux organiser les services axés sur le rétablissement et d'en soutenir la qualité. Ces propositions s'appuient sur des recherches empiriques et des initiatives américaines récentes, parmi lesquelles le système de soutien communautaire (Community Support System) est la plus probante. Nous les présenterons de manière comparative (modèle axé sur le rétablissement versus modèle traditionnel) pour mieux illustrer les transformations qu'elles impliquent.



Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services

William Anthony*

Cet article propose un ensemble de normes systémiques (*system level standards*) telles les types de services à mettre au rang des priorités, les objectifs à atteindre, de même que les politiques et procédures à suivre afin de mieux organiser les services axés sur le rétablissement et d'en soutenir la qualité. Ces propositions s'appuient sur des recherches empiriques et des initiatives américaines récentes, parmi lesquelles le système de soutien communautaire (*Community Support System*) est la plus probante. Nous les présenterons de manière comparative (modèle axé sur le rétablissement versus modèle traditionnel) pour mieux illustrer les transformations qu'elles impliquent.

Aux États-Unis, les années quatre-vingt-dix ont été celles de la «décennie du rétablissement». Traditionnellement surtout avant l'apparition officielle du DSM III-R, les systèmes de santé étaient basés sur l'idée que les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale ne guérissaient pas et que leur état ne pouvait que se détériorer, au mieux se maintenir. Par comparaison, dans les nouveaux systèmes de soins, on se réclame fortement du principe du rétablissement et l'on cherche à organiser les services autour de ce concept central. Les avancées des dix dernières années ne doivent pas pour autant nous entraîner à faire l'économie de recherches pouvant nous guider, dans le futur, à bien planifier l'organisation globale des services. Car, en pratique, la vision du rétablissement parvient difficilement à s'implanter.

Origine et consolidation de la notion de rétablissement

La notion de rétablissement émane de deux phénomènes survenus dans les années quatre-vingt. D'une part, les écrits d'anciens patients sur

* William A. Anthony est directeur exécutif du Center for Psychiatric Rehabilitation (CPR) de l'Université de Boston.

Cet article a été adapté par Lucie Dumais. Il a été publié originalement dans le *Partenaire*, 9, 2, automne 2001. Nous remercions l'auteur et l'AQRP d'avoir autorisé la reproduction de cet article.

leurs trajectoires de rétablissement et sur celles de leurs collègues ont culminé et gagné en influence dans le champ de la santé mentale (Anonyme, 1989 ; Houghton, 1982 ; Unzicker, 1989) ; d'autre part, les études d'impact recensées par Harding et al. (1987 ; 1994) sont venues corroborer les idées à la base de la vision du rétablissement.

Ces deux événements ont permis de dégager les principes fondateurs d'une approche axée sur le rétablissement. Premièrement, le rétablissement peut survenir sans intervention professionnelle ; la clé du succès est plutôt la volonté de l'usager avec, dans à peu près tous les cas, le soutien d'une personne sur qui il peut compter dans les moments critiques. Le rétablissement est en effet un cheminement profondément personnel de changement et de travail sur soi, sur ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses compétences, ses rôles et ses projets de vie. Deuxièmement, connaître les causes de sa maladie mentale ne garantit pas automatiquement le rétablissement ; ce qui est crucial, toutefois, c'est d'être convaincu que le futur peut être meilleur et que la résurgence de symptômes graves, bien que courante, ne doit pas déteindre sur les nombreux épisodes de vie normale. Finalement, envisager qu'il n'y a qu'une seule voie de rétablissement est erroné ; car, en pratique, toute option de traitement peut et doit être modifiée si nécessaire. Le rétablissement est lié autant, sinon plus, au fait d'affronter des obstacles tels que les préjugés sociaux, la pauvreté économique et les effets iatrogéniques des traitements qu'à celui de surmonter les contraintes exercées par la maladie elle-même (Spaniol et al., 1999 ; Anthony, 1993).

Éléments de base pour la planification de l'organisation des services

Dans les années quatre-vingt-dix, de plus en plus d'administrateurs ont opté pour le système de soutien communautaire (*Community Support System* ou CSS) dans la planification des services en santé mentale. Le Center for Psychiatric Rehabilitation de l'Université de Boston a réalisé une analyse minutieuse de l'approche de type CSS qui nous offre un premier ensemble de normes de services visant à asseoir l'organisation globale des systèmes de santé axés sur le rétablissement¹.

Le Tableau 1 identifie l'essentiel de l'analyse du CPR : on y a associé des types de services aux impacts observés sur les usagers (Anthony et al.). L'analyse a en outre permis de dégager plusieurs stratégies organisationnelles fécondes, telles que communiquer clairement son engagement à la cause du rétablissement au nom de toute l'organisation ; éduquer le personnel sur le concept de rétablissement ; encourager la participation des usagers et de leurs familles à la planification des servi-

ces; et mettre en œuvre des mécanismes permettant à ces derniers d'exercer un réel contrôle (Jacobsen et Curtis, 2000).

Services essentiels dans un système axé sur le rétablissement

Il existe une définition très simple de ce qu'est un système : c'est une combinaison de services organisés afin de satisfaire les besoins d'une population donnée (Sauber, 1983)². Cette simplicité dans la définition cache toutefois une grande difficulté pratique, car le système doit s'agencer aux besoins nombreux et variés des usagers (p. ex., soins de santé mentale ou physique, reliés à la toxicomanie, réinsertion professionnelle, hébergement, aide sociale). En outre, la foulée du mouvement de désinstitutionnalisation a provoqué un morcellement des services. En conséquence, le premier défi du système est de devenir une porte d'entrée sur un ensemble de points de services relativement spécialisés. Deuxièmement, il doit pouvoir arriver à coordonner l'ensemble des services tout en évitant de tomber dans les travers du passé, c'est-à-dire ne pas devenir une institution de contrôle drapée du manteau communautaire (Reinke et Greenley, 1986; Drake et al., 1991; Ridgely et Dixon, 1995).

Tableau 1

Type de service	Description de service	Impact sur l'utilisateur
Traitement	Diminuer les symptômes et la détresse	Allègement des symptômes
Intervention de crise	Contrôler les problèmes et rechercher des solutions en temps de crise	Sentiment de sécurité
Service communautaire (<i>Case management</i>)	Obtenir les services dont le client a besoin ou qu'il demande	Accès aux services
Réadaptation et réinsertion sociale	Aider au développement des compétences et d'un réseau de soutien en fonction des buts que se fixe l'utilisateur	Intégration en société
Enrichissement	Initier l'utilisateur à des activités enrichissantes et satisfaisantes	Développement de soi
Défense des droits	Encourager l'utilisateur à défendre ses droits	Reconnaissance civique et accès à l'égalité
Soutien de base	Procurer à l'utilisateur un lieu d'hébergement et des ressources de base (gîte, soins, nourriture, vêtements) assurant sa survie	Besoins de base assurés
Entraide (<i>Self-help</i>)	Encourager l'exercice du droit à la parole et du droit de choisir	Réappropriation du pouvoir d'agir (<i>Empowerment</i>)
Prévention et mieux-être	Promouvoir des comportements et un mode de vie sain	Amélioration de l'état de santé

Sources : Anthony et al., sous presse; Cohen et al., 1988.

D'autres enquêtes empiriques, d'autres pistes à suivre

Bien que de nombreuses recherches aient démontré que des services de santé fragmentés soient peu efficaces, on compte toujours peu d'études de portée globale. Parmi les exceptions, on doit citer Armstrong (1977) qui a relié la plupart des échecs des systèmes au manque de coordination et au manque de financement ; Burns et al. (1981) qui ont mis en cause les conflits entre médecins généralistes et professionnels de la santé mentale ; de même que Dickey et Goldman (1986) qui ont souligné l'incohérence entre les règles de diverses agences de financement. Globalement, toutefois, la mauvaise coordination n'est pas toujours en cause. Le manque de ressources ou des services peu appropriés ont aussi été pointés du doigt (Solomon et al., 1983). En revanche, notons les résultats mitigés d'une étude portant sur des initiatives de services intégrés. Commanditée par la Fondation R.W. Johnson, cette étude a été étalée sur cinq ans et conduite dans neuf villes où se développaient des systèmes globaux de services. Bien qu'elle ait d'abord cherché à mesurer les impacts de la création de régies locales en matière de santé mentale (*local mental health authority*) sur les plans organisationnel et financier, l'étude a aussi permis de constater bien peu d'impacts sur les usagers (Lehman et al., 1994).

Une autre étude ayant visé plus directement à mesurer l'impact du manque de coordination des services sur les usagers a néanmoins eu des résultats plus probants. Ainsi, Tessler (1987) a trouvé que dans l'ensemble, les clients qui n'étaient pas suivis après leur congé de l'hôpital ou de la clinique s'adaptaient moins bien à la communauté et faisaient plus souvent l'objet de plaintes.

Plus récemment, le Center for Mental Health Services (CMHS) a commandité plusieurs études portant sur des services de type CSS (p. ex., réinsertion professionnelle, case management, intervention en temps de crise). On a constaté dans la plupart des cas, des impacts positifs sur les usagers, sur les symptômes, les revenus de travail et l'emploi, leur satisfaction, l'utilisation des services (Jacobs, 1998). Dans une autre recherche, le CMHS a observé une relation positive entre le degré d'intégration des services et le maintien en logement autonome des usagers (Rosenheck et al., 1998).

Un ensemble de douze repères organisationnels pour les systèmes axés sur le rétablissement

Nous avons voulu jeter les premières bases d'un guide de développement pour les concepteurs de systèmes en nous inspirant des trois sources que nous avons décrites plus haut : les principes sous-jacents à

la vision du rétablissement, les études empiriques portant sur les systèmes de santé et les rectificatifs que nous a proposés, à partir de l'examen de notre première ébauche, un groupe de consultants chevronnés³ du CPR et du BCPR de l'Université de Boston.

Nous avons retenu un ensemble de douze dimensions organisationnelles. Soulignons que notre choix de structuration et de dénomination des catégories peut être modifié ; seuls les contenus (ou normes) de services sont essentiels à préserver. En d'autres mots, nous sommes conscients que l'expérimentation sur le terrain devrait forcer les praticiens à faire certains ajustements.

Trois dimensions doivent évoquer nettement le but du système et les résultats attendus. Il s'agit du cadre stratégique (*design*) qui est le moteur du système, de l'approche évaluative et du leadership.

Le cadre stratégique

Dans un nouveau système, le cadre stratégique devrait évoquer de façon claire le langage du rétablissement et recentrer tous les services sur des objectifs fondamentaux tels que la satisfaction, la qualité de vie, l'amélioration du statut et de la place de l'utilisateur en société, de même que la réappropriation du pouvoir d'agir (ou *empowerment*). Les systèmes traditionnels étaient construits en fonction de l'idée qu'un patient ne guérissait pas. Par conséquent, leurs buts se limitaient à dispenser des soins professionnels aux patients. On fonctionnait à partir d'une liste de services sensés être complets ce qui, en quelque sorte, dégageait les intervenants d'une certaine imputabilité par rapport au rétablissement des personnes.

L'approche évaluative

Les impacts sur les usagers devraient être observables, mesurables et identifiables pour chacun des services offerts. Par exemple, tout nouveau programme de réadaptation devrait se fixer des atteintes mesurables en référence au statut social de l'utilisateur ; tout nouveau service de traitement devrait viser un certain soulagement des symptômes. Le nouveau système devrait donc se parer d'indicateurs propres à mesurer l'impact effectif des services sur les personnes. L'évaluation devrait porter attention tant à des mesures objectives d'impact sur l'utilisateur de services (p. ex., fréquence des nouvelles crises, taux d'insertion en emploi) qu'aux sentiments subjectifs de satisfaction que les utilisateurs et leurs familles en retirent. Par comparaison, les anciens systèmes étaient nettement centrés sur des mesures administratives (p. ex., le volume de patients desservis, le délai de traitement) et ne recherchaient pas activement l'avis des consommateurs eux-mêmes.

Le leadership

Dans son discours comme dans ses actions, le leadership devrait se montrer engagé à renforcer la vision du rétablissement et surtout les normes et protocoles de services propres à la réaliser. Les dirigeants devraient avoir conscience que la vision du rétablissement est une telle révolution de paradigmes que ses principes doivent être constamment renforcés sous peine de perdre du terrain. Sur le plan des opérations générales, quatre dimensions devraient incarner les valeurs et les principes du rétablissement : le système de gestion, les mécanismes d'intégration, la vision d'ensemble et les modalités de participation des usagers.

Le système de gestion

Pour chacun des services offerts, des protocoles d'intervention devraient assurer un minimum de repères de même qu'un dispositif d'information apte à recueillir des données utiles et servant à mesurer l'impact des services sur les usagers. Par comparaison, les anciens systèmes de gestion insistaient sur des procédures organisationnelles telles que le recrutement de ressources humaines, la gestion des ressources matérielles, les types de clientèles et les coûts afférents.

L'intégration des services

Elle devrait pouvoir être réalisée en vertu d'une gestion par suivi communautaire (case management), en fonction d'une description spécifique des résultats attendus pour les usagers. En l'occurrence, les bénéfices pour les usagers de même que leur participation au processus devraient être les pivots de l'intégration des services. Toute référence interservices doit cesser de se faire en fonction de diagnostics ou de types de clientèles comme c'était le cas dans les systèmes traditionnels.

La vision d'ensemble

Elle ne doit pas être restreinte aux frontières de l'organisation mais inclure l'environnement social global de la personne (milieu de travail, éducationnel, résidentiel et familial), car la réinsertion dans tous ces milieux fait partie des impacts attendus sur les usagers. Dans un nouveau système, les services devraient donc être élargis aux établissements et organisations œuvrant dans les secteurs d'intervention situés à l'extérieur du système de soins infirmiers ou médicaux.

Les modalités de participation

L'importance de la participation devrait se traduire par la volonté de l'organisation de permettre aux personnes de contribuer à la planifi-

cation des services et à leur évaluation. Elle devrait même aller aussi loin que les embaucher à tous les niveaux, ou soutenir la création de services d'entraide dans les régions. Un dernier ensemble de dimensions touche de près ou de loin à ce que l'on appelle une culture d'entreprise plus ouverte à la vision du rétablissement.

L'ouverture culturelle

Le nouveau système devrait s'acclimater au langage, aux habitudes et aux mœurs des divers groupes culturels, d'âge ou de revenus qu'il dessert. Dans le passé, les systèmes se considéraient neutres et universels, alors qu'ils véhiculaient en réalité des vocabulaires singuliers et des manières de faire et d'être dominantes.

La formation

La formation du personnel devrait inclure cette ouverture culturelle. Elle devrait aussi expliciter la philosophie du rétablissement dans des séances de formation de manière à faire comprendre à tous les intervenants ses ramifications dans les services au quotidien. Elle devrait même associer cette vision aux critères de sélection du personnel.

La promotion

La promotion des services devrait en conséquence servir à valoriser la rétablissement, la réinsertion et les buts que veulent atteindre les usagers plutôt que les intérêts ici, des gestionnaires de programmes, là des responsables d'organisations, ailleurs des divers corps professionnels.

Le financement

Dans un nouveau système, les décisions concernant le financement des services devraient être basées, d'abord et surtout, sur des critères tels que les bénéficiaires — réels ou anticipés — des usagers. A contrario, toute règle statutaire héritée du passé doit être mise en doute. Finalement, l'accès aux services devrait renforcer la liberté de choix de l'utilisateur plutôt que l'autorité ou les préférences des professionnels. La liberté de choix ne doit pas être obstruée comme dans les systèmes passés par des règles administratives particulières sans égard au désir ou au besoin de l'utilisateur (p. ex., l'accès au logement ne doit pas être tributaire de la prise de médication prescrite par le professionnel).

Conclusion

Peu importe que les planificateurs de systèmes mettent en fonction quelques-unes ou l'ensemble des normes décrites ici, deux choses sont

certaines. D'une part, ils auront à les raffiner en cours d'implantation, mais ils verront en même temps les bénéfices réels qu'ils peuvent en retirer. Un premier bénéfice est sans nul doute d'offrir aux planificateurs des repères essentiels tout en leur permettant de concevoir des mécanismes plus spécifiques à leur situation. En deuxième lieu, le système est pensé de manière à donner une base solide de participation aux usagers et à leurs familles tant sur le plan de la dispensation des services au quotidien qu'à celui de la planification globale. La systématisation d'un certain nombre de dimensions constitue en troisième lieu, un outil de comparaison intersystème de même que des critères d'évaluation respectant les principes du rétablissement. Finalement, l'implantation progressive des normes ici décrites ne peut que faire évoluer la recherche opérationnelle portant sur le rétablissement.

D'autre part, les normes globales d'organisation constituent un facteur de changement des systèmes de services en santé mentale. Et pour que s'implante un nouveau système au sein duquel les utilisateurs de services puissent espérer mener des vies pleines et enrichissantes en dépit de leurs graves problèmes de santé mentale, on doit se munir de politiques et de procédures organisationnelles aptes à accroître les chances concrètes de rétablissement.

Notes

1. Le Center for Psychiatric Rehabilitation, de même que le Bureau de consultants qui lui est affilié (BCPR), s'est entre autres engagé dans une étude évaluative de grande ampleur sur l'implantation dans divers États américains de systèmes de santé axés sur le rétablissement. Cette étude se fait en collaboration avec la National Association of State Mental Health Directors, la National Association of Consumer/Survivor Mental Health Administrators et le Consumer Organization Networking and Technical Assistance Center.
2. Concrètement, les organisations doivent se doter des services qui, en conjonction, vont leur permettre d'atteindre les objectifs décrits au Tableau 1. En général, on distingue un service non seulement en fonction de ses objectifs spécifiques (p. ex., intervention de crises, case management), mais aussi en fonction de son contexte (p. ex., clinique externe, centre communautaire) et des normes administratives ou du programme auquel il se rattache (p. ex., programme PACT). Dans le cas d'un système axé sur le rétablissement, on cherche à organiser le programme et le contexte en fonction des services à offrir et non l'inverse.
3. Des rectificatifs proposés, seuls ont été retenus ceux qui faisaient l'objet d'un consensus des experts. Rappelons que ces consultants ont au cours

des quelque 20 dernières années, offert de l'assistance technique et de la formation à une moyenne de 17 États américains et sur une base annuelle, à trois pays.

Références

- ANONYME, 1989, How I've managed chronic mental illness, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 635-640.
- ANTHONY, W. A., 1993, Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 4, 11-23.
- ANTHONY, W. A., 1998, Psychiatric rehabilitation technology : Operationalizing the « black box » of the psychiatric rehabilitation process, *New Directions for Mental Health Services*, 79, 79-87.
- ANTHONY, W. A., COHEN, M. R., FARKAS, M., GAGNE, C., *Psychiatric Rehabilitation*, 2^e éd., Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- ARMSTRONG, B., 1977, A federal study of deinstitutionalization, How the government impedes its goal, *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 417-425.
- BURNS, B. J., BURKE, J. D., KESSLER, L. G., 1981, Promoting health-mental health coordination : Federal efforts, in Broszkowski, A., Marks, E., Budman, S. H., eds., *Linking Health and Mental Health*, Beverly Hills, Sage Publications.
- COHEN, M., NEMEC, P., FARKAS, M., FORBES, R., 1988, *Training Technology : Case Management*, Boston Center for Psychiatric Rehabilitation.
- DICKEY, B., GOLDMAN, H. H., 1986, Public health care for the chronically mentally ill, Financing operation costs, Issues and options for local leadership, *Administration in Mental Health*, 14, 63-77.
- DRAKE, R. E., 1998, A brief history in the individual placement and support model, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 1, 3-7.
- Drake, R., McLaughlin, P., Pepper, B., Minkoff, K., 1991, Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder, in Minkoff, K., ed., *New Directions for Mental Health Services*, San Francisco, Jossey-Bass, 3-12.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, T. S., Breier, A., 1987, The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness : I and II, *American Journal of Psychiatry*, 144, 7118-735.
- HARDING, C. M., 1994, An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders, in Ancill, R. J., Holliday, S.,

- MacEwan, P. W., eds., *Schizophrenia : Exploring the Spectrum of Psychosis*, Chichester, J. Wiley, 153-169.
- HOUGHTON, J. E., 1982, Maintaining mental health in a turbulent world, *Schizophrenia Bulletin*, 548-552.
- JACOBS, J., 1998, *Community Support Research Demonstration Grants, 1989-1996 : Major Findings and Lessons Learned*, Rockville, MD, Center for Mental Health Services.
- JACOBSEN, N., CURTIS, L., 2000, Recovery as policy in mental health services : Strategies emerging from the States, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 4, 333-341.
- LEHMAN, A., POSTRADO, L., ROTH, D., MCNARY, S., GOLDMAN, H., 1994, Continuing of care and client outcomes in the Robert Wood Johnson Foundation Program on chronic mental illness, *Millbank Quarterly*, 14, 13-14.
- REINKE, B., GREENLEY, J. R., 1986, Organizational analysis of three community support program models, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 624-629.
- RIDGLEY, M., DIXON, L., 1995, Policy and financing issues in the care of people with chronic mental illness and substance abuse disorders, in Lehman, A. F., Dixon, L. B., eds., *Double Jeopardy : Chronic Mental Illness and Substance Abuse*, New York, Harwood Academic Publishers, 227-295.
- ROSENHECK, R. MORRISSEY, J., LAM, J., CALLOWAY, M., JOHNSON, M., GOLDMAN, H., RANDOLPH, F., BLASINSKI M., FONTANA, A.S., CALSYN, R., TEAGUE, G., 1998, Service system integration, access to services, and housing outcomes in a program for homeless persons with severe mental illness, *American Journal of Public Health*, 88, 1, 1610-1615.
- SAUBER, S. R., 1983, *The Human Services Delivery System*, New York, Columbia University Press.
- SOLOMON, P., GORDON, B., DAVIS, J. M., 1983, An assessment of aftercare services within a community mental health system, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1, 2, 33-39.
- SPANIOL, L., GAGNE, C., KOEHLER, M., 1994, Recovery from serious mental illness : What it is and how to support people in their recovery, in Marinelli, R.P., Dell Orto, A.E., eds., *The Psychological and Social Impact of Disability*, New York, Springer.
- TEAGUE, G. B., DRAKE, R. E., ACKERSON, T. H., 1995, Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse, *Psychiatric Services*, 46, 7, 689-695.

TESSLER, R. C., 1987, Continuity of care and client outcome, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1, 1, 39-53.

UNZICKER, R., 1989, On my own : A personal journey through madness and reemergence, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 1, 71-71.

ABSTRACT

A system centered on recovery. Twelve points of reference for a comprehensive organization of services

This article proposes a comprehensive system level standards such as types of services to prioritize, objectives to reach as well as policies and procedures to follow in order to better organize quality services centered on recovery. These proposals are supported by empirical research as well as recent american initiatives among which the Community support system (CSS) is the most convincing. They are presented in a comparative way (model centered on recovery versus traditional model) in order to better illustrate the underlying transformations required.

RESUMEN

Por un sistema de salud orientado sobre el restablecimiento. Doce puntos de referencia para la organización del conjunto de servicios.

El artículo propone un conjunto de normas sistemicas (*system level standards*) tales tipos de servicios a colocar entre prioridades, objetivos que lograr y además las politicas y procedimientos a seguir para organizar los servicios orientados en el restablecimiento y el sosten de su calidad. Estas proposiciones se apoyan en investigaciones empiricas y iniciativas americanas recientes, entre cuales el sistema de apoyo comunitario (*Community Support System*) se ve lo más convincente. Estan presentados de manera comparativa (modelo centrado sobre el restablecimiento versus el modelo tradicional) para ilustrar transformaciones implicadas.

RESUMO

Em prol de um sistema de saúde centrado na recuperação. Doze pontos de referência para organização dos serviços de saúde

Este artigo propõe um conjunto de normas sistêmicas (*system level standards*) como a priorização dos tipos de serviços, o estabelecimento dos objetivos a atingir, assim como as políticas e procedimentos a seguir visando organizar melhor os serviços centrados na recuperação e a

manutenção da qualidade destes serviços. Estas propostas apoiam-se em pesquisas empíricas e em iniciativas americanas recentes, dentre as quais o sistema de apoio comunitário (*Community Support System*) é a mais convincente. Nós as apresentaremos de maneira comparativa (modelo centrado na recuperação em comparação ao modelo tradicional) para melhor ilustrar as transformações que elas implicam.