

L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques

Hélène L. Provencher

Volume 27, numéro 1, printemps 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014538ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014538ar>

[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

Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35–64.
<https://doi.org/10.7202/014538ar>

Résumé de l'article

L'expérience du rétablissement est de plus en plus reconnue comme un phénomène important dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes avec des troubles mentaux. Le présent article propose une tentative de conceptualisation de l'expérience du rétablissement. Dans un premier temps, une définition du rétablissement est proposée. Les connaissances actuelles sur le rétablissement sont ensuite présentées à partir d'une recension des écrits portant sur quatre dimensions, soit la re-définition et l'expansion du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et la relation aux autres. Finalement, des orientations de recherche sont suggérées dans plusieurs domaines.



L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques

Hélène L. Provencher *

L'expérience du rétablissement est de plus en plus reconnue comme un phénomène important dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes avec des troubles mentaux. Le présent article propose une tentative de conceptualisation de l'expérience du rétablissement. Dans un premier temps, une définition du rétablissement est proposée. Les connaissances actuelles sur le rétablissement sont ensuite présentées à partir d'une recension des écrits portant sur quatre dimensions, soit la re-définition et l'expansion du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et la relation aux autres. Finalement, des orientations de recherche sont suggérées dans plusieurs domaines.

L'expérience du rétablissement est de plus en plus reconnue comme un phénomène important dans la promotion d'un état de bien-être chez les personnes ayant des troubles mentaux. Les premiers écrits sur le rétablissement remontent aux années quatre-vingt et apparaissent sous forme de témoignages de personnes utilisatrices de services. Depuis lors, ces personnes ont sans cesse contribué à promouvoir la vision du rétablissement.

Par l'intermédiaire d'écrits théoriques (Fisher, 1994 ; Mead et Copeland, 2000) et de rapports anecdotiques (Bailey, 1998 ; Deegan, 1988, 1996, 1997 ; Sullivan, 1994), les personnes utilisatrices ont souligné la subjectivité et la singularité de l'expérience du rétablissement. La personne en voie de rétablissement se transforme conformément à ses valeurs et selon son propre rythme. Des changements se manifestent entre autres, par une re-découverte du soi et de ses nouvelles possibilités d'agir sur l'environnement, une responsabilité renouvelée face à la construction de projets de vie significatifs, l'espoir d'une vie meilleure et une prise de conscience individuelle et collective face aux préjugés sociaux liés au trouble mental. Les personnes considèrent que l'accès à un environnement offrant des opportunités de croissance personnelle et de soutien est essentiel à toute démarche de rétablissement.

* Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Centre de recherche Université Laval-Robert Giffard, Québec.

En lien avec la perspective du rétablissement, les personnes se sont également ré-appropriées le domaine de l'intervention. Ainsi, le programme Wellness Recovery Action Plan (Copeland, 2000) est largement reconnu comme un « standard » en matière d'intervention éducative. D'autres programmes d'intervention, tels ceux axés sur la réinsertion professionnelle (Miller et Miller, 1997) ou plus largement la réintégration dans la communauté (Weingarten et al., 2000) ont également été élaborés par les personnes utilisatrices. Un autre volet important de l'intervention sur le rétablissement est l'implantation de ressources de santé mentale structurées et dirigées par les personnes utilisatrices. Valorisant l'entraide, ces ressources offrent une gamme de services orientés vers la prévention de situations de crise, la consolidation du réseau social, le travail sur soi, et l'utilisation de stratégies permettant à la personne d'exercer son pouvoir d'agir et d'accéder à un plus grand état d'harmonie et de bien-être (Mead et Copeland, 2000 ; Mead et al., 2001).

Les personnes utilisatrices ont aussi été actives dans le domaine de la recherche en mettant sur pied leurs propres programmes de recherche sur le rétablissement. Les travaux de Jean Campbell portant sur les facteurs facilitant ou interférant avec le bien-être des personnes utilisatrices (Campbell et Shraiber, 1989) sont souvent cités en exemple. Le développement d'instruments (Rogers et al., 1997) et l'évaluation de ressources d'entraide et de soutien (Mead et al., 2001) représentent d'autres secteurs de recherche où leur contribution est majeure.

Au cours de la dernière décennie, les professionnels de la santé et les décideurs ont manifesté leur intérêt pour le développement de connaissances et d'interventions thérapeutiques axées sur l'expérience du rétablissement. Sur le plan clinique, des modèles récents d'intervention ont été développés en s'inspirant de la vision du rétablissement. Parmi ces modèles, on retrouve le soutien au logement (Carling, 1993), le soutien à l'emploi (Becker et Drake, 1994 ; Drake et al., 1996, 1999), le soutien à l'éducation (Bellamy et Mowbray, 1998 ; Mowbray, 1999) ainsi que le modèle de suivi dans la communauté axé sur les forces de l'individu (Rapp, 1998). Ces modèles d'intervention accordent une importance particulière aux forces et préférences de l'individu, privilégient des interventions axées sur la réciprocité des influences personne-environnement et stimulent l'optimisation des possibilités de l'individu dans son milieu de vie. Sur le plan des politiques de santé mentale, des États américains, dont l'Ohio, le Vermont, le Wisconsin, et le Nebraska, ont organisé le réseau des services en s'inspirant de la vision du rétablissement.

Au Québec, cette vision demeure peu développée. Elle est absente des politiques actuelles de transformation des services de santé mentale

(MSSS, 1998). Cependant, un élément important du rétablissement, le pouvoir d'agir, a été récemment identifié comme une cible prioritaire d'intervention (MSSS, 2001). Aussi, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale a démontré de l'intérêt envers le rétablissement en proposant des présentations sur ce thème lors de récents colloques (Carling, 2000 ; Fisher, 2000 ; Gagne, 2000). Finalement, le processus de rétablissement chez des personnes présentant des problèmes d'alcool et de toxicomanie a récemment fait l'objet d'une publication (Mercier et Alarie, 2000).

Quant aux travaux empiriques sur le rétablissement, ils demeurent embryonnaires. Toutefois, une récente étude québécoise (Rodrigues et al., 2000) a permis d'établir certains liens entre les pratiques d'aide offertes par les ressources alternatives en santé mentale (Lecomte et Gagné, 2000) et celles favorisant le rétablissement. Le but de l'étude consistait à articuler le vécu de personnes fréquentant des ressources alternatives en santé mentale avec la perception de l'aide qu'elles y recevaient. Les résultats de l'étude ont révélé que les personnes fréquentant ces ressources vivaient des expériences de changement au niveau de la construction d'un nouveau rapport à soi et à autrui. Les personnes appréciaient plus particulièrement chez les intervenants la qualité d'écoute et le respect du rythme et des possibilités de transformation. L'aide offerte par la ressource devenait un « espace d'expérimentation » (Rodrigues et al., 2000, 94) lui donnant la possibilité « de changer de vie, changer la vie, changer sa vie » (Rodrigues et al., 2000, 90). Ces ressources étaient un lieu où la personne pouvait se permettre d'essayer, d'échouer, et d'essayer à nouveau, ce qui représente une condition essentielle au rétablissement (Deegan, 1988). De plus, les résultats de l'étude s'apparentent à la vision du rétablissement en appuyant la documentation du point de vue des personnes utilisatrices, en décrivant les expériences de transformation et en dépeignant un cadre d'intervention souple, flexible, et respectueux.

En résumé, le rétablissement suscite de plus en plus d'intérêt sur les plans des pratiques de santé mentale, de la recherche et des orientations politiques. Cet intérêt est partagé par les personnes utilisatrices, les intervenants et les décideurs. Bien que les écrits sur le rétablissement se multiplient à un rythme accéléré, les tentatives d'organiser ces connaissances de façon conceptuelle sont plutôt rares (Jacobson et Greenley, 2001). De plus, le phénomène du rétablissement est presque essentiellement documenté à partir d'une perspective américaine. Les possibilités et les modalités de transposition de ce phénomène au sein de la réalité québécoise demeurent imprécises.

Définition

Le terme « rétablissement » est la traduction française de *recovery*. En anglais, le *recovery* est défini de la façon suivante : « *a regaining of something lost or stolen, a return to health, consciousness, etc., a regaining of balance, control, composure* » (Webster, 1988, 1122). En français, le rétablissement correspond à « l'action de rétablir [...] la remise en fonction ou en vigueur [...] le retour à la santé » (Nouveau Petit Robert, 1993, 1963).

En accord avec ces définitions, les personnes utilisatrices de services soulignent que toute démarche de rétablissement implique l'élargissement de son pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'élaboration et l'implantation de projets de vie basés sur l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales, et la promotion d'un état de bien-être et d'équilibre en harmonie avec ses forces et limites et celles de son environnement. Contrastant avec ces définitions, les personnes ont insisté sur le fait que l'objectif ultime de l'expérience du rétablissement n'est pas nécessairement de recouvrer la santé en termes de rémission complète des symptômes et du retour au fonctionnement pré-morbide (Mead et Copeland, 2000).

À partir de son expérience personnelle, Deegan définit le rétablissement comme suit :

... a process, not an end point or a destination. Recovery is an attitude, a way of approaching the day and the challenges I face. Being in recovery means that I know that I have certain limitations and things I can't do. But rather than letting these limitations be an occasion for despair and giving up, I have learned that in knowing what I can't do, I also open upon the possibilities of all the things I can do (Deegan, 1997, 20-21).

Spaniol et al. (1994) définissent le rétablissement comme suit : « *a process by which people [...] rebuild and further develop personal, social, environmental and spiritual connections in their lives. Recovery is a process of adjusting one's attitude, feelings, perceptions, and goals in life and a process of self-discovery, self-renewal, and transformation* » (Spaniol et al., 1994, 1).

La représentation du rétablissement en tant que processus est commune aux deux dernières définitions. Bien que l'expérience même du rétablissement soit étrangère à toute conceptualisation et intervention impliquant un approche normative, les résultats d'une récente étude qualitative (Young et Ensing, 1999) ont permis d'identifier certains repères dans la démarche de rétablissement. Ainsi, le processus s'amorce par l'acceptation du trouble mental, le désir et la motivation d'effectuer des

changements et l'espoir que procurent les ressources spirituelles ou les personnes perçues comme des modèles. La phase initiale est suivie d'une phase intermédiaire caractérisée par l'actualisation du pouvoir d'agir, la re-définition du soi, la reprise d'activités de la vie quotidienne, et le développement et la consolidation de relations significatives avec les autres. La dernière phase consiste en la poursuite d'objectifs axés sur l'optimisation du bien-être et de la qualité de vie. Finalement, les auteurs de cette étude (Young et Ensing, 1999) ont souligné que le processus du rétablissement n'est pas linéaire, conformément à la vision d'autres auteurs (Deegan, 1997 ; Spaniol et al., 1994). Les revers ou les échecs dans l'atteinte de buts personnels deviennent des opportunités d'apprentissage qui recentrent l'individu dans sa démarche de croissance personnelle.

Toute tentative de définition du rétablissement doit mettre en perspective l'expérience subjective de l'individu dans ses efforts de surmonter les symptômes et de dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences sociales associées. Le rétablissement ne peut être documenté et compris qu'à partir de l'expérience perçue et vécue de l'individu, et cela en portant une attention particulière aux facteurs influençant les possibilités et les probabilités de changements.

Le rétablissement est ici défini comme la transcendance des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Cette transcendance se manifeste par des transformations d'ordre multidimensionnel et implique l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique permettant le renouvellement d'un sens à l'existence, la performance de rôles sociaux significatifs et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie.

Dimensions du rétablissement

Les connaissances actuelles permettent de dégager quatre dimensions au cœur des transformations accompagnant l'expérience du rétablissement. Ces dimensions sont la re-définition et l'expansion du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et la relation aux autres. La Figure 1 présente ces quatre dimensions et leurs caractéristiques. Bien qu'elle soit inter-reliée dans le vécu de la personne, chaque dimension est maintenant discutée de façon séparée et en fonction des caractéristiques qui lui sont propres.

Re-définition et expansion du soi

La première dimension, la re-définition et l'expansion du soi, correspond à un soi évoluant vers une plus grande reconnaissance de ses

forces et faiblesses et une plus grande complexité. Ces changements dans le rapport à soi découlent de l'expérience subjective reliée à deux processus, soit le processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental et le processus de découverte d'un nouveau soi.

Processus de deuil

Selon Spaniol et al. (1994), l'individu franchit une série d'étapes le conduisant à une résolution du deuil lié à la présence du trouble mental. Le choc, la négation, la dépression et la colère ponctuent la première moitié du processus de deuil. L'individu y utilise le *soi passé* comme point de référence dans l'évaluation du *soi actuel*. L'individu a tendance à interpréter les écarts de fonctionnement en terme de pertes fonctionnelles alimentant ses sentiments de dépression et de colère. Par ailleurs, la colère justifiée (*righteous anger*) (Rogers et al., 1997) joue un rôle majeur dans la re-définition du soi agissant comme un pont entre la première et la deuxième moitié du processus de deuil. Cette colère permet à l'individu de prendre une distance face au *soi passé* et d'entrevoir de nouvelles possibilités pour son développement personnel et de transformer les pertes en possibilités. La vision d'un *soi futur* émerge et devient elle-même une source de motivation dans la démarche de croissance personnelle.

Le soi en devenir se consolide au cours de la deuxième moitié du processus de deuil laquelle est caractérisée par l'acceptation et l'espoir, l'utilisation de stratégies adaptatives, le pouvoir d'agir et la défense de ses droits (*self-advocacy*). La personne attache une plus grande importance à « qui elle veut être » plutôt qu'à « celle qu'elle n'est plus » (Pettie et Triolo, 1999). Elle réévalue positivement les écarts entre son fonctionnement actuel et antérieur, est motivée et capable de miser sur ses forces actuelles et s'engage activement dans la construction du nouveau soi.

Processus de découverte d'un nouveau soi

Davidson et Strauss (1992) ont apporté à partir de données empiriques, certaines explications quant à la façon dont l'individu construit son nouveau rapport à soi dans le cadre du rétablissement. Ils ont décrit un processus de découverte d'un nouveau soi qui amène l'individu à rétablir des échanges dynamiques avec son environnement. Ce processus est constitué de quatre phases.

La première phase se rapporte à l'émergence du nouveau sens du soi. Au cours de cette phase, le nouveau soi origine de la découverte de facettes intactes du soi, c'est-à-dire celles n'ayant pas été affectées par

la présence du trouble mental. Se référant à ce mode d'émergence, certaines personnes affirment que « le nouveau soi a toujours été présent ». Le nouveau soi peut aussi révéler des facettes auparavant inconnues et inexploitées. Un autre mode d'émergence du nouveau soi découle de l'acceptation graduelle du trouble mental. La personne parvient à circonscrire plus nettement la place qu'occupe le trouble mental dans le rapport à soi et commence à se définir de plus en plus « en dehors » du trouble mental. L'espace libéré par l'acceptation du trouble mental invite à la découverte de nouvelles facettes du soi. Bref, les trois modes d'émergence du nouveau soi, documentés par Davidson et Strauss (1992) suggèrent des conduites d'initiation à une re-définition et une expansion du soi chez la personne en voie de rétablissement.

L'emmagasinement des ressources personnelles est la deuxième étape du processus de découverte du nouveau soi. La personne procède à l'inventaire de ses forces et faiblesses et clarifie les changements qu'elle désire apporter à son style de vie.

La mise en action des ressources personnelles, la troisième étape, permet à la personne de tester *in vivo* ses capacités et limites et de tabler sur les facteurs environnementaux favorisant sa démarche de croissance personnelle. Au cours de cette étape, la personne doit pouvoir avoir accès à des opportunités de mise en action de ses ressources personnelles (p. ex., réinsertion professionnelle, nouvelle activité de loisir) ainsi que de l'aide des personnes de son milieu pour restructurer positivement les expériences d'échec.

La dernière étape est celle de l'utilisation du nouveau soi en tant qu'agent de soutien. En s'affranchissant de la présence du trouble mental, l'individu trouve refuge et réconfort *dans* un nouveau soi, maintenant constitué et investi d'une portion saine. La distanciation du trouble mental lui offre la possibilité d'observer les manifestations du trouble mental d'une manière plus « objective » et d'utiliser des stratégies de rétablissement favorisant une meilleure qualité de vie et de bien-être (Pettie et Triolo, 1999). La personne élargit ses domaines de compétences et utilise son pouvoir d'agir pour améliorer ses conditions de vie.

Complexité du soi

La complexité du soi (*self-complexity*) fait référence aux multiples représentations cognitives du soi, lesquelles sont vues comme indépendantes les unes des autres (Linville, 1985, 1987). La complexité du soi varie d'une personne à l'autre. Les personnes démontrant un niveau plus élevé de complexité possèdent un soi constitué d'un plus grand nombre de facettes indépendantes. De plus, les personnes ayant une plus grande

complexité du soi sont mieux armées contre les stressseurs de la vie courante (Woolfolk et al., 1999). Par exemple, une personne confrontée à de multiples problèmes à son travail éprouve une baisse de l'estime de soi face à sa performance professionnelle, laquelle est compensée par la relation harmonieuse qu'elle a avec son conjoint. La complexité du soi permet donc de se rabattre sur des aspects valorisés du soi lors de confrontation à des événements stressants qui érodent d'autres aspects du soi.

Le processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental et le processus de découverte d'un nouveau soi contribuent à la construction d'un soi d'une plus grande complexité. Ces deux processus se chevauchent dans la découverte de nouvelles forces, la réactivation de forces oubliées, et la réévaluation positive de « faiblesses ». L'activation des deux processus favorisent également l'abandon du rôle de patient de même que l'investissement de nouveaux rôles permettant à la personne de prendre une part active dans l'orientation de son rétablissement et de trouver refuge et soutien au sein des nouvelles fonctions exercées par le soi. Ainsi, une personne ayant tendance à s'isoler des autres développera une expertise dans la programmation informatique, ce qui lui permettra d'assumer un nouveau rôle en lien avec ses préférences et compétences et d'augmenter son estime de soi.

Relation à l'espace temporel

L'expérience du rétablissement imprime une courbure spécifique à l'espace temporel. Le passé et le présent se conjuguent au futur. L'espoir en une vie meilleure permet à la personne en voie de rétablissement de croire en l'existence d'un avenir. Ses croyances et pratiques spirituelles lui permettent de comprendre sa souffrance et lui offrent la possibilité d'agir et de devenir. Les concepts d'espoir et de spiritualité permettent d'initier une lecture du rapport au temps.

L'espoir

Plusieurs auteurs (Deegan, 1988 ; Fisher, 1994 ; Mead et Copeland, 2000 ; Spaniol et al., 1994) considèrent que la présence de l'espoir est essentielle à toute démarche de rétablissement. Blanch et ses collègues (1993) ont même affirmé que l'espoir constituait le facteur le plus important dans le rétablissement. Selon Miller (1992), l'espoir correspond à l'anticipation d'un avenir qui est perçu comme bon. Cinq dimensions s'y rapportent : une relation de réciprocité, un sentiment de compétences personnelles, un état de bien-être émotionnel, des objectifs significatifs de vie et un sens « du possible ».

Ces dimensions s'avèrent utiles pour articuler les connaissances actuelles sur l'espoir dans le cadre du rétablissement. Deegan (1988) souligne que l'espoir est contagieux, d'où l'importance de lieux d'échange sur les expériences personnelles entre pairs (Mead et Copeland, 2000, Young et Ensing, 1999), d'une attitude positive de l'intervenant face aux possibilités de développement de l'individu (Bailey, 1998) et d'un climat de réciprocité entre les membres de la famille. Également, l'espoir constitue un réservoir d'énergie permettant à la personne de développer ses compétences et d'atteindre ses objectifs de vie (Littrel et al., 1996 ; Mead et Copeland 2000). Conséquemment, l'individu doit pouvoir bénéficier de possibilités de croissance, et cela dans un milieu ouvert tant à ses succès qu'à ses expériences négatives. Finalement, l'évaluation subjective de la qualité de la vie semble plus étroitement liée à l'espoir, comparativement à l'évaluation objective (Landein et al., 2000), ce qui vient renforcer la proposition selon laquelle l'espoir est ancré dans la réalité telle que perçue par la personne (Miller, 1992). En résumé, rendre signifiantes les « choses » de la vie, croire en ses capacités actuelles et futures de contrôle sur l'environnement, et bénéficier de soutien social aident à nourrir l'espoir de la personne en voie de rétablissement. Ainsi comme le soutient Nunn (1996), la transformation des désirs en attentes devient alors possible.

Spiritualité

La spiritualité est un thème important dans les écrits sur le rétablissement (Deegan, 2000 ; Ohio Department of Mental Health, 1999 ; Sullivan, 1994). Bien que la spiritualité ne soit pas un compagnon de voyage essentiel au rétablissement, elle est présente chez un bon nombre de personnes. Dans le cadre d'une étude portant sur les facteurs favorisant le rétablissement (Sullivan, 1994), près de la moitié des 46 personnes affirmaient avoir recours à la spiritualité.

La personne en voie de rétablissement fait appel à ses croyances spirituelles pour interpréter positivement des événements difficiles de vie, donner un sens à son existence et surmonter des moments pénibles (Young et Ensing, 1999). Les croyances spirituelles sont sources d'espoir, de réconfort, et d'apaisement. La relation à une Puissance Supérieure est le véhicule de spiritualité de plusieurs personnes en rétablissement. La Puissance Supérieure réfère à Dieu, ou à un Être bienveillant défini de façon imprécise.

Sur le plan comportemental, les pratiques associées au vécu de la spiritualité sont perçues comme des stratégies favorisant le rétablissement, telles les prières, la messe, la méditation, ou la participation à des

activités au sein d'associations religieuses ou spirituelles (Lindgren et Coursey, 1995 ; Tepper et al., 2001). Certaines personnes semblent apprécier particulièrement la possibilité d'échanger sur le rôle de la spiritualité dans leurs vies avec des pairs (Young et Ensing, 1999). Bref, la spiritualité remplit des fonctions de médiation cognitive et de soutien chez les personnes en voie de rétablissement conformément à celles suggérées par Maton (1989).

En résumé, l'espoir et la spiritualité contribuent à redéfinir la relation à l'espace temporel. L'avenir devient envisageable et possible. Cette vision amène des changements dans les autres dimensions du rétablissement. Ainsi, la personne-en-devenir s'engage dans la nouvelle construction de facettes de soi et est capable de projeter le sens redéfini du soi dans l'avenir. Elle parvient également à anticiper des actions futures incluant des stratégies l'amenant à actualiser davantage son pouvoir d'agir. Finalement, elle cible et mise sur des relations sociales concourant à son expérience de devenir.

Pouvoir d'agir

Le pouvoir d'agir (empowerment) est lié indissociablement à l'expérience du rétablissement (Bassman, 1997 ; Deegan, 1997 ; Fisher, 1994 ; Walsh, 1996). Ce concept est documenté en tant que processus et construit.

Processus

Selon les résultats d'une étude descriptive (Young et Ensing, 1999), l'appropriation du pouvoir est un processus à l'intérieur duquel l'individu assume davantage de responsabilités dans l'orientation de sa vie, croit davantage en sa capacité d'exercer un plus grand contrôle sur son environnement, et développe des stratégies concrètes lui permettant de jouer un rôle plus actif dans l'atteinte de ses objectifs de vie (Young et Ensing, 1999). Des changements cognitifs et comportementaux accompagnent l'actualisation du pouvoir d'agir. L'individu a davantage confiance en lui-même et développe un sens plus aigu d'autodétermination. Il devient aussi plus tolérant et patient envers lui-même et réussit à mobiliser le courage nécessaire à la relève de défis et à la prise de risques. D'autre part, les efforts de l'individu pour accroître son pouvoir d'agir se concrétisent dans l'utilisation de stratégies proactives, telles la surveillance de signes avant-coureurs, la planification anticipée de moyens permettant de gérer efficacement des situations de crise, et la mise en action de stratégies adaptatives pour faire face aux manifestations cliniques du trouble mental et de ses conséquences.

Alors que Young et Ensing (1999) limitent l'appropriation du pouvoir à un processus personnel, McLean (1995) en propose une vision élargie. Au processus personnel se rajoute le processus politique. Ce dernier consiste en des actions de promotion et de défense des droits des personnes utilisatrices, incluant la modification de textes de loi et de politiques en matière de santé et d'intégration sociale. Les processus personnel et politique convergent vers la validation du potentiel de la personne ainsi que vers la reconnaissance de sa dignité et de sa valeur humaine (McLean, 1995).

Construit

Sur le plan théorique, plusieurs composantes du pouvoir d'agir ont été proposées pour la personne en voie de rétablissement. Celles-ci sont : la confiance en soi, la croyance en ses forces personnelles et leur utilisation, la perception de contrôle sur l'environnement, l'identification et l'acquisition d'habiletés permettant d'être plus autonome et d'influencer les autres dans l'exercice de ses choix, l'autorité décisionnelle, et l'efficacité personnelle (Fisher, 1994 ; Rapp et al., 1993 ; Miller et Keys ; 1996 ; Walsh, 1996).

D'autre part, des travaux empiriques ont permis de préciser la nature multidimensionnelle du pouvoir d'agir. Les dimensions « pouvoir d'agir de type personnel » (personal derived empowerment) et « pouvoir d'agir de type organisationnel-extraorganisationnel » (organisationally-extra/organisational-derived empowerment) résultent de travaux de validation portant sur trois échelles mesurant le pouvoir d'agir (Segal et al., 1995). Dans le cadre d'une autre étude (Corrigan et al., 1999), deux grandes dimensions du pouvoir d'agir ont été identifiées lors de l'administration de l'Empowerment Scale (ES) (Rogers et al., 1997) à des personnes participant à un programme d'hospitalisation partielle. Il s'agit du pouvoir d'agir axé sur la personne et du pouvoir d'agir axé sur la communauté. Plus précisément, le pouvoir d'agir axé sur la personne correspond à la confiance qu'elle a en sa valeur et son efficacité à surmonter les difficultés associées au stigmate et à la discrimination des personnes avec des troubles mentaux. Il comprend trois sous-dimensions, soit l'efficacité personnelle, l'optimisme, et l'estime de soi. Le pouvoir d'agir axé sur la communauté correspond à l'intérêt que nourrit la personne face aux changements à apporter pour diminuer le stigmate et la discrimination et développer de nouvelles opportunités pour la collectivité de personnes engagées sur la voie du rétablissement. Il comprend trois sous-dimensions, l'action communautaire, le sentiment d'impuissance (powerlessness), et la confiance dans la production de changements significatifs.

Bien que restreints, les résultats d'études quantitatives permettent de jeter un peu de lumière sur le rôle du pouvoir d'agir dans le rétablissement. Premièrement, l'environnement de la personne, en termes de conditions de vie ou de ressources, semblent influencer le pouvoir d'agir. Ainsi, chez des personnes utilisatrices membres d'un groupe d'entraide, l'appropriation du pouvoir s'accroît au fur et à mesure que les niveaux de qualité de vie et de participation à des activités dans la communauté s'élèvent, alors qu'elle diminue lors de l'utilisation accrue de services professionnels de soutien et de santé mentale (Rogers et al., 1997). Deuxièmement, les corrélats des dimensions du pouvoir d'agir sont relativement différents, appuyant la nature multidimensionnelle du pouvoir d'agir. Ainsi Segal et al. (1995) ont rapporté que le pouvoir d'agir de type personnel était associé au fonctionnement social et à la qualité de vie alors que le pouvoir d'agir de type organisationnel/extraorganisationnel était plus en lien avec des activités de réinsertion professionnelles. Par ailleurs, Corrigan et al. (1999) ont constaté que les prédicteurs du pouvoir d'agir axé sur la personne étaient l'estime de soi et la qualité de vie, alors que ceux du pouvoir d'agir axé sur la communauté étaient l'utilisation des ressources de soutien et de santé, l'intelligence verbale, et l'appartenance à des groupes ethniques. Les personnes utilisatrices aux Etats-Unis qui sont d'origine africaine ou asiatique démontraient un niveau plus élevé du pouvoir d'agir axé sur la communauté comparativement à celles d'origine européenne.

Globalement, ces résultats démontrent que l'individu a tendance à exercer son pouvoir d'agir dans des secteurs définis, comme les secteurs personnel et communautaire, et cela de façon différente. La possibilité d'effectuer un transfert des habiletés et compétences exercées dans le cadre du pouvoir d'agir axé sur la personne au pouvoir d'agir axé sur la communauté reste à confirmer (Segal et al., 1995). Finalement, l'avancement des connaissances sur le pouvoir d'agir ne peut se faire sans approfondir le sentiment d'impuissance (*learned helplessness*), maintes fois rapporté par les personnes en rétablissement, et sans apporter une distinction plus nette entre différents niveaux du pouvoir d'agir. Compte tenu de leur pertinence dans l'expérience du rétablissement, ces deux thèmes sont maintenant discutés.

Sentiment d'impuissance

Selon plusieurs auteurs (Chamberlin, 1990; Deegan, 1997; Kramer et Gagne, 1997), le sentiment d'impuissance représente l'internalisation d'un environnement oppressant, réduit en termes d'opportunités et invalidant les capacités de l'individu. Il se manifeste sous forme

d'inertie, de perte de confiance en soi, de diminution de l'efficacité personnelle, d'érosion d'attentes personnelles, d'absence de stratégies proactives, et de désespoir.

Le sentiment d'impuissance est perçue comme la plus importante des barrières internes au rétablissement. D'autres types de barrières internes sont les symptômes et les effets secondaires des médicaments (Kramer et Gagne, 1997 ; Mead et Copeland, 2000 ; Selten et al., 2000). Quant aux barrières externes, elles se rapportent à la discrimination sociale, aux préjugés, à la pauvreté, au manque d'accessibilité à des ressources, au manque d'information sur les ressources, et à l'absence de modèles de rôle (Fisher, 1994 ; ODMH, 1999 ; Kramer et Gagne, 1997 ; Penn et al., 1999).

Les groupes d'entraide sont des milieux propices au développement de stratégies visant à surmonter le sentiment d'impuissance. La prise de conscience des luttes de pouvoir entourant l'exclusion des personnes avec des troubles mentaux dans la société est considérée comme essentielle à toute démarche de rétablissement (Chamberlin, 1990). Prendre une part active dans l'exercice de ses choix et défendre ses droits deviennent des actions significatives pour la personne (Kramer et Gagne, 1997 ; Fisher, 1994).

L'expérience du rétablissement implique la transformation du sentiment d'impuissance en pouvoir d'agir. Une connaissance plus approfondie des mécanismes impliqués dans l'élaboration de stratégies visant à surmonter les barrières internes et externes s'avère nécessaire.

Les niveaux du pouvoir d'agir

La conceptualisation du pouvoir d'agir telle que proposée par Zimmerman et ses collègues s'avère utile dans l'analyse des données actuellement disponibles. Elle comporte la distinction de trois niveaux du pouvoir d'agir, soit le niveau psychologique, organisationnel, et communautaire (Perkins et Zimmerman, 1995 ; Zimmerman, 1995) (voir Figure 1). Le pouvoir d'agir de niveau psychologique (*psychological empowerment*) se subdivise en trois composantes. La composante intrapersonnelle correspond à la perception de contrôle qu'a l'individu sur son environnement, la composante interactionnelle à une compréhension éclairée des facteurs socio-politiques influençant l'atteinte de ses objectifs, et la composante comportementale à une attitude proactive dans l'exercice de ses choix. Ainsi, le pouvoir d'agir de niveau psychologique comprend, entre autres, l'efficacité personnelle, les croyances personnelles de contrôle, le développement d'habiletés sociales, le déve-

Figure 1
Les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques

Redéfinition et expansion du soi • Processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental • Processus de découverte d'un nouveau soi • Complexité du soi	Relation à l'espace temporel • Espoir • Spiritualité
Pouvoir d'agir • Processus • Construit • Transformation du sentiment d'impuissance • Niveau du pouvoir d'agir – Niveau psychologique ✓ Composante intrapersonnelle ✓ Composante interactionnelle ✓ Composante comportementale – Niveau organisationnel – Niveau communautaire	Relation aux autres • Relations avec les membres de la famille • Relations avec les pairs • Relations avec les intervenants • Relations avec les services de santé et de soutien

loppement d'une pensée critique, et les stratégies individuelles prévenant les rechutes et celles visant à la défense des droits. Le pouvoir d'agir de niveau organisationnel se rapporte aux valeurs, structures et règles de fonctionnement de ressources qui favorisent l'appropriation du pouvoir. Le leadership partagé à l'intérieur de groupes d'entraide illustre ce niveau. Finalement, le pouvoir d'agir de niveau communautaire correspond à des actions collectives visant à améliorer la qualité de vie des communautés. Des coalitions entre groupes communautaires et des actions intersectorielles en sont des exemples (Fawcett et al., 1995).

Parmi les trois niveaux du pouvoir d'agir, le niveau psychologique est le plus présent dans les écrits scientifiques sur le rétablissement. A titre d'exemples, l'ES (Corrigan et al., 1999; Rogers et al., 1997) mesure le pouvoir d'agir de type psychologique. La dimension « pouvoir d'agir axé sur la personne » correspond à la composante intrapersonnelle alors que le pouvoir d'agir axé sur la communauté, l'autre dimension de l'ES, reflète des éléments reliés à la composante interactionnelle. L'intérêt envers le pouvoir d'agir de niveau psychologique est aussi manifeste dans de récents écrits théoriques portant sur l'application de la

théorie de l'efficacité personnelle (Bandura, 1976/1980, 1986) au sein du rétablissement (Carpinello et al., 2000 ; Fabian, 2000 ; Regenold et al., 1999). Finalement, deux études de cas (Maton et Salem, 1995 ; McLean, 1995) ont porté sur les valeurs, structures et modes de fonctionnement de groupes d'entraide composés de personnes souffrant de troubles mentaux. Elles se rapportent donc au pouvoir d'agir de niveau organisationnel.

La différenciation des trois niveaux du pouvoir d'agir offre une compréhension plus globale des connaissances actuelles sur ce concept. De plus, elle ouvre à l'investigation de multiples perspectives dans le cadre du rétablissement, lesquelles seront approfondies dans la dernière section de cet article.

Relation aux autres

La quatrième dimension met l'accent sur le contexte relationnel de l'expérience du rétablissement. Elle se rapporte aux relations que la personne entretient avec les membres de la famille, les pairs, les intervenants, et les services de santé et de soutien.

Relations avec les membres de la famille

Jusqu'à date, les écrits théoriques et les rapports anecdotiques portant sur le rétablissement ont davantage mis en relief les relations avec les pairs que celles entretenues avec les parents et les membres de la fratrie. De plus, les travaux empiriques explorant le rôle de soutien de la famille dans le cadre du rétablissement sont presque inexistantes (Lefley, 1997). Une exception notable est l'étude sur le rétablissement de Young et Ensing (1999). Ces auteurs ont rapporté que les conjoints et les enfants des 18 personnes utilisatrices participant à leur étude se retrouvaient au centre de leur réseau social, alors que leurs parents se situaient en périphérie. Considérant que l'âge moyen des participants était de 41 ans, une structure différente du réseau social aurait pu être mise à jour pour une clientèle plus jeune, incluant une plus grande représentation des parents. Somme toute, les aspects positifs et négatifs des relations conjugales et parentales demeurent méconnus dans le cadre du rétablissement. Ils requièrent une attention particulière (Hall et Nelson, 1996 ; Torrey et Wysik, 2000).

Relations avec les pairs

Ce type de relation a été principalement discuté dans le contexte de groupes d'entraide, lesquels représentent des alternatives aux services traditionnels de santé mentale. À partir d'une analyse de contenu,

Chamberlin et ses collègues (1996) ont identifié une série d'objectifs poursuivis par les groupes d'entraide. Ceux-ci visent à promouvoir le respect, l'autonomie et la défense des droits, à développer le pouvoir d'agir, à offrir de l'éducation sur des stratégies proactives entourant la gestion du trouble mental (p. ex., élaboration d'un plan d'intervention en vue d'éventuelles situations de crise), à procurer l'aide nécessaire pour faciliter l'accès aux services, à améliorer la qualité de vie de même qu'à réduire la discrimination sociale associée au trouble mental.

La participation à des groupes d'entraide active l'expérience du rétablissement. Dans ce cadre, la personne s'ouvre à des possibilités de croissance personnelle en recevant de l'aide au sein de relations non hiérarchisées et réciproques. Il lui y est aussi permis de valider ses compétences personnelles par de l'aide apportée à un pair en difficultés. La personne a également la possibilité de créer de nouveaux réseaux de soutien. Au gré de ses valeurs et convictions personnelles, la personne peut également choisir de s'engager dans des actions collectives dirigées vers la défense des droits, option lui permettant d'exprimer son sentiment d'appartenance au groupe (Deegan, 1988 ; Fisher, 1992, 1994 ; Mead et Copeland, 2000 ; Young et Ensing, 1999).

Les encouragements offerts par les pairs, l'apprentissage par l'observation d'attitudes aidantes chez les autres, et l'aide apportée par la personne aux autres rappellent les sources d'information se rapportant à l'efficacité personnelle (Bandura, 1976/1980). Celles-ci consistent en la persuasion verbale, l'apprentissage vicariant, et les accomplissements de performance. Cette théorie peut s'avérer utile pour mettre à jour certains mécanismes impliqués dans la consolidation du pouvoir d'agir de niveau psychologique (Zimmerman, 1995) chez la personne participant à des groupes d'entraide.

Relations avec les intervenants

La reconnaissance et la valorisation de l'aspect expérientiel des changements se produisant chez la personne en rétablissement représentent un important volet de la relation intervenant-personne/utilisatrice. Ainsi, l'intervenant respecte le caractère unique de chaque démarche de rétablissement. Ses interventions sont centrées sur la subjectivité des transformations vécues par la personne en rétablissement. De plus, les arrêts ou les reculs dans le processus de transformation constituent des moments privilégiés pour réviser la démarche de rétablissement en fonction des buts et des préférences de la personne et de ses apprentissages.

La relation intervenant-personne/utilisatrice s'inscrit dans le con-

texte d'un rapport non hiérarchisé au sein duquel l'intervenant abandonne son statut d'expert. Il devient un consultant ou un agent facilitateur au service de la personne. La relation entre l'intervenant et la personne utilisatrice repose sur des attitudes génériques, communes à toute intervention, et d'autres qui lui sont plus spécifiques. L'acceptation inconditionnelle de la personne, l'établissement d'un climat de confiance, la croyance dans le potentiel de la personne, et la compréhension empathique de l'expérience relèvent du domaine générique (Deegan, 1997 ; Fisher, 1994 ; Murphy, 1998, Tobias, 1990). Les attitudes spécifiques au rétablissement sont le respect des préférences de la personne utilisatrice, la recherche d'opportunités permettant à cette dernière d'exercer son pouvoir d'agir dans la poursuite de ses objectifs de vie, l'instillation de l'espoir, la validation de son potentiel dans les expériences positives et négatives, et le partage du pouvoir décisionnel relié aux orientations de traitement (Anthony, 1993 ; Noordsy et al., 2000 ; ODMH, 1999 ; Tobias, 1990 ; Tower, 1994).

Relations avec les services de santé et de soutien

La perspective du rétablissement implique un virage dans l'organisation des services de santé mentale (Anthony, 1993 ; Deegan, 2000 ; Noordsy et al., 2000). En plus d'être disponibles et accessibles, les services orientés vers le rétablissement comprennent une gamme étendue d'interventions, telles les thérapies individuelles et de groupe, la psychoéducation, les services offrant un suivi dans la communauté, les programmes de soutien à l'emploi, à l'éducation, au logement, et aux familles, et les groupes d'entraide (ODMH, 1999). Ces services sont offerts à la personne utilisatrice dans la mesure qu'ils tiennent compte de ses préférences et lui permettent d'atteindre ses buts personnels.

Une caractéristique importante des services orientés vers le rétablissement est l'intégration de services traditionnellement rattachés à des domaines d'intervention parallèles. Les récents modèles articulant les interventions en santé mentale à celles relevant du domaine de la réinsertion professionnelle ou du traitement de la toxicomanie en sont des exemples (Becker et Drake, 1994 ; Drake et Mueser, 2000). L'intégration des services ne repose plus sur la personne utilisatrice, mais sur les intervenants. En plus d'offrir des services de santé mentale, l'intervenant est directement impliqué dans d'autres problématiques, telles le traitement de la toxicomanie ou la réinsertion professionnelle. L'intégration des services implique donc un changement majeur dans les pratiques professionnelles. L'intervenant offre des services directs, et cela dans plus d'un secteur. En ce sens, les programmes de formation univer-

sitaire doivent davantage préparer les intervenants à développer des pratiques *multisectorielles*. Finalement, l'intégration des services dans l'environnement immédiat de la personne rejoint le discours sur les actions intersectorielles au sein des services de soutien et de santé mentale (MSSS, 1998).

Une autre caractéristique des services orientés vers le rétablissement repose sur la valorisation des interventions dans le milieu de vie de la personne. Ceci suppose des pratiques professionnelles *in vivo*, allant de la formation de l'alliance thérapeutique à l'évaluation des interventions.

La dernière caractéristique des services orientés vers le rétablissement se rapporte à la participation obligatoire des personnes dans l'évaluation ponctuelle et continue des services. Les personnes utilisatrices sont sollicitées pour évaluer leur satisfaction face à l'accessibilité, la continuité, la complémentarité, et la qualité des services. D'autres éléments de satisfaction se rapportent au respect de leurs préférences et de leurs opinions dans l'allocation et la transformation des services.

Perspectives de recherche

La recherche sur le rétablissement n'en est qu'à ses débuts. L'approfondissement des connaissances dans ce secteur nécessite la contribution de multiples approches théoriques et l'utilisation de méthodologies variées. Des orientations de recherche sont maintenant proposées, et cela en tenant compte de leur caractère prioritaire.

Un premier domaine de recherche est celui se rapportant à une définition plus détaillée des quatre dimensions du rétablissement et à une détermination plus précise des processus favorisant le renouvellement d'un sens existentiel, la performance de rôles sociaux significatifs, et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie. Au cœur des dimensions et des processus, se retrouve un maillage étroit entre l'individu et son environnement. Les caractéristiques de l'environnement sont tout aussi importantes que celles de l'individu dans le cadre du rétablissement. Dans ce contexte, il importe de distinguer différents niveaux d'analyse, permettant de mieux circonscrire l'étude de la transaction individu-environnement.

En s'inspirant des travaux sur le pouvoir d'agir et des écrits sur le rétablissement précédemment discutés, trois niveaux d'analyse sont ici suggérés. Le niveau d'analyse de type individuel se rapporte à l'étude de la personne au sein de son environnement interne, interpersonnel, et externe. Le niveau d'analyse de type organisationnel ouvre à l'étude de groupes ou d'associations. Finalement, le niveau d'analyse de type com-

munautaire permet l'étude de réseaux communautaires et d'actions collectives (Perkins et Zimmerman, 1995). Ainsi, l'exploration de processus personnels se fera à partir de l'individu en tant que niveau d'analyse, alors que les processus interpersonnels et sociopolitiques pourront être explorés à partir des deux autres niveaux d'analyse.

À titre d'exemple, les attributs personnels associés à l'engagement politique seront abordés à partir de l'individu en tant que niveau d'analyse. Les caractéristiques d'une ressource communautaire favorisant la défense des droits seront explorées à partir de l'organisation en tant que niveau d'analyse. Les facteurs influençant l'organisation de rassemblements collectifs pour dénoncer des pratiques discriminatoires seront étudiés à partir de la communauté en tant que niveau d'analyse. Un autre exemple de l'application des niveaux d'analyse peut être l'étude du rôle de la spiritualité dans le rétablissement. L'individu sera le niveau d'analyse pour explorer l'importance de la spiritualité dans le contexte des autres dimensions du rétablissement, et cela en ayant éventuellement recours à une approche phénoménologique (Davidson et Strauss, 1995). L'organisation sera le niveau d'analyse pour étudier les rapports entre les membres de la ressource spirituelle à laquelle il appartient, et cela par le biais d'une étude ethnographique. Finalement, la communauté constituera le niveau d'analyse pour explorer, à l'aide d'une approche écologique, les coalitions entre associations communautaires ayant conduit à l'organisation d'une campagne de sensibilisation visant à promouvoir les valeurs spirituelles dans la vie de tous les jours au sein de la communauté où il vit.

Les trois niveaux d'analyse permettent à la recherche sur le rétablissement de dépasser le niveau individuel, et de s'attarder également aux caractéristiques de l'environnement, lesquelles contribuent particulièrement à la discrimination sociale des personnes avec des troubles mentaux. Ajoutée aux dimensions de l'expérience du rétablissement, cette distinction entre les niveaux d'analyse ouvre à des collaborations multidisciplinaires permettant de générer des connaissances dans les domaines de la psychologie, la philosophie, la sociologie, l'anthropologie et les sciences politiques, pour n'en nommer que quelques-uns.

L'étude du rétablissement en tant que processus suggère également deux autres avenues de recherche. La première se rapporte à l'étude de la pluralité des trajectoires de rétablissement et aux éléments de contexte qui les façonnent. Le processus en trois stades hiérarchisés, identifié par Young et Ensing (1999), demeure un exemple parmi plusieurs, considérant le caractère unique de l'expérience du rétablissement. L'étude de typologie de trajectoires, mettant en relief les facteurs contextuels de l'expérience, est une voie intéressante de développement (Strauss,

1989). Les quatre dimensions proposées du rétablissement peuvent servir de guides à l'élaboration de tels travaux empiriques.

Le phénomène de non-linéarité du processus de rétablissement représente une autre avenue particulièrement importante à explorer. Des avancées et des moments de « reculs » semblent marquer l'expérience du rétablissement (Spaniol et al., 1994). Un processus en dents de scie plutôt que linéaire ponctuerait la quête de transcendance. Les éléments contextuels impliqués dans ce processus non linéaire demandent à être éclaircis, tels les facteurs d'ordre personnel (p. ex., spiritualité, efficacité personnelle) et ceux d'ordre environnemental (p. ex., instillation de l'espoir dans le milieu, accessibilité à des ressources). De plus, la fonction du processus non linéaire dans l'action de se rétablir est un autre objet d'intérêt. Est-ce que les mouvements de reculs représentent des moments de réflexion ou d'inertie « réparatrice » précédant et/ou faisant suite à des efforts dans l'action de se rétablir ? (Rakfeldt et Strauss, 1989 ; Strauss, 1989).

L'influence des facteurs culturels dans l'expérience du rétablissement représente un deuxième domaine de recherche. La vision du rétablissement est construite sur des valeurs occidentales, telles l'individualisme, l'imputabilité, l'autodétermination, et le contrôle (Frese et Davis, 1997). L'étude du rétablissement chez des individus appartenant à différents groupes ethniques est grandement nécessaire. Elle implique la compréhension des processus d'acculturation et d'assimilation dans l'initiation de la démarche de rétablissement et son évolution (Finley, 1997 ; Lefley, 1998).

Un troisième domaine de recherche est celui de l'instrumentation. De nouveaux instruments de recherche doivent être développés afin de mesurer des concepts spécifiques à la vision du rétablissement, tels que les obstacles au rétablissement ou les objectifs de vie liés au rétablissement. D'autre part, le chevauchement entre les énoncés d'instruments mesurant différents concepts du rétablissement doit être examiné attentivement dans le cadre d'études corrélationnelles. Ainsi, Corrigan et ses collègues (1999) soulignent le chevauchement d'énoncés entre l'Échelle d'Estime de Soi (Rosenberg, 1965) et celle mesurant le pouvoir d'agir, soit l'ES (Rogers et al., 1997). L'utilisation conjointe de l'ES et du « Mental Health Confidence Scale » (Carpinello et al., 2000) représente un autre exemple de chevauchement d'énoncés. Finalement, le développement d'instruments mesurant la fidélité d'interventions thérapeutiques axées sur le rétablissement constitue une autre voie d'avenir. Les instruments déjà utilisés dans le contexte du soutien à l'emploi et du

traitement intégré des personnes présentant à la fois des problèmes de toxicomanie et de santé mentale en sont des exemples (Bond et al., 1997 ; Teague et al., 1998).

Le quatrième domaine de recherche correspond aux services orientés vers le rétablissement. Le premier axe de recherche sur les services se rapporte aux programmes de soutien à l'emploi, à l'éducation, et au logement ainsi que le modèle de suivi communautaire axé sur les forces de l'individu, lesquels demeurent peu développés au Québec. La planification et l'évaluation de ces programmes doivent faire l'objet de travaux empiriques, et qui de plus incluront la participation active des personnes utilisatrices (Everett, 1989 ; Fisher, 1994). Dans le cadre du rétablissement, leur participation au processus de recherche est obligatoire. Le pouvoir d'agir est élargi à la production de connaissances empiriques : l'appropriation du pouvoir se concrétise en « recherche action de type participative » (*participatory action research*). En fonction de leurs intérêts et expériences professionnelles, les personnes utilisatrices peuvent agir à titre de membre d'un comité aviseur ou de co-chercheur au sein d'une équipe de recherche. La personne en tant que chercheure principale est aussi une autre avenue, reconnue comme essentielle à l'avancement des connaissances sur le rétablissement par certains auteurs (Rogers et Palmer-Erbs, 1994). Le chercheur « traditionnel » devient alors consultant, à l'instar de l'intervenant.

Le deuxième axe de recherche sur les services vise à comparer les services dirigés par les personnes utilisatrices et à ceux offerts par les professionnels, et cela en regard de leur efficacité respective dans la promotion de l'expérience du rétablissement (Corrigan et Garman, 1997). À ce titre, les ingrédients actifs des deux types de services peuvent être mis en relation avec les quatre dimensions du rétablissement et ses retombées, telles la performance de rôles sociaux ou la qualité de la vie. Ainsi, il est possible que le développement d'une pensée critique face au système de santé soit uniquement le résultat d'interventions offertes par des personnes utilisatrices, alors que la surveillance de signes avant-coureurs soit une retombée commune de deux types d'interventions. L'identification de zones uniques et partagées dans le soutien au rétablissement peut contribuer à resserrer le dialogue entre les deux types de ressources et à bâtir sur des éléments de complémentarité.

Le cinquième domaine de recherche vise à mieux comprendre les relations entre les caractéristiques cliniques de la personne et l'expérience du rétablissement. Les personnes avec des troubles mentaux représentent un groupe très hétérogène en regard de la symptomatolo-

gie, des altérations cognitives et des incapacités fonctionnelles. Ces manifestations cliniques font partie de l'histoire de la personne dans le cadre du rétablissement. Elles peuvent représenter des défis pour la personne, comme le sont d'ailleurs les handicaps sociaux et la discrimination sociale. Par ailleurs, la vision du rétablissement est étrangère à la normalisation du processus de rétablissement en fonction du niveau d'adaptation de l'individu, contrairement à ce que propose Lefley (1997). Ceci implique que l'étude des caractéristiques cliniques s'inscrive essentiellement dans la mise en contexte de l'expérience du rétablissement. Ces caractéristiques s'ajoutent à d'autres éléments contextuels, tels les caractéristiques sociodémographiques, culturelles et environnementales (p. ex., réseau social).

En résumé, l'approche du rétablissement permet d'élargir le discours actuel sur le pouvoir d'agir, lequel ne constitue qu'une des dimensions proposées du rétablissement. De plus, cette approche ouvre à la possibilité d'établir des liens entre la prévention tertiaire et la promotion de la santé mentale, et cela en valorisant des transformations orientées vers un plus grand devenir et en accentuant l'importance d'améliorer le bien-être et la qualité de vie de la personne. Finalement, la recherche sur le rétablissement offre de nombreux défis et de multiples opportunités. Le présent article a esquissé un itinéraire pour l'avancement des connaissances sur le rétablissement. Le voyage reste à faire. Mieux comprendre les expériences de transformation chez la personne et cibler plus efficacement les interventions les maximisant sont au rendez-vous.

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.
- BAILEY, J., 1998, I'm just an ordinary person, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 8-10.
- BANDURA, A., 1986, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- BANDURA, A., 1980, *L'apprentissage social* (J. A. Rondal, Trad.), Pierre Mar-daga Éditeur, Bruxelles.
- BANDURA, A., 1976, *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- BASSMAN, R., 1997, The mental health system: Experiences from both sides of the locked doors, *Professional Psychology: Research and Practice*, 28,

238-242.

- BECKER, D. R., DRAKE, R. E., 1994, Individual placement and support : A community mental health center approach to vocational rehabilitation, *Community Mental Health*, 30, 193-206.
- BELLAMY, C. D., MOWBRAY, C. T., 1998, Supported education as an empowerment intervention for people with mental illness, *Journal of Community Psychology*, 26, 401-413.
- BLANCH, A., FISHER, D., TUCKER, W., WALSH, D., CHASSMAN, J., 1993, Consumer-practitioners and psychiatrists share insights about recovery and coping, *Disability Studies Quarterly*, 13, 17-20.
- BOND, G. R., BECKER, D. R., DRAKE, R. E., VOGLER, K. M., 1997, A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265-284.
- CAMPBELL, J., SCHRAIBER, R., 1989, *The well-being project: Mental health clients speak for themselves*, California Department of Mental Health, Sacramento, Ca.
- CARLING, P. J., 1993, Supports and rehabilitation for housing and community living in Flexer, R.W., Solomon, P.L., eds, *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Andover Medical Publishers, Boston, 99-118.
- CARLING, P. J., 2000, *Se rétablir... Un système à rétablir* [Adaptation française de Catherine Vallée], Le Partenaire, 8, 3, 1-8.
- CARPINELLO, S. E., KNIGHT, E. L., MARKOWITZ, F. E., PEASE, E. A., 2000, The development of the Mental Health Confidence Scale : A measure of self-efficacy in individuals diagnosed with mental disorder, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 236-243.
- CHAMBERLIN, J., 1990, The ex-patients' movement: Where we've been and we're going, *Journal of Mind and Behavior*, 11, 323-336.
- CHAMBERLIN, J., ROGERS, E. S., ELLISON, M. L., 1996, Self-help programs : A description of their characteristics and their members, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 33-42.
- COPELAND, M. E., 2000, *Wellness Recovery Action Plan*, Peach Press, West Dummerston, VT.
- CORRIGAN, P. W., FABER, D., RASHID, F., LEARY, M., 1999, The construct validity of empowerment among consumers of mental health services, *Schizophrenia Research*, 38, 77-84.

- CORRIGAN, P. W., GARMAN, A. N., 1997, Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions, *Psychiatric Services*, 48, 347-352.
- DAVIDSON, L., STRAUSS, J.S., 1992, Sense of self in recovery from severe mental illness, *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- DAVIDSON, L., STRAUSS, J. S., 1995, Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery, *Psychiatry*, 58, 44-55.
- DEEGAN, P. E., 1988, Recovery : The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 4, 11-19.
- DEEGAN, P. E., 1996, Recovery as a journey of heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 3, 91-97.
- DEEGAN, P. E., 1997, Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities, *Social Work in Health Care*, 25, 3, 11-24.
- DEEGAN, P. E., 2000, *Recovering from Mental Illness*, Presentation at New Hampshire and Dartmouth Medical School, Concord, NH, Mars.
- DRAKE, R. E., MCHUGO, G. J., BEBOUT, R. R., BECKER, D. R., HARRIS, M., BOND, G. R., QUIMBY, E., 1999, A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders, *Archives of General of Psychiatry*, 56, 627-633.
- DRAKE, R. E., MCHUGO, G. J., BECKER, D.R., ANTHONY, W. A., CLARK, R. E., 1996, The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 391-399.
- DRAKE, R. E., MUESER, K. T., 2000, Psychosocial approaches to dual diagnosis, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105-118.
- Everett, B., 1989, Participation des clients à un projet de recherche sur un nouveau modèle d'hébergement offrant un soutien important, *Santé mentale au Canada*, juin, 32-36.
- FABIAN, E. S., 2000, Social cognitive theory of careers and individuals with serious mental health disorders: Implications for psychiatric rehabilitation programs, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 262-269.
- FAWCETT, S. B., PAINE-ANDREWS, A., FRANCISCO, V. T., SCHULTZ, J. A., RICHTER, K. P., LEWIS, R.K., WILLIAMS, E. L., HARRIS, K. J., BERKLEY, J. Y., FISHER, J. L., LOPEZ, C. M., 1995, Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development, *American Journal of Community Psychology*, 23, 677-697.

- FINLEY, L., 1997, The multiple effects of culture and ethnicity on psychiatric disability in Spaniol, L., Gagne, C., Koehler, M., eds., *Psychological and Social Aspect of Psychiatric Disability*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston, MA, 497-510.
- FISHER, D., 1992, Thoughts on recovery, *Resources : Workforce Issues Mental Health Systems*, 4, 1, 7.
- FISHER, D., 1994, Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 913-915.
- FISHER, D., 2000, *Être maître d'œuvre de son rétablissement (Recovery at your own PACE)*, Présentation — X^e colloque annuel de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), Mont-St-Anne, Novembre.
- FRESE, F. J., DAVIS, W., 1997, The Consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals, *Professional Psychology : Research and Practice*, 28, 243-245.
- GAGNE, C., 2000, *Les usagers comme travailleurs professionnels dans les services de santé mentale : L'expérience du Recovery Center*, Présentation — X^e colloque annuel de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), Mont-St-Anne, Novembre.
- HALL, G. B., NELSON, G., 1996, Social networks, social support, personal empowerment, and the adaptation of psychiatric consumers/survivors : Path analytic models, *Social Science and Medicine*, 43, 1743-1754.
- KRAMER, P. J., GAGNE, C., 1997, Barriers to recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities in Spaniol, L., Gagne, C., Koehler, M., eds., *Psychological and Social Aspect of Psychiatric Disability*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston, MA, 467-476.
- JACOBSON, N., GREENLEY, D., 2001, What is recovery ? A conceptual model and explication, *Psychiatric Services*, 52, 482-485.
- LANDEEN, J., PAWLICK, J., WOODSIDE, H., KIRKPARTICK, H., BYRNE, C., 2000, Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 364-369.
- LECOMTE, Y., GAGNÉ, J., 2000, *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Revue Santé mentale au Québec.
- LEFLEY, H. P., 1997, The consumer recovery vision : Will it alleviate family burden, *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 210-219.
- LEFLEY, H. P., 1998, Families, culture and mental illness : Constructing new rea-

- lities, *Psychiatry*, 61, 335-355.
- Le Nouveau Petit Robert*, 1993, Dictionnaires Le Robert, Paris.
- LINDGREN, K. N., COURSEY, R.D., 1995, Spirituality and serious mental illness : A two-part study, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 93-111.
- LINVILLE, P. W., 1985, Self-complexity and affective extremity : Don't put all your eggs in one cognitive basket, *Social Cognition*, 3, 94-120.
- LINVILLE, P. W., 1987, Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 663-676.
- LITTREL, K. H., HERTH, K. A., HINTE, L. E., 1996, The experience of hope in adults with schizophrenia, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 4, 61-65.
- MATON, K., 1989, The stress-buffering role of spiritual support : Cross sectional and prospective investigations, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28, 310-323.
- MATON, K. I., SALEM, D. A., 1995, Organizational characteristics of empowering community settings : A multiple case study approach, *American Journal of Community Psychology*, 23, 631-656.
- MCLEAN, A., 1995, Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States : Contradictions, crisis and change, *Social Science and Medicine*, 40, 1053-1071.
- MEAD, S., COPELAND, M. E., 2000, What recovery means to us : Consumer's perspectives, *Community Mental Health Journal*, 36, 315-328.
- MEAD, S., HILTON, D., CURTIS, L., 2001, Peer support : A theoretical perspective, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 134-141.
- MERCIER, C., ALARIE, S., 2000, Le processus de rétablissement des personnes alcooliques et toxicomanes in Brisson, P., ed., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. 3, Gaétan Morin, Boucherville.
- MILLER, J. F., 1992, *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness* (2^e ed), F.A. Davis, Philadelphie.
- MILLER, A. B., KEYS, C. B., 1996, Awareness, action, and collaboration : How the self-advocacy movement is empowering for persons with developmental disabilities, *Mental Retardation*, 34, 312-319.
- MILLER, L., MILLER, L., 1997, A.N.G.E.L.S. inc. : A consumer-run supported employment agency, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 160-163.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec,

Québec.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001, *Accentuer la transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MOWBRAY, C. T., 1999, The benefits and challenges of supported education : A personal perspective, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 248-254.
- MURPHY, A., 1998, Rejection, stigma, and hope, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 185-88.
- NOORDSY, D. L., TORREY, W. C., MEAD, S., BRUNETTE, M., POTENZA, D., COPELAND, M. E., 2000, Recovery-oriented psychopharmacology : Redefining the goals of antipsychotic treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, suppl. 3, 22-29.
- NUNN, K. P., 1996, Personal hopefulness : A conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry, *British Journal of Medical Psychology*, 69, 227-245.
- OHIO DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH (ODMH), 1999, *Emerging Best Practices in Mental Health Recovery*, Ohio Department of Mental Health, Columbus, OH.
- PENN, D. L., KOMMANA, S., MANSFIELD, M., LINK, B. G., 1999, Dispelling the stigma of schizophrenia : II. The impact of information on dangerousness, *Schizophrenia Bulletin*, 25, 437-446.
- PETTIE, D., TRIOLO, A. M., 1999, Illness as evolution : The search for identity and meaning in the recovery process, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 255-262.
- PERKINS, D. D., ZIMMERMAN, M. A., 1995, Empowerment theory, research, and application, *American Journal of Community Psychology*, 23, 569-579.
- PROVENCHER, H. L., GREGG, R., MEAD, S. MUESER, K. T., (sous presse), The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities, *Psychiatric Rehabilitation Journal*.
- RAKFELDT, J., STRAUSS, J. S., 1989, The low turning point : A control mechanism in the course of mental disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 32-37.
- RAPP, C.A., 1998, *The Strength Model*, Oxford University Press, New York.
- RAPP, C., SHERA, W., KISTHARDT, W., 1993, Research strategies for consumer empowerment of people with severe mental illness, *Social Work*, 38, 727-

735.

- REGENOLD, M., SHERMAN, M. F., FENZEL, M., 1999, Getting back to work : Self-efficacy as a predictor of employment outcome, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 361-367.
- RODRIGUEZ, L., CORIN, E., GUAY, L., 2000, La thérapie alternative : Se (re)mettre en mouvement in Lecomte, Y., Gagné, J., eds., *Les ressources alternatives de traitement*, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et Revue Santé mentale au Québec, 49-94.
- ROGERS, E. S., CHAMBERLIN, J., ELLISON, M. L., CREAN, T., 1997, A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services, *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- ROGERS, E., PALMER-ERBS, V., 1994, Participatory action research : Implications for research and evaluation in psychiatric rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 3-12.
- ROSENBERG, M., 1965, *Society and the Adolescent Self-image*, Princeton University Press, Princeton.
- SEGAL, S. P., SILVERMAN, C., TEMKIN, T., 1995, Measuring empowerment in client-run self-help agencies, *Community Mental Health Journal*, 31, 215-227.
- SELTEN, J. P., WIERSMA, D., VAN DEN BOSCH, R. J., 2000, Distress attributed to negative symptoms in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 26, 737-744.
- SPANIOL, L., KOEHLER, M., HUTCHINSON, D., 1994, *The Recovery Workbook*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, Boston, MA.
- STRAUSS, J. S., 1989, Mediating processes in schizophrenia : Towards a new dynamic psychiatry, *British Journal of Psychiatry*, 155, suppl.5, 22-28.
- SULLIVAN, W. P., 1994, A long and winding road : The process of recovery from mental illness, *Innovations and Research*, 3, 3, 19-27.
- TEAGUE, G. B., BOND, G. R., DRAKE, R. E., 1998, Program fidelity in assertive community treatment : Development and use of a measure, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.
- TEPPER, L., ROGERS, S. A., COLEMAN, E. M., MALONY, H. N., 2001, The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness, *Psychiatric Services*, 52, 660-665.
- TOBIAS, M., 1990, Validator : A key role in empowering the chronically mentally ill, *Social Work*, 35, 357-359.

- TORREY, W. C., WYSIK, P., 2000, The recovery vision as a service improvement guide for community mental health center providers, *Community Mental Health Journal*, 36, 209-216.
- TOWER, K. D., 1994, Consumer-centered social work practice : Restoring client self-determination, *Social Work*, 39, 191-196.
- YOUNG, S. L., ENSING, D. S., 1999, Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.
- WALSH, D., 1996, A journey toward recovery : From the inside out, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 2, 85-89.
- Webster's New World Dictionary* (3^e éd.), 1988, Simon and Schuster, Cleveland, OH.
- WEINGARTEN, R., CHINMAN, M., TWORKOWSKI, S., STAYNER, D., DAVIDSON, L., 2000, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 65-68.
- WOOLFOLK, R. L., GARA, M. A., AMBROSE, T. K., WILLIAMS, J. E., ALLEN, L. A., IRVIN, S. L., BEAVER, J. D., 1999, Self-complexity and the persistence of depression, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 393-397.
- ZIMMERMAN, M. A., 1995, Psychological empowerment: Issues and illustrations, *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.

ABSTRACT

The experience of recovery : Theoretical perspectives

The experience of recovery is increasingly recognized as an important phenomenon in the promotion of a state of well-being of people with mental disorders. This article offers an initial effort of conceptualizing the experience of recovery. A definition of recovery is first proposed followed by a literature review, where recovery is discussed through four related dimensions: 1) redefining and expansion of self, 2) temporality, 3) empowerment, and 4) relationships with others. Finally, future directions in research are suggested to further explore the experience of recovery in different areas.

RESUMEN

La experiencia del restablecimiento: perspectivas teóricas

La experiencia del restablecimiento esta cada vez más reconocida como un fenómeno importante en la promoción de un estado de

bienestar en casos de personas con turbios mentales. El artículo propone una tentativa de conceptualización de una experiencia del reestablecimiento. En el artículo se propone una definición del restablecimiento. Conocimientos actuales sobre el restablecimiento están a continuación presentados a partir de una recensión en torno a cuatro dimensiones: la re-definición y expansión de sí mismo la relación con el espacio temporal, el poder de actuar y la relación con otros. Para finalizar, se sugieren algunas orientaciones de investigaciones en varios campos.

RESUMO

Experiência da recuperação: perspectivas teóricas

A experiência da recuperação é cada vez mais reconhecida como um fenômeno importante na promoção de um estado de bem-estar nas pessoas que sofrem de problemas mentais. O presente artigo propõe uma tentativa de conceituar a experiência de recuperação. Em primeiro lugar, ele propõe uma definição da recuperação. Os conhecimentos atuais sobre a recuperação são, em seguida, apresentados a partir de um confronto dos documentos que tratam sobre quatro dimensões, ou seja, a redefinição e expansão do eu, a relação no espaço temporal, o poder de agir e a relação com os outros. Finalmente, ele sugere orientações de pesquisa em várias áreas.