

Développement Humain, Handicap et Changement Social Human Development, Disability, and Social Change



Le rétablissement civique

Jean-François Pelletier, Patrick Le Cardinal, Jean-Luc Roelandt and Michael Rowe

Volume 20, Number 2, December 2012

Les conceptions du rétablissement en santé mentale : recherches identitaires, interdépendances et changements sociaux
Recovery Concepts and Models in Mental Health: Quests for Identity, Interdependences, and Social Changes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1086712ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1086712ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

The conjunction the recovery and the citizenship psychiatry movements leads to an approach centred on full citizenship, an approach that redefines the traditional hierarchy of power and participation in society. For such a redefinition, it is necessary to revisit some reductionist ideological constructs. This is a condition for a more equitable redistribution of powers with a wide array of stakeholders taking part in a discussion by which persons with mental health problems are actively involved and recognized. This paper introduces for the first time the notion of *civic recovery*, a notion that emerged from a research agenda that includes persons in recovery as equal research partners.

Publisher(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (print)

2562-6574 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Pelletier, J.-F., Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L. & Rowe, M. (2012). Le rétablissement civique. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 20(2), 9–21.
<https://doi.org/10.7202/1086712ar>

Tous droits réservés © Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, 2012

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Le rétablissement civique

JEAN-FRANÇOIS PELLETIER^{1,3}, PATRICK LE CARDINAL², JEAN-LUC ROELANDT² ET MICHAEL ROWE³

¹ Département de psychiatrie, Université de Montréal, Québec, Canada

² EPSM Lille Métropole/Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille, France

³ Program for Recovery & Community Health, Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, Connecticut, USA

Article original • Original Article

Résumé

La conjonction des concepts de rétablissement et de psychiatrie citoyenne débouche sur une approche centrée sur la pleine citoyenneté qui remet en question l'architecture des ordres de participation et de pouvoir dans la société. Pour y arriver, il est indispensable de remettre en question certaines constructions idéologiques réductionnistes. C'est à cette condition qu'un système de santé mentale peut évoluer vers une redistribution plus équitable des pouvoirs avec l'ensemble des acteurs pouvant se retrouver au sein d'un espace de discussion où les personnes concernées par une problématique de santé mentale ont une place identifiée et reconnue. Ainsi, cet article introduit pour la première fois la notion de « rétablissement civique », une notion qui a émergé d'une démarche de recherche intégrant des personnes en rétablissement comme partenaires de recherche à part entière.

Mots-clés : rétablissement civique, pleine citoyenneté, recovery, psychiatrie citoyenne, application des connaissances intégrée

Abstract

The conjunction the recovery and the citizenship psychiatry movements leads to an approach centred on full citizenship, an approach that redefines the traditional hierarchy of power and participation in society. For such a redefinition, it is necessary to revisit some reductionist ideological constructs. This is a condition for a more equitable redistribution of powers with a wide array of stakeholders taking part in a discussion by which persons with mental health problems are actively involved and recognized. This paper introduces for the first time the notion of *civic recovery*, a notion that emerged from a research agenda that includes persons in recovery as equal research partners.

Keywords : civic recovery, full citizenship, recovery, citizenship psychiatry, integrated knowledge translation

« Je ne dis pas qu'il n'y a pas de moi autonome. Je dis que les possibilités de moi autonome, d'une certaine manière, sont presque toujours recouvertes par le désir mimétique et un par un faux individualisme dont l'appétit de différence a au contraire des effets niveleurs. »

René Girard, de l'Académie française

Introduction

Cet article porte sur une réflexion de nature conceptuelle s'inscrivant tout particulièrement dans le contexte de l'implantation du *Plan d'action en santé mentale* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005), lequel est en cours de révision (Portail Québec, 2011). Le plan 2005-2010 repose sur les six principes directeurs suivants :

- 1- le pouvoir d'agir des personnes utilisatrices de services et des proches;
- 2- le rétablissement;
- 3- l'accessibilité aux services;
- 4- la continuité des services;
- 5- le partenariat;
- 6- l'efficacité du système de soins.

Il souligne en particulier « la priorité qu'il faut accorder au *rétablissement* de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à *la vie en société* » [ajout personnel des italiques] (2005, p. 11).

Au plan fédéral canadien, le *Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* (Commission de la santé mentale du Canada, 2009) vise lui aussi à faire en sorte que les personnes vivant avec des troubles mentaux (ci-après ; personnes en rétablissement) (Pelletier & Vallée, 2008, p. 11-18) soient activement engagées et appuyées dans leur processus de rétablissement. « En tirant profit des forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires, les gens auront le contrôle sur leur vie et seront soutenus de manière à pouvoir participer activement à leur processus

de *rétablissement* et d'atteinte du bien-être ainsi qu'à pouvoir jouir d'une vie épanouissante *au sein de leur communauté* » [ajout personnel des italiques] (2009, p. 21).

Au fil des pages qui suivent, nous nous proposons d'ancrer le rétablissement en santé mentale à la pleine citoyenneté au sein de la communauté, et ce, grâce au rétablissement civique. En effet, aux dires des premières personnes concernées, le rétablissement n'est pas une fin en soi, mais plutôt un moyen, un passage obligé pour atteindre ou retrouver le statut de *citoyen comme les autres* (Davidson et al., 2010, p. 101-113). Le rétablissement n'est que partiel s'il n'est que clinique (réduction ou contrôle des symptômes), et plusieurs études démontrent que du point de vue des personnes en rétablissement, la catégorie de besoins à laquelle le système en place n'apporte pas de réponse satisfaisante concerne « la restauration des rôles » (St-Onge & Tesier, 2003, p. 7). Pour une écologie du lien social favorisant la pleine citoyenneté, il importe de remettre en question certaines constructions idéologiques afin de faire évoluer un système strictement centré sur l'individu vers un système plutôt centré sur les qualités des citoyens et comment ces qualités peuvent être mobilisées pour concourir au bien-être collectif, en particulier dans le cadre du renouvellement continu de cette écologie du lien social.

Au-delà des évidences : de l'individu au citoyen

Par son *Discours de la méthode* de 1637 et ses *Méditations métaphysiques* de 1641, la disjonction opérée par René Descartes entre l'objet et le sujet, la *res extensa* représentant l'étude des objets qui se trouvent dans l'espace et l'*ego cogitans* le souci de l'homme réfléchissant sur lui-même, définira l'évolution distincte de la science et de la philosophie jusqu'à nos jours. On attribue ainsi à Descartes la fameuse expression *cogito, ergo sum* (*je pense donc je suis*), de sorte que la qualité de l'être semble dépendre de celle de la pensée. Est-ce que cela veut dire que *si je pense différemment, je suis différent? Qu'il soit logiquement justifié de me traiter différemment d'autrui?*



De nos jours, la pensée, lorsque ramenée au traitement de l'information, est souvent considérée comme entièrement dépendante de l'efficacité des connexions neuronales du cerveau humain. Cette connectivité est donc étroitement liée à l'identité de la personne puisque, pour paraphraser Descartes, on pourrait dire que *je suis ce que je pense*. Dans le domaine de la santé mentale, une telle proposition soulève une problématique fondamentale : si ma pensée est jugée irrationnelle et dépourvue de sens en raison d'un désordre neurobiologique ou psychiatrique, c'est toute mon existence et ma qualité de vie qui en sont affectées parce qu'alors, c'est ma propre citoyenneté qui est remise en question par l'identification individuelle à l'étiquette de « malade mental » (Saraceno, 2011).

Pour Aristote, ce qui distingue l'homme des autres espèces qui ont elles aussi des vies sociales élaborées, les abeilles ou les loups par exemple, c'est le lien de citoyenneté à une communauté, citoyenneté qui peut évoluer de manière à favoriser le bonheur du plus grand nombre de ses membres. C'est pourquoi Aristote dit de l'homme qu'il est un *animal politique*. Or la citoyenneté se définit par un ensemble de droits et responsabilités liés au statut de membres d'une collectivité politique. Ainsi, une citoyenneté inachevée par l'impossibilité de contribuer à la collectivité, par le travail notamment, est non seulement néfaste pour les personnes directement touchées, mais aussi pour l'ensemble de la collectivité, collectivité amoindrie en raison du morcellement individualiste. Les ravages de l'individualisme, de l'atomisation des sociétés et de l'anomie durkheimienne sont incommensurables (Durkheim, 1897). La notion même d'individu est pourtant un construit (Taylor, 2003). Ainsi, un système de soins et services de santé mentale strictement centrés sur « l'individu » fait que celui-ci est le principal responsable de son rétablissement, ce qui peut représenter une lourde charge à porter (Trainor, p. 33-52). Il importe donc de relativiser cette notion d'individu afin d'éviter que la disjonction épistémologique entre l'objet et le sujet ne conduise à sa simple réification – objectivation de l'individu coupé de sa citoyenneté.

Selon le positivisme, la science devrait pouvoir se développer sans obstruction, libérée de toute entrave métaphysique ou transcendante. D'où l'éviction, par certains radicaux comme Pierre-Simon Laplace (1840), de toute référence à la subjectivité qui, pourtant, était présentée par Descartes comme étant étroitement liée à la pensée – le sentiment d'être. La méthode expérimentale qu'on dit cartésienne a ainsi été progressivement plaquée à tous les domaines scientifiques; des sciences de la nature aux sciences dites humaines. Les succès indéniables de la recherche scientifique, des technologies et interventions contemporaines ont contribué à l'hégémonie d'un mode d'accès à la connaissance selon lequel il existerait pour chaque problème une solution optimale s'imposant universellement sans que la volonté, les *desiderata* ou la subjectivité d'un décideur ni des populations concernées ne soient considérés.

À l'origine de la psychiatrie, le travail scientifique a consisté à disjoindre l'élément à observer de son environnement pour mieux l'isoler, ce qui a permis de l'étudier « objectivement ». Ainsi les grands traités de sémiologie psychiatrique ont été produits sur la base d'observations faites dans des contextes asilaires. De tels traités s'accordaient bien avec les méthodes de Claude Bernard, un physiologiste français et important théoricien considéré comme le fondateur de la médecine expérimentale (La Follet & Shanks, 1994, p. 195-210). Ce travail avait pour but de classer les symptômes en syndromes puis en maladies afin de trouver ultimement le traitement adéquat à chacune d'elles. Michel Foucault (1972) n'a pas manqué de remarquer, d'ailleurs, que ce qu'il appelle le *grand enfermement* de la folie à l'âge classique répondait à ce besoin d'isoler pour mieux observer.

Le positivisme aspirait ni plus ni moins à décrypter, comprendre et maîtriser l'entièreté du monde par le seul biais de la science, et ce, sans idéologie sous-jacente. Or, le XX^e siècle a tragiquement montré que cette rhétorique avait ses limites et qu'elle s'était réfutée elle-même, car nous savons maintenant que toute décou-

verte porte potentiellement en elle sa propre contradiction destructrice.

Les Michel Callon et autres Bruno Latour de ce monde ont bien montré qu'une innovation ne peut pas n'être que technique, qu'en fait toute innovation doit être sociale et technique, c'est-à-dire sociotechnique pour être mise en application. Michel Callon est un sociologue et ingénieur français ayant dirigé de 1982 à 1994 le Centre de sociologie de l'innovation. Son *Essai sur la démocratie technique* (2001) est un ouvrage complémentaire aux *Politiques de la nature* de Bruno Latour (1999). Celui-ci a mené des enquêtes de terrain où il a observé des scientifiques au travail et décrit les découvertes scientifiques comme étant d'abord des constructions sociales favorisant l'hégémonie de tels ou tels intérêts (idem, 1988). Dans *L'ordre du discours*, Michel Foucault (1971) définit la hiérarchie des savoirs comme une hiérarchie des pouvoirs économique et politique par rapport à laquelle la science n'est jamais neutre, en particulier quant aux vellétés de contrôle de la maladie mentale et incidemment, des malades mentaux eux-mêmes en tant que « déviants » (Szasz, 1970).

Derrière tout progrès peuvent ainsi se profiler des désastres du fait de la négligence des interactions entre les différents modèles étudiés et leur environnement, et donc de phénomènes globaux apparaissant sur le long terme. Ainsi, la mention « testé en laboratoire » sur un pesticide, par exemple, est sans doute un gage d'efficacité sur le court terme mais ne dit rien sur les conséquences de l'utilisation sur le long terme puisque celles-ci ne peuvent faire l'objet d'un essai contrôlé randomisé « en laboratoire ». Pensons également au développement de bactéries multirésistantes en milieu intra-hospitalier en raison de la concentration et de l'utilisation massive d'antibiotiques pour répondre à des circonstances immédiates.

L'homme en plein mythe prométhéen prendra-t-il conscience à temps qu'il risque de courir à sa propre perte beaucoup plus rapidement que prévu? Réalisera-t-il que le réductionnisme individualiste ne se suffit pas à lui-même pour comprendre des systèmes complexes et leur

évolution à long terme? Heureusement, il se trouve que, parallèlement au développement massif des prouesses techniques de l'ère post-industrielle, depuis le XX^e siècle s'opère un virage épistémologique qui serait sans précédent depuis 500 ans selon Jean Staune (2007), un essayiste engagé dans de nombreux débats et controverses concernant les implications philosophiques et métaphysiques de la science.

Si nous pouvons concevoir des réalités, il en va tout autrement de La réalité. Par exemple, la physique quantique et le théorème d'incertitude de Werner Heisenberg (1932) nous enseignent qu'il n'est pas possible de connaître à la fois la vitesse et la position d'une particule, car si l'on veut connaître la position d'un électron, il faut pouvoir l'observer, donc envoyer sur lui des photons, ce qui modifie inéluctablement sa vitesse. Le principe d'incertitude fut énoncé au printemps 1927 par Heisenberg lors des balbutiements de la mécanique quantique. Le terme *incertitude* est donc le terme historique pour ce principe qui ne porte pas sur l'ignorance « subjective » par l'expérimentateur de grandeurs, mais bien sur une impossibilité fondamentale de les déterminer. Plus encore, dans le domaine des mathématiques, la publication en 1931 par Karl Godel de ses deux théorèmes d'incomplétude de la logiqueⁱ a démontré, à la grande stupeur des mathématiciens de l'époque, que tout système suffisamment complexe ne peut s'expliquer uniquement par la logique, mais doit trouver ses éléments de vérification dans un système plus riche ou métasystème (Yourgrau, 2005). Ces théorèmes mirent fin au rêve des positivistes logiques des années 1920 dont l'un des plus éminents représentants fut David Hilbert, lequel pensait prouver la vérité d'une théorie grâce à la logique des mathématiques. Dans le domaine de la chimie, l'étude des systèmes ouverts hors de l'équilibre par Ilya Prigogine (1968) – prix Nobel de chimie en 1977 – démontre qu'une contrainte extérieure dépassant un seuil critique augmente le degré de complexité d'un système jusqu'à le pousser à l'écart de l'état d'équilibre. Il y a alors apparition de propriétés dites « émergentes » qui par nature sont imprédictibles. Cela remet en cause



les principes de la thermodynamique classique telle que développée par Marcellin Berthelot (1879).

Ce bref survol, qui peut sembler bien trivial aux yeux des historiens de la science, nous permet simplement de rappeler qu'au-delà des évidences admises, il y a toujours lieu de favoriser l'émergence de nouveaux paradigmes et de considérer toute théorie comme éventuellement réfutable (Kuhn, 1983). Ce sont des facteurs sociaux, plutôt que l'adhérence à une méthode rationnelle, qui décident quelles théories sont généralement acceptées (Feyerabend, 2003). D'ailleurs, ce qui est une évidence scientifique pour un groupe de personnes ne l'est pas nécessairement pour un autre, y compris et peut-être surtout dans le domaine de la recherche en santé mentale (Rose, Thornicroft, & Slade, 2006).

Le rétablissement et la psychiatrie citoyenne

En psychiatrie, un changement de paradigme s'est opéré depuis la fin du XX^e siècle, faisant écho à l'ébranlement des certitudes précédemment esquissées dans les domaines physique, mathématique et chimique. L'émergence du rétablissement a remis en question la prééminence traditionnelle du savoir clinico-scientifique.

Le rétablissement est particulièrement en vogue dans des pays anglo-saxons, par exemple en Australie (Commonwealth of Australia, 2009), en Nouvelle-Zélande (Mental Health Commission of New Zealand, 2005), en Angleterre (National Institute of Mental Health in England, 2005), en Irlande (Mental Health Commission of Ireland, 2009) ou aux États-Unis (Department of Health and Human Services, 2003). On considère, en fait, que le rétablissement a pour origine trois sources. Premièrement, le mouvement des personnes utilisatrices de services de santé mentale ou des « survivants » de la psychiatrie (*consumers-survivors*), remontant aux années 1960 (Chamberlin, 1990 & Deegan, 1992) a revendiqué davantage d'autonomie et d'indépendance par rapport au modèle biomédical de la « maladie

mentale ». Deuxièmement, à partir des années 1970, tout un corpus d'études cliniques et longitudinales associées à la désinstitutionnalisation a permis d'invalider le modèle *kraepelien* de dégénérescence continue de la schizophrénie (Davidson, Harding, Spaniol, 2005 & Strauss, Carpenter, 1972). On s'est alors rendu compte que de nombreuses personnes dont le pronostic initial prédisait une telle dégénérescence irréversible réussissaient avec le temps à très bien se tirer d'affaire. Le plus surprenant était que plus ces personnes étaient éloignées du système de traitement typiquement curatif, mieux elles semblaient se porter. Troisièmement, les groupes d'entraide entre pairs, comme le mouvement des Alcooliques Anonymes et ses dérivés, postulaient qu'il est possible de recouvrer sa dignité et de mener une vie satisfaisante malgré des rechutes ou reculs occasionnels. Le fait de côtoyer des pairs ayant réussi à surmonter les mêmes obstacles a alors été identifié comme une mesure favorisant l'espoir de pouvoir s'en sortir. Et comme plusieurs y parvenaient effectivement, il est alors devenu évident que le savoir expérientiel avait une valeur propre et méritait d'être étudié pour sa spécificité (ce que nous faisons plus loin dans notre section sur l'application des connaissances intégrée).

Le changement de paradigme que représente le rétablissement pourrait se résumer de la façon suivante : nous renonçons à rechercher une solution optimale strictement centrée sur le contrôle des symptômes présents chez un individu, solution qui consisterait à revenir à un état antérieur sans maladie. Plutôt, il faut rechercher une solution permettant de vivre une vie enrichissante, ce qui ne peut s'apprécier sans un recours à la subjectivité, et ce, en tenant compte du contexte d'apparition des difficultés. Il n'est donc pas rare d'entendre le mot *recouvrement* en guise de lapsus à celui de *rétablissement* pour traduire le terme anglo-américain de *recovery*. En fait, après avoir réussi à contrôler les symptômes (psychiatrie curative) et réappris certaines habiletés de fonctionnement (psychiatrie réhabilitative), il s'agit de « recouvrer » une pleine citoyenneté (psychiatrie citoyenne). L'hospitalisation psychiatrique commence en effet très souvent par

une suspension des droits et libertés civiques. Jusqu'en 1993, la Loi électorale du Canada refusait le droit de vote à « toute personne restreinte dans sa liberté de mouvement ou privée de la gestion de ses biens pour cause de maladie mentale. » (1970). En octobre 1988, la Cour fédérale du Canada a déclaré que cette disposition était nulle, étant donné qu'elle enfreignait l'article 3 de la Charte canadienne des droits et libertés garantissant le droit de vote à tous les citoyens canadiens (Davidson & Lapp, 2004, p. 17-24). Cependant, bien que ces personnes se soient vu réitérer de tels *droits* civiques, suite à une hospitalisation psychiatrique plus ou moins prolongée ou même sans une telle hospitalisation, la stigmatisation face à la maladie mentale fait qu'elles rencontrent de nombreux obstacles quant à l'exercice de *responsabilités* civiques. Elles sont limitées dans la possibilité de contribuer au bien-être collectif, restant en situation d'exclusion sociale et de marginalité, tout particulièrement en matière d'accès au travail (Thornicroft, 2006).

Il ne s'agit toutefois pas de revenir à une citoyenneté dite « normale », c'est-à-dire telle que la majorité peut la définir, en faisant parfois montre d'intransigeance à l'égard des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il s'agit plutôt de faire évoluer la notion même de citoyenneté à la lumière des enseignements pouvant être tirés de cette expérience spécifique qui consiste à être maintenu exclus en raison de la stigmatisation et de la discrimination exercées contre des personnes s'étant vu refuser leur dignité citoyenne. Les choses ne devraient en fait pas revenir comme avant, alors que l'écologie du lien social était porteuse de contradictions pathogènes. La psychiatrie citoyenne consiste alors à travailler avec les différents partenaires de la cité, dans le but de permettre aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale d'avoir accès aux mêmes droits que les autres au nom d'un principe d'équité (Roelandt & Desmons, 2002). Par exemple, en octobre 2010, le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) regroupant six communes concernées par le secteur de la Banlieue Est de Lille en France se réunissait avec cet objectif annoncé : *Tous concernés par l'insertion dans la Cité et l'accès*

aux soins de personnes fragilisées dans leur santé et leur santé mentale nous souhaitons construire ensemble un cadre de coopération durable, notamment une charte éthique, entre les différents acteurs. Aujourd'hui, on compte près de cinquante villes françaises engagées dans un CLSM déjà opérationnel. Une trentaine de municipalités sont investies, depuis 2008, dans la création d'une telle instance, sous l'impulsion du Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS-Lille), et ce, dans le cadre d'une mission d'appui confiée par l'ex-Délégation interministérielle à la ville (aujourd'hui Secrétariat général auprès du comité interministériel des villes) et l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances. La création de tels conseils constitue en effet, pour le CCOMS, un moyen de promotion d'une organisation conforme aux recommandations de l'OMS-Europe (2005). Elle fournit un cadre pour reconnaître le rôle, l'expérience et l'expertise des usagers et de leur entourage dans la planification et le développement des services, intégrer les services de psychiatrie dans la cité, lutter contre l'exclusion, la discrimination et la stigmatisation des citoyens présentant des troubles psychiques. Ainsi, la psychiatrie citoyenne prend en compte l'écologie du lien social, écologie qui, lorsque déséquilibrée, alimente un processus de production d'exclusion sociale qui s'ajoute à des difficultés personnelles. Au Québec, les forums citoyens en santé mentale véhiculent des préoccupations équivalentes en faveur du rétablissement civique et de la pleine citoyenneté (Hôpital Louis-H. Lafontaine 2010-2011).

Le rétablissement civique

Selon Anthony (1993, p. 11-23), le rétablissement représente une façon de mener une vie satisfaisante, prometteuse et productive, malgré les limites imposées par la maladie, ainsi que la possibilité d'assumer des rôles sociaux valorisés dans la communauté. L'objectif ultime d'une transformation des services axée sur le rétablissement est non seulement de maintenir le plus possible les gens dans leur communauté – être *dans* la communauté – mais de faire



en sorte qu'ils soient de la communauté. Or, l'interaction sociale essentielle au fait d'être de la communauté implique le développement et l'entretien de relations de réciprocité entre membres d'une même communauté. C'est ainsi que le concept de citoyenneté a récemment émergé dans la littérature comme étant étroitement lié à celui de rétablissement parce qu'il s'agit de « rétablir », non seulement la personne, mais aussi les liens avec autrui, soit avec ses proches et la société en général (Pelletier, Davidson, & Roelandt, 2009, p. 45-53). Or la citoyenneté suppose des droits, privilèges et autres responsabilités que peuvent exercer les membres d'une communauté politique (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey, & Fisher, 2007, p. 469-474). La citoyenneté est donc une mesure de la solidité des rapports d'une personne avec les droits, les rôles et les ressources qu'une société peut offrir à travers les institutions publiques et sociales, alors que les interrelations impliquent des liens étroits, des réseaux sociaux soutenant et une vie communautaire (Rowe, Kloos, Chinman, Davidson, & Cross, 2001, p. 14-31; Rowe et al., 2009, p. 224-244). On peut donc définir la citoyenneté en tant qu'intrication «des droits, responsabilités, rôles, ressources et relations auxquels les personnes en rétablissement peuvent avoir accès à travers les institutions publiques et sociales, de même qu'à travers la vie associative et communautaire informelle » (Rowe & Pelletier, sous presse).

De nombreuses stratégies d'intervention existent déjà et portent sur la réadaptation psychiatrique et l'intégration sociale des personnes en rétablissement, le rétablissement clinique et le rétablissement social étant deux notions distinctes mais intimement liées (Hopper, 2007, p. 868-879). Le rétablissement suppose en effet l'interaction entre les éléments relevant de la personne concernée et des facteurs provenant de l'environnement, auxquels s'ajoutent des éléments provenant des interventions professionnelles (McCubbin et al., 2010, p. 1-18). Ce que cet article introduit en tant que concept nouveau est celui du rétablissement civique comme dimension spécifique à une démarche de réadaptation axée sur la pleine citoyenneté. Le rétablissement civique se définit comme le

fait pour une personne de pouvoir exercer à nouveau des fonctions liées à l'exercice de la citoyenneté (droits et responsabilités civiles).

Bien que pouvant prendre des reflets particuliers selon les régimes politiques, les pays ou les aires géographiques et culturelles, la citoyenneté renvoie universellement aux droits et devoirs associés au statut de membre d'une communauté politique. Elle est au cœur de la réflexion philosophique depuis ses débuts à l'Antiquité grecque et, encore de nos jours, il est difficile d'écrire sur la citoyenneté sans évoquer les conceptions athéniennes. Par exemple, alors qu'Athènes subit une grave crise agraire en 593 avant J-C, Solon modifie en profondeur le fonctionnement de la cité. Il interdit la servitude pour dettes, efface ces dernières et réforme le corps civique. L'accès au pouvoir était auparavant déterminé par l'appartenance à des classes définies par les liens de sang. Un rôle militaire sera attribué à chaque classe par Solon mais surtout, il donnera un pouvoir à la *Boulê*, assemblée jusqu'alors purement consultative. Enfin la création de l'*Héliée*, tribunal populaire, permet à tous de participer à la justice de la cité. C'est donc dire qu'il est tout à fait possible de redéfinir les mécanismes par lesquels les membres d'une collectivité peuvent y contribuer à titre de citoyen : on peut changer le monde. Deux grands défis, plus contemporains, ont conduit certains théoriciens à revoir le concept de citoyenneté au cours des dernières décennies. Le premier concerne la nécessité de reconnaître la diversité interne des démocraties libérales contemporaines et le second les pressions que représente la mondialisation sur le territoire et les états souverains (Leydet, 2009). La prise en compte de l'expérience de la maladie mentale comme élément de diversité interne s'est lui aussi répercuté dans certaines études sur la citoyenneté. Ainsi, Janoski (1998) décrit quatre types de droits associés à la citoyenneté : droits légaux, droits politiques, droit sociaux et droits de participation. Bellah et collègues (1996) suggèrent qu'une culture individualiste radicale favorise l'autonomie d'une classe moyenne individualiste qui exclut les autres formes d'appartenance à la société. Cette appréhension n'est pas sans rappeler celle qu'A-

lexis de Tocqueville entretenait, notamment dans *De la démocratie en Amérique*, par rapport à un éventuel *despotisme démocratique* parfois réceptif à une démagogie qui exclut et maltraite certaines minorités.

Quant à eux, Werbner et Yuval-Davis (1999, p. 1-31) en appellent à une plus grande acceptation des différences sociales et culturelles au sein du discours dominant, tandis que Crabtree et Chong (2000, p. 217-226) placent la citoyenneté au cœur du dialogue entre les individus et l'État de sorte que la santé mentale des individus, écrivent-ils, est centrale aux sociétés démocratiques parce que les manifestations de la maladie mentale sous formes de diagnostic, d'hospitalisation ou de profilage biopsychosocial sont des obstacles à la participation (la citoyenneté de participation de Janoski). Quant à Morrow (2004, p. 39-50), il introduit la notion de citoyenneté comme intermédiaire entre les demandes revendicatrices de réformes et la tendance à vouloir contenir les coûts, les gens gagnant en autonomie. Il suggère que les personnes en rétablissement soient parties prenantes à ces débats. Or, plusieurs de ces personnes ont besoin d'être soutenues pour y prendre part, soutien qui peut prendre la forme d'une formation à l'exercice du droit de vote par exemple (Chan & Chiu, 2007, p. 195-215) (la citoyenneté légale et la citoyenneté politique de Janoski). En ce qui concerne la citoyenneté sociale, Prior lie les théories de la citoyenneté et les droits de la personne afin de réduire les impacts de la stigmatisation associée à la maladie mentale en matière d'accès au logement, à l'emploi et à la vie de famille.

Selon Wolfensberger et Tullman (1982, p. 131-145), il existe trois types de citoyenneté :

- La pleine citoyenneté : composée de relations fermes et de références directes aux institutions, aux droits et aux responsabilités;
- La citoyenneté de second ordre : composée de relations et de références occasionnelles à ces institutions, droits et responsabilités;
- La non-citoyenneté : par laquelle l'individu est dissocié de la société et de ses institutions, ou n'a que très peu de contacts avec celles-ci.

Parmi les personnes susceptibles d'hériter de ce dernier statut de non-citoyenneté, il y a les personnes atteintes de troubles mentaux et itinérantes (sans domicile fixe). Or, même les approches les plus innovantes et pluridisciplinaires utilisées pour travailler avec des personnes en rétablissement ont montré leurs limites quant à la transition de la marginalisation sociale et psychologique à l'inclusion comme membre à part entière de la collectivité (Rowe, 1999). Ainsi, le rétablissement civique est ce processus qui mène à la pleine citoyenneté en partant d'un niveau sociétal vers un niveau individuel (sens de la psychiatrie citoyenne), ou dans l'autre sens, soit d'un niveau individuel vers un niveau sociétal (*recovery*).

Plusieurs études ont fait état de ce besoin de cibler l'exercice de la pleine citoyenneté, notamment dans l'analyse des facteurs de risque qui sont, entre autres, l'itinérance et l'incarcération pour les personnes atteintes d'un trouble mental ou de co-occurrence (alcool ou drogues) (Draine et al., 2002, p. 565-573). En effet, environ 70 % des personnes atteintes d'un trouble mental étant incarcérées éprouvent également des problèmes de toxicomanie (Teplin, 1994, p. 290-293). Aux États-Unis, des programmes d'évitement ont été développés afin de réduire le taux d'incarcération pour ces personnes en les dirigeant plutôt vers des services de santé mentale (Draine & Solomon, 1999, p. 56-61; Hoff, Baranosky, Buchanan, Zonana, & Rosenheck, 1999, p. 377-386). Un cadre théorique « de la citoyenneté » a été développé par Rowe et Baranoski (2000, p. 262-4) en s'appuyant sur les théories des sciences sociales de la citoyenneté qui mettent l'accent sur la participation civique comme une mesure de la participation dans la société. Il a été démontré que ceux qui font l'objet d'une intervention axée sur l'exercice de la citoyenneté ont moins recours à l'alcool et aux drogues et font moins souvent l'objet d'accusations criminelles au fil du temps, en comparaison avec ceux qui reçoivent seulement des services de santé mentale standards (ibidem). Il s'agit ici d'effets distaux par rapport au rétablissement civique, lequel, jusqu'à maintenant, ne faisait pas l'objet d'une mesure spécifique. Le cadre théorique de la citoyenneté, ci-haut esquissé, a par la



suite servi de base pour développer et valider un nouvel instrument de mesure de la citoyenneté (IMC). Une intervention est en cours de développement à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal, en lien avec les forums citoyens, et une recherche concomitante consistera à évaluer si, et dans quelle mesure, cette intervention a des effets proximaux sur le degré de rétablissement civique, tel que mesuré à l'aide de l'IMC. Pour les besoins de cet article, il est important de noter que le développement de l'IMC s'est fait sur un mode d'application des connaissances intégrée, tel que décrit dans la section suivante.

L'application des connaissances intégrée en santé mentale

L'un des principes de base du rétablissement a été de faire en sorte que les personnes directement concernées soient explicitement mises à contribution dans la planification, la transformation et l'évaluation des soins et services de santé mentale (Salyers, Tsai, & Stultz, 2007, p. 131-137; Rose, 2003, p. 59-70). Ainsi, les préalables pour le nouveau paradigme que représente le rétablissement sont déterminants mais très simples : les personnes en rétablissement sont intégrées dès le départ au processus de recherche et y prennent une part active. Le rétablissement civique et l'application des connaissances intégrée visent en fait tous deux à ce que les gens prennent individuellement et collectivement leur destinée en main. *Rien sur nous sans nous* est d'ailleurs un principe cher aux mouvements des personnes confrontées à divers types de handicap. La mise en place d'une recherche-action participative, ce que les Instituts de recherche en santé du Canada appellent de l'Application des connaissances intégrée (ACi) se fait généralement en situation exploratoire, soit lorsqu'on est particulièrement préoccupé du fait qu'une population ne soit pas représentée adéquatement dans le débat public qui la concerne, par exemple en matière de politiques de recherche en santé. Ce genre de recherche se fait donc souvent avec une population minoritaire, comme dans le cas des personnes aux prises avec un trouble mental.

Selon les Instituts de recherche en santé du Canada (2011), avec l'ACi, les utilisateurs potentiels des connaissances issues de la recherche prennent part à l'ensemble du processus de recherche – en commençant par une collaboration pour établir les questions liées à la recherche, en déterminant la méthodologie, en participant à la collecte des données et au développement des outils, en interprétant les conclusions et en contribuant à les diffuser. Selon Cave et Ramsden (2002, p. 1676-1677), il s'agit d'une approche préconisant des travaux faits avec les gens pour identifier des problèmes dans la pratique, mettre en œuvre des solutions, surveiller le processus du changement et évaluer les résultats. Cette approche comporte trois éléments fondamentaux, soit des méthodes collaboratives, l'égalité entre les chercheurs et les partenaires de recherche, le tout incluant autant la réflexion que l'action. La force de l'ACi se situe dans sa faculté d'influencer positivement la pratique, tout en recueillant systématiquement des données (Hagey, 1997, p. 1-6), et c'est pourquoi il s'agit d'une approche tout à fait appropriée pour étudier les enjeux liés au rétablissement civique. L'ACi est en effet une enquête systématique qui vise à éduquer, à intervenir ou à apporter un changement. Parmi les changements souhaités, il y a celui d'une plus grande inclusion des personnes en rétablissement à titre de citoyens à part entière. Les CLSM comprennent souvent dans leurs activités des recherches-action, tandis que les forums citoyens représentent un moment fort du processus d'ACi, étant ouvert sur la communauté environnante. Le passage de l'exclusion à l'inclusion, soit la transition d'un statut marginalisé et stigmatisé à celui de citoyen, nécessite en effet la participation de membres de la communauté en plus de celle des fournisseurs de services situés le plus près possible du terrain (Rowe, Kloos, Chinman, Davidson, & Boyle Cross, 2001, p. 14-31).

Dans le cadre d'une recherche financée par le *National Institute of Mental Health*, nous avons utilisé le cadre conceptuel de la citoyenneté pour développer et valider un nouvel instrument de mesure de la citoyenneté, tel que mentionné plus haut. Ce développement s'est

fait sur un mode d'ACi, certaines personnes en rétablissement ayant agi à titre de co-chercheurs et de professionnels de recherche, en particulier dans l'animation de groupes de discussion. Dans le cadre de tels groupes de discussion, environ 700 items ont été générés en réponse à la question : *Pour moi, être citoyen signifie...* C'est cette centaine d'éléments qui ont fait l'objet de séances de cartographie de concept, les participants devant classer les items en piles, selon qu'ils leur semblaient aller ensemble ou non (Trochim & Kane, 2005, p. 187-191). Il s'agissait ensuite d'analyser ces regroupements puis de les présenter sous formes de cartes conceptuelles pour fin de discussion (Trochim, 1989, p. 1-16). Sept dimensions de la citoyenneté sont ressorties des discussions et des analyses factorielles et corrélationnelles (Gorsuch, 1983) :

- 1- valeurs personnelles;
- 2- débats civiques;
- 3- contribution à la collectivité;
- 4- droits;
- 5- légalité;
- 6- choix dans la vie;
- 7- sensibilisation. (Rowe et al., sous presse)

Tel que nous l'avons rapporté ailleurs et avec des personnes en rétablissement comme co-présentateurs (Pelletier, Bellamy, Bordeaux, & Diax, 2011, p. 18-21), il est indéniable que cette contribution des « pairs-chercheurs » a eu un impact très favorable, non seulement sur ces personnes, mais également sur la qualité des connaissances générées. Par exemple, les pairs-chercheurs peuvent beaucoup plus facilement et plus rapidement mettre les autres participants à l'aise. Ces derniers se confient donc plus spontanément et les pairs-chercheurs, forts de leur expérience vécue, peuvent traiter l'information pratiquement en temps réel et ainsi aller plus en profondeur pour une même entrevue de groupe de 90 minutes, par exemple, comparé à un professionnel de recherche traditionnel. Les participants sont ainsi moins intimidés, moins gênés de poser des questions par rapport à tel ou tel aspect de méthodologie, de sorte que leur contribution est plus effective.

Conclusion-discussion

En guise de conclusion à tout ce qui précède, rappelons que le *recovery* s'inscrit dans une aire culturelle surtout anglophone, étant par ailleurs centré sur l'individu et favorisant l'implantation d'interventions et de mesures d'accompagnement d'abord et avant tout individuelles. La psychiatrie citoyenne propose quant à elle des interventions davantage macroscopiques en remettant en évidence des considérations morales autant que sociales et politiques. Entre ces deux niveaux, les établissements offrant des soins et services psychiatriques spécialisés, comme l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, peuvent jouer un rôle de médiateur, étant en contact à la fois avec les individus, les partenaires du milieu et les instances gouvernementales. C'est ainsi que la *pensée* et l'*être* peuvent être réunis, alors que la traduction du savoir expérientiel en action transformatrice et émancipatrice peut justement porter sur une façon rassembleuse d'être ensemble, tout en favorisant le développement d'aptitudes individuelles à la participation aux débats de société (Mezzina et al., 2006, p. 39-61).

De plus, cette démarche permet de revenir aux origines de la pensée occidentale et de l'actualiser de manière pragmatique. En effet, au IV^e siècle avant notre ère, Aristote proposait dans *Politique* une théorie de la nature et de la fonction de l'État ainsi qu'une esquisse de quelques 158 types de constitutions envisageables. Il y dissertait d'égalité, de justice, de propriété, de la stabilité politique et des révolutions, et surtout de citoyenneté. La Cité y est définie en tant que communauté politique. Ce qui distingue précisément l'humain, c'est qu'il ne se réalise pleinement que dans la communauté politique. Survivre, en effet, ne lui suffit pas : vivre bien, s'épanouir, suppose encore de vivre dans une communauté de justice, qui le reconnaîtra à sa valeur en lui donnant ce qui lui revient, notamment le droit de prendre part à l'exercice de cette justice (cf. : les réformes de Solon). C'est en ce sens que la Cité est nécessaire à l'humain, et que celui-ci ne peut exister pleinement qu'en elle, comme la partie dans le tout. Aristote remarque par ailleurs que les meilleures cités sont celles qui permettent à un



plus grand nombre d'exercer des prérogatives citoyennes. Ce qui constitue toutefois une véritable reconnaissance de l'originalité de la contribution des pairs-chercheurs, c'est qu'ils peuvent exercer une influence collective, avec les personnes en rétablissement, sur la co-construction du savoir reconfigurant les normes sociales, afin que celles-ci soient davantage inclusives et de façon à également soutenir le bien-être de tous les membres de la communauté. Le rétablissement civique vise et favorise une telle contribution. Et alors qu'Aristote s'était vu refuser le statut de citoyen d'Athènes, n'y étant pas né mais ayant beaucoup réfléchi à la citoyenneté, il est intéressant de remarquer que ceux qui sont privés de leur pleine citoyenneté sont parfois ceux qui peuvent favoriser le plus activement sa redéfinition et ainsi contribuer au bien-être collectif.

Références

- 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.
- BELLAH, R. N., MADSEN, R., SULLIVAN, W. M., SWIDLER, A., & TIPTON, S. M. (1996). *Habits of the heart : Individualism and commitment in American life*. Berkeley : University of California Press.
- BERTHELOT, M. (1879). *Essai de mécanique chimique fondée sur la thermo-chimie*. Paris : Éditions Dunod.
- CALLON, M., & LASCOUMES, P. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Le Seuil.
- CAVE, A., & RAMSDEN, V. (2002). La recherche-action participative. *Le Médecin de famille canadien*, 48, 1676-1677.
- CHAMBERLIN, J. (1990). The ex-patients' movement : Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior*, 11, 323-336.
- CHAN, K. K., & CHIU M. Y. L. (2007). The politics of citizenship formation : Political participation of mental health users in Hong Kong. *Asian Journal of Social Science*, 35(2), 195-215.
- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*.
- COMMONWEALTH OF AUSTRALIA (2009). *Fourth National Mental Health Plan : An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*.
- CRABTREE, S. A., & CHONG, G. (2000). Mental health and citizenship in Malaysia. *International Social Work*, 43(2), 217-226.
- DAVIDSON, D. R., & LAPP, M. (2004). L'évolution du droit de vote des Canadiens handicapés aux élections fédérales. *Perspectives électorales*, 6(1), 17-24. Repéré à http://216.81.6.11/res/eim/pdf/insight_2004_04_f.pdf
- DAVIDSON, L., HARDING, C. M., & SPANIOL, L. (2005). *Recovery from severe mental illnesses : Research evidence and implications for practice*. Volume 1. Boston : Center for Psychiatric Rehabilitation of Boston University.
- DAVIDSON, L., SHAW, J., WELBORN, S., MAHON, B., SIROTA, M., GILBO, P., McDERMID, M., FAZIO, J., GILBERT, C., BREETZ, S., & PELLETIER, J.-F., (2010). "I don't know how to find my way in the world" : Contributions of User-Led Research to Transforming Mental Health Practice. *Psychiatry*, 73(2), 101-113.
- DEEGAN, P. E. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities : Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 3-19.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2003). *Achieving the promise : Transforming mental health care in America*. President's New Freedom Commission on Mental Health. Final Report (DHHS Pub. No. SMA-03-3832.). Rockville : Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service.
- DRAINE, J., SALZER, M. S., CULHANE, D. P. ET AL. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 565-573.
- DRAINE, J., & SOLOMON, P. (1999). Describing and Evaluating Jail Diversion Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 50, 56-61.
- DURKHEIM, E. (1897). *Le Suicide : Étude de sociologie*. Paris : Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2009.
- FEYERABEND, P. (2003). *Deux lettres à Thomas Kuhn sur une version préparatoire de la structure des révolutions scientifiques*. Chennevières sur Marne : Éditions Dianöia.
- FOUCAULT, M. (1971). *L'Ordre du discours*. Paris : Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard.
- GORSUCH, R. L. (1983). *Factor Analysis*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- HAGEY, R. (1997). The use and abuse of participatory action research. *Chronic Disease Can*, 18(1), 1-6.
- HEISENBERG, W. (1932). *Les principes physiques de la théorie des quanta*. Paris : Gauthier-Villars.
- HILBERT, D. *David Hilbert's Lectures on the Foundations of Mathematics and Physics*, 1891-1933.

- HOFF, R. A., BARANOSKY, M. V., BUCHANAN, J., ZONANA, H., & ROSENHECK, R. A. (1999). The effects of a jail diversion program on incarceration : a retrospective cohort study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(3), 377-386.
- HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE (2010). *1^{er} Forum citoyen en santé mentale : Pour une psychiatrie sans frontières, 11 novembre*. Repéré à <http://www.hlhl.qc.ca/hopital/actualites/forum-citoyen-en-sante-mentale.html?lang=Fr-Ca>
- Hôpital Louis-H. Lafontaine (2011). *2^e Forum citoyen en santé mentale : L'intégration sociale au coeur de la pleine citoyenneté, 16 novembre*. Repéré à <http://www.hlhl.qc.ca/hopital/evenements/forum-citoyen-en-sante-mentale-programme-forum-citoyen-en-sante-mentale.html>
- HOPPER, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia : What a capabilities approach might offer. *Social Science and Medicine*, 65(5), 868-879.
- INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (2011). *À propos de l'application des connaissances aux IRSC, L'application des connaissances : définition*. Repéré à <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/39033.html>
- JANOSKI, T. (1998). *Citizenship and civil society : A framework of rights and obligations in liberal, traditional, and social democratic regimes*. Cambridge : Cambridge University Press.
- KUHN, T. S. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Éditions Champs Flammarion.
- LAPLACE, P. S. (1840). *Essai philosophique sur les probabilités*. Paris : Bachelier.
- LAFOLLET, H., & SHANKS, N. (1994). Animal Experimentation : the Legacy of Claude Bernard. *International Studies in the Philosophy of Science*, 8(3), 195-210.
- LATOUR, B. (1999). *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*. Paris : La Découverte.
- LATOUR, B., & WOOLGAR, S. (1988). *La Vie de laboratoire. La Production des faits scientifiques*. Paris : La Découverte.
- LEYDET, D., (2009). "Citizenship", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta (Ed.). Repéré à <http://plato.stanford.edu/archives/spr2009/entries/citizenship>
- LOI ÉLECTORALE DU CANADA (1970). ch. 14, par. 14(4).
- MCCUBBIN, M., DALLAIRE, B., LAGRANGE, V., WALLOT, H., BERGERON-LECLERC, C., CORMIER, C., & NELSON, G. (2010). Reconstruction et rééquilibrage du lien social : une étude exploratoire sur les rôles de l'inclusion sociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir et de l'espoir dans le rétablissement. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 29, 1-18.
- MENTAL HEALTH COMMISSION OF IRELAND (2009). *From Vision to Action? An Analysis of the Implementation of A Vision for Change*.
- MENTAL HEALTH COMMISSION OF NEW ZEALAND (2005). *Te Tāhuhu : Improving Mental Health 2005-2015*.
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I., Sells, D., Topor, A., & Davidson, L. (2006). From participation to citizenship : how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 39-61.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005). *Plan d'action en santé mentale : La force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MORROW, M. (2004). Mental health reform, economic globalization and the practice of citizenship. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(2), 39-50.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH IN ENGLAND (2005). *NIMHE Guiding Statement on Recovery*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – EUROPE (2005). *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Relever les défis, trouver des solutions*.
- PELLETIER, J.-F., BELLAMY, C., BORDEAUX, C., & DIAZ, A. (2011, 18-21 September). *Research on community inclusion and research as community inclusion*. Second International Research Conference On Community Inclusion of Individuals with Psychiatric Disabilities – The Temple University Collaborative on Community Inclusion. Philadelphia.
- PELLETIER, J.-F., DAVIDSON, L., & ROELANDT, J.-L. (2009). Citizenship and recovery for everyone : A global model of public mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 45-53(9).
- PELLETIER, J.-F., & VALLÉE, C. (2008). La citoyenneté par le travail pour les personnes en rétablissement : un devoir civique et une responsabilité politique. *Le Partenaire*, 17(1), 11-18.
- PORTAIL QUÉBEC. Le ministre Yves Bolduc annonce l'élaboration d'un nouveau plan d'action en santé mentale. Communiqué du 9 mai 2011.
- PRIGOGINE, I. (1968). *Introduction à la thermodynamique des processus irréversibles*. Paris : Dunod.
- PRIOR, P. M. Citizenship and mental health policy in Europe. *Social Work and Society*. Repéré à http://www.socwork.net/2007/festschrift/esp/prior/index_html
- ROELANDT, J.-L., DESMONS, D. (2002). *Manuel de psychiatrie citoyenne : L'avenir d'une désillusion*. Paris : Éditions In Press.
- ROSE, D. (2003). Partnership, co-ordination of care and the place of user involvement. *Journal of Mental Health*, 12(1), 59-70.
- ROSE, D., THORNICROFT, G., & SLADE, M. (2006). Who decides what is evidence? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Suppl. (429), 109-14.
- ROWE, M. (1999). *Crossing the border : Encounters between homeless people and outreach workers*. Berkeley : University of California Press.



- ROWE, M., & BARANOSKI, M. (2000). Mental illness, criminality, and citizenship. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 28(3), 262-264.
- ROWE, M., BENEDICT, P., SELLS, D., DINZEO, T., GARVIN, C., SCHWAB, L., BARANOSKI, M., GIRARD, V., & BELLAMY, C. (2009). Citizenship, Community, and Recovery : A Group- and Peer-Based Intervention for Persons with Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories. *Journal for Groups in Addiction and Recovery*, 4(4), 224-244.
- ROWE, M., CLAYTON, A., BENEDICT, P., BELLAMY, C., ANTUNES, K., MILLER, R., PELLETIER, J.-F., STERN, E., & O'CONNELL, M. (sous presse). Going to the source : Citizenship Outcome Measure Development. *Psychiatric Services*.
- ROWE, M., KLOOS, B., CHINMAN, M., DAVIDSON, L., & BOYLE CROSS, A. (2001). Homelessness, Mental Illness and Citizenship. *Social Policy & Administration*, 35(1), 14-31.
- ROWE, M., & PELLETIER, J.-F. (sous presse). Citizenship : A response to the marginalization of people with mental illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, numéro special *Issue on institutional and community-based responses to homelessness*.
- SALYERS, M. P., TSAI, J., & STULTZ, T. A. (2007). Measuring recovery orientation in a Hospital Setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(2), 131-137.
- SARACENO, B. (2011, 20 octobre). *Identité et Citoyenneté*. Séance inaugurale. Conférence des cinq continents : Les effets psychosociaux de la mondialisation sur la santé mentale : pour une écologie du lien social, Lyon.
- ST-ONGE, M., & TESIÉ, L. (2003). Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins : des repères pour l'action. Dans R. Émard & T. Aubry (Eds), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir une vie* (p. 7). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- STAUNE, J. (2007). *Notre existence a-t-elle un sens? Une enquête scientifique et philosophique*. Paris : Presses de la Renaissance.
- STRAUSS, J. S., & CARPENTER, W. T. (1972). Prediction of outcome in schizophrenia : I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-746.
- SZASZ, T. (1970). *The Manufacture of Madness : A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. Syracuse, New York : Syracuse University Press.
- TAYLOR, C. (2003). *Les sources du moi : La formation de l'identité moderne*. Montréal : Édition du Boréal.
- TEPLIN, L. A. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health*, 84, 290-293.
- THORNICROFT, G. (2006). *Shunned : Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford : Oxford University Press.
- TRAINOR, J. Housing and the development of ressource base. In J.-F. Pelletier, M. Piat, S. Côté, & H. Dorvil (Eds), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques*, (p. 33-52). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- TROCHIM, W. M. K. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. In W. Trochim (Ed.), *A special issue of evaluation and program planning*, 12, 1-16. Retrieved January 30, 2009, from <http://www.socialresearchmethods.net/research/epp1/epp1.htm>
- TROCHIM, W. M., & KANE, M. (2005). Concept mapping : An introduction to structured conceptualization in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 187-191.
- WARE, N. C., HOPPER, K., TUGENBERG, T., DICKEY, B. & FISHER, D. (2007). Connectedness and citizenship : Redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58, 469-474.
- WERBNER, P., & YUVAL-DAVIS, N. (1999). Women and the new discourse of citizenship. In N. Yuval-Davis & P. Werbner. Eds. *Women, citizenship and difference* (p.1-31). New York : Zed Books.
- WOLFENBERGER, W., & TULLMAN, S. (1982). A brief outline of the principle of normalization. *Rehabilitation Psychology*, 27, 131-145.
- YOURGRAU, P. (2005). *Einstein et Gödel : Quand deux génies refont le monde*. Paris : Dunod.