

## Le rétablissement en santé mentale : émergence, représentations et perspectives\*

Christiane Bergeron-Leclerc <sup>a</sup>, Cécile Cormier <sup>b</sup>, Bernadette Dallaire <sup>c</sup>, Marie-Hélène Morin <sup>d</sup>

<sup>a</sup>Département des sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi, <sup>b</sup>,<sup>d</sup> Département de psychosociologie et de travail social, Université du Québec à Rimouski, <sup>c</sup> École de travail social et de criminologie, Université Laval

### Se rétablir : un nouveau concept?

Le rétablissement, bien que mis de l'avant dans les plans ministériels québécois dans les années 2000, a des origines plus lointaines qui remontent aux transformations ayant marqué le champ de la santé mentale dès les années 1970. La naissance et l'évolution du concept relèvent d'un processus à la fois politique, scientifique et expérientiel (Bergeron-Leclerc, 2019). La portion politique renvoie au vaste mouvement de prise de parole et de défense des droits des « ex-patients psychiatriques » et des « survivants » (de la maladie mentale, de la stigmatisation/exclusion sociale ou de la psychiatrie, selon l'orientation adoptée). La portion scientifique est quant à elle liée à la parution d'études longitudinales remettant en question le caractère chronique des troubles mentaux graves, alors que la portion expérientielle découle de la publication de récits de vie positifs, au sein de revues scientifiques internationales. La conjonction de ces trois impulsions a contribué à la visibilité et à la reconnaissance du rétablissement par la majorité des acteurs du domaine de la santé mentale (Pilgrim, 2008; Starnino, 2009). Il ne fait désormais plus de doute que celui-ci fait partie des possibles, même pour les personnes les plus gravement touchées.



### Se rétablir : de quoi?

S'il y a convergence à propos des origines du concept, sa signification est loin de faire consensus. Au-delà des groupes d'intérêts qui portent ces définitions, ce sont surtout la nature et l'objet du rétablissement qui sont au cœur des débats. **Qu'entend-on par rétablissement?** S'agit-il d'un résultat attendu, pouvant être mesuré de manière objective? Ou est-ce plutôt un processus, un cheminement non linéaire « vécu », donc essentiellement subjectif? **Et surtout, de quoi se rétablit-on?** D'une maladie biologique, d'un trouble biopsychosocial, d'une perte d'identité et de pouvoir ou encore de la stigmatisation et exclusion sociale? La figure 1 situe, sur un continuum, les quatre représentations du rétablissement qui coexistent actuellement dans le champ de la santé mentale; chacune met de l'avant certains facteurs impliqués dans les parcours de rétablissement.

[Ce] sont surtout la nature et l'objet du rétablissement qui sont au cœur des débats.

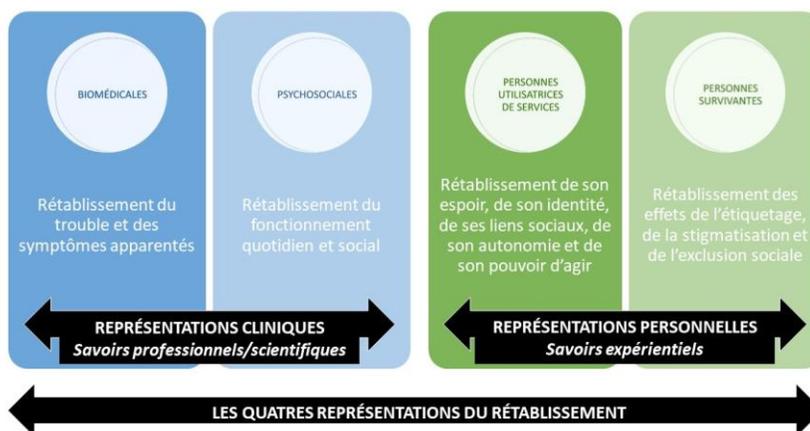


Figure 1 : Synthèse des quatre représentations du rétablissement (adapté de Bergeron-Leclerc, 2019, pp.68-69)

\* Le contenu de cette Quintessence est largement inspiré du chapitre de Bergeron-Leclerc (2019) paru dans l'ouvrage « La pratique du travail social en santé mentale : apprendre, comprendre, s'engager » (Bergeron-Leclerc, Morin, Dallaire et Cormier, 2019).



Cette diversité des compréhensions invite à des positions nuancées : (a) en se positionnant soi-même sur ce continuum [...]; (b) ne pas présumer ou généraliser la posture adoptée par la personne utilisatrice [...] ou par le professionnel [...]

Les représentations cliniques, issues des savoirs professionnels et scientifiques mettent l'accent sur le rétablissement en tant que résultante (Davidson et Roe, 2007; Slade *et al.*, 2008). Utilisées autant dans les pratiques qu'en recherche, ces définitions prennent souvent la forme d'indicateurs de mieux-être. Selon les représentations biomédicales, ce mieux-être est défini en référence à la réduction, voire l'élimination des symptômes associés au trouble mental, alors que les perspectives psychosociales mettent l'accent sur l'amélioration du fonctionnement quotidien et social (Slade *et al.*, 2008; Starnino, 2009).

Les représentations personnelles, issues des savoirs expérientiels, mettent l'accent sur le rétablissement en tant que processus (Leamy *et al.*, 2011; Slade *et al.*, 2008). Du point de vue des personnes utilisatrices de services, le rétablissement serait lié à la présence et à l'interaction entre cinq facteurs<sup>†</sup> : les liens sociaux, l'espoir, la redéfinition de son identité, le sens de sa vie et le pouvoir d'agir (Leamy *et al.*, 2011). Pour les personnes survivantes qui ont vécu le processus diagnostic et les traitements de manière traumatique et qui se positionnent de manière critique face au pouvoir médical et à la médicalisation, le rétablissement consiste en une démarche d'appropriation du pouvoir individuel et collectif face aux effets de l'étiquetage, en particulier la stigmatisation et l'exclusion (Starnino, 2009).

Cette diversité des compréhensions invite à des positions nuancées : (a) en se positionnant soi-même sur ce continuum, admettre que notre vision peut se situer à mi-chemin entre deux représentations, et qu'elle peut évoluer avec le temps (Slade *et al.*, 2014); (b) ne pas présumer ou généraliser la posture adoptée par la personne utilisatrice de services ou par le professionnel qui est devant nous.

## Se rétablir : comment?

Les savoirs expérientiels nous montrent que le rétablissement peut survenir sans aide professionnelle (Leamy *et al.*, 2011). Ce constat ne constitue pas un appel au désengagement professionnel, mais plutôt à une humilité dans l'accompagnement : repenser nos manières d'entrer en relation et d'agir avec les personnes concernées. Minimale, il importe de s'interroger sur ses pratiques professionnelles afin de ne pas nuire au rétablissement (Bergeron-Leclerc, 2019). Dans cet esprit : croire au rétablissement et susciter cet espoir d'un mieux-être est déjà un bon point de départ! Le cadre conceptuel CHIME\* (Leamy *et al.*, 2011) apparaît comme une bonne piste afin d'imaginer des stratégies d'intervention qui soient cohérentes avec la vision des personnes directement concernées par le rétablissement.

## Bibliographie

1. Bergeron-Leclerc, C. (2019). Le rétablissement en santé mentale. Représentations, compétences et stratégies d'intervention à privilégier. Dans C. Bergeron-Leclerc, M.-H. Morin, B. Dallaire et C. Cormier (dir.). *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre, s'engager* (p.61-80). Québec: Presses de l'Université du Québec.
2. Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B. et Cormier, C. (2019). La pratique du travail social en santé mentale, Apprendre, comprendre, s'engager. Québec : Presses de l'Université du Québec.
3. Davidson, L. et Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health, 16*(4), 459-470.
4. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry, 199*(6), 445-452.
5. Pilgrim, D. (2008). « Recovery » and current mental health policy. *Chronic Illness, 4*(4), 295-304.
6. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G... et Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry, 13*(1), 12-20.
7. Slade, M., Amering, M. et Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17*(2), 128-137.

<sup>†</sup> L'acronyme CHIME est utilisé en anglais pour référer à ces cinq dimensions : Connectedness, Hope, Identity, Meaning et Empowerment.

