

Article

« Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement »

Nora Jacobson

Santé mentale au Québec, vol. 32, n° 1, 2007, p. 245-264.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/016519ar>

DOI: 10.7202/016519ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Politiques et pratiques en santé mentale. Comment intégrer le concept du rétablissement

Nora Jacobson*

Avec la publication du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le Québec entend développer un système axé sur le concept de rétablissement. Cet article brosse à l'intention des planificateurs du Québec et d'ailleurs un tableau des questions relatives à l'implantation de ce concept. On y passe en revue des exemples de lignes directrices pour le système, des modèles de programme, les compétences des praticiens, et des instruments de mesure conçus en vue de promouvoir le rétablissement. On suggère aussi comment ces outils pourraient être utilisés par les responsables de l'implantation dans leur propre juridiction. Enfin, on soulève les questions plus difficiles de définition et de pouvoir à considérer lors de l'implantation.

Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le Québec a annoncé son intention de transformer son système de santé mentale, notamment pour y développer une perspective de rétablissement qui « réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société » (p. 12). Le Québec rejoint ainsi une longue liste d'autorités, au Canada et dans le monde, qui se sont engagées à rendre opérationnels les principes et les valeurs du rétablissement dans leurs politiques et leurs pratiques (Blueprint for Mental Health Services in New Zealand, 1998; New Freedom Commission on Mental Health, 2003; Out of the Shadows at Last, 2006; Rickwood, 2004; The Journey to Recovery, 2001; The Time is Now, 2002). Comme ce fut le cas ailleurs, les individus et les groupes chargés d'implanter cette orientation auront probablement à se demander comment ce concept peut les guider dans la transformation du système. Cet article tente de répondre à ces questions en fournissant aux planificateurs un aperçu des enjeux relatifs à l'implantation de ce concept.

Situons d'abord le rétablissement dans un certain contexte. J. Morrissey et H. Goldman (1986), deux chercheurs américains du

* Ph.D., Health Systems Research and Consulting Unit, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario.

domaine des services en santé mentale, ont examiné les réformes en Amérique du Nord. Ils ont décrit quatre cycles historiques : le traitement moral, l'hygiène mentale, la désinstitutionnalisation et le soutien communautaire. Chaque cycle était inspiré par un grand idéal et promettait de résoudre les problèmes des approches, courantes à ces époques, dans la prestation des services. Tous ces courants répondaient à des motifs humanitaires et économiques (Jacobson, 2004). Autrement dit, ils tentaient de corriger, à des degrés divers, le traitement inhumain de ces malades ainsi que l'inefficacité des fonds publics dépensés pour ces services.

Bien que nous soyons encore en plein milieu du « courant du rétablissement », il ne manque pas de preuves pour suggérer que le rétablissement partage au moins quelques-unes des caractéristiques des idéaux des cycles précédents. L'histoire du rétablissement montre clairement qu'il s'agit d'une réponse à la fois aux violations systémiques des droits et de la dignité de la personne (suite à 30 ans de conscientisation par le mouvement des usagers et survivants) et au climat de restriction de coûts en Amérique du Nord ces vingt dernières années (Jacobson, 2004). À quelles stratégies spécifiques le mouvement du rétablissement a-t-il alors eu recours pour aborder les demandes humanitaires et les exigences financières ?

En 2000, l'éducatrice et consultante Laurie Curtis et moi-même avons rédigé un rapport portant sur les politiques et les pratiques en voie d'implantation par plusieurs États américains pour inscrire l'orientation du rétablissement dans leur système de soins. À partir de l'information colligée de la fin de 1997 jusqu'au début de 1998, nous avons constaté que les États jugés d'avant-garde concentraient leurs efforts sur le développement de programmes d'éducation portant sur les principes et les pratiques du rétablissement.

Ces programmes portaient notamment sur des pratiques comme la gestion autonome des symptômes et la prévention de rechute ; la promotion de l'implication des utilisateurs, des survivants et des familles dans la planification des politiques et des services ; l'introduction et le soutien de programmes créés par les usagers ; le recherche de techniques de gestion de crises ; la conception d'outils d'évaluation des résultats du rétablissement ; la réduction de la stigmatisation et de la discrimination des usagers du système ; et l'assurance de l'harmonisation des principes du rétablissement avec les politiques et les structures de responsabilité en place (Jacobson et Curtis, 2000).

Chacune de ces stratégies a continué d'être importante. Conférences nationales et internationales et sessions de formation à l'interne

se sont multipliées. Quelques établissements d'enseignement offrent des cours sur le rétablissement et sur les principes qui sous-tendent les soins axés sur cette orientation¹. Beaucoup a été fait pour promouvoir les programmes d'éducation, d'entraide entre pairs (*self-help*) et de gestion des symptômes. Il est maintenant courant de voir des usagers, des survivants et des familles présents là où se prennent les décisions concernant la conception et la prestation des soins. Des preuves s'accumulent concernant l'efficacité des services dirigés et dispensés par des usagers et des survivants (Campbell, 2004 ; Campbell, 2005 ; Doughty et Tse, 2005). De tels services et leurs dispensateurs fonctionnent de plus en plus au sein du système en place et comme équipes multidisciplinaires de soutien, de même qu'au sein du système alternatif de santé (Bluebird, 2004 ; Young et al., 2006). Des préoccupations pour les droits humains et le rétablissement ont mené à l'élaboration de techniques novatrices pour la gestion de crises et la gestion de conflits, y compris le recours à des directives préventives (National Mental Health Association, 2002) et à des moyens alternatifs de résolution de problèmes (Blanch et Prescott, 2002), ainsi qu'à de nouvelles lignes directrices pour mettre fin aux pratiques d'isolement et de contention des établissements psychiatriques (Huckshorn, 2004).

Laurie Curtis et moi-même avons conclu notre rapport en soulevant plusieurs questions au sujet de l'avenir du rétablissement. Ainsi, quels obstacles empêchent d'implanter cette orientation dans le système de santé mentale ? De quoi le système devrait-il rendre des comptes ? Comment transférer nos connaissances sur le rétablissement dans l'élaboration des politiques et la planification des services, tout en équilibrant notre compréhension de ce concept, vu comme un processus individuel unique, avec les besoins de standardisation du système ? Est-ce que le rétablissement risque être coopté, devenant rien de plus qu'une nouvelle étiquette pour les programmes et les services professionnels ? (Jacobson et Curtis, 2000, 339)

Aujourd'hui, la deuxième décennie de ce mouvement bien entamée, nous en savons un peu plus sur le rétablissement en tant que modèle pour l'élaboration des politiques et la prestation de services, mais les questions demeurent toujours aussi complexes. Je passe ici en revue des développements clés de son implantation en décrivant plusieurs exemples de lignes directrices au niveau du système, de modèles de programmes, de compétences chez les praticiens, et d'instruments pour mesurer le rétablissement. Je suggère ensuite comment les décideurs chargés de l'implantation de ce concept dans leur secteur pourraient utiliser les efforts déjà existants. Enfin, j'examine certaines

des questions difficiles qui doivent être abordées comme faisant partie du processus d'implantation.

Lignes directrices au niveau du système

Directeur du *Center for Psychiatric Rehabilitation* à l'Université de Boston, William Anthony a été le premier chercheur à entrevoir un système de santé mentale articulé au rétablissement (Anthony, 1993). Il a défini le rétablissement comme «un processus profondément personnel et unique de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, habiletés, et rôles», comme «une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et d'y contribuer même avec les limites causées par la maladie», et comme «le développement d'un nouveau sens et d'une nouvelle raison d'être à sa vie à mesure qu'un individu dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale» (p. 15).

Le système décrit par Anthony «incorpore les services critiques d'un système communautaire de soutien [traitement, intervention de crise, gestion de cas, réadaptation, enrichissement, protection des droits, soutien de base, et entraide entre pairs] organisés autour du modèle de réadaptation fondé sur l'impact de la maladie mentale grave». Dans ce système, «chaque service essentiel est analysé en regard à sa capacité d'améliorer chez les gens leur état quant aux déficiences, dysfonctions, incapacités et désavantages» (p. 16). Un tel système soulagerait les symptômes et améliorerait le fonctionnement des individus, mais aurait aussi «des résultats plus subjectifs tels que l'estime de soi, la réappropriation du pouvoir et l'autodétermination» (p. 18).

En l'an 2000, après qu'un certain nombre d'États américains se soient engagés à développer un système axé sur le rétablissement, Anthony a fourni un ensemble de «standards de système» pouvant être utilisés pour faciliter la planification et l'implantation (Anthony, 2000). Après avoir scruté certaines hypothèses sous-jacentes à l'orientation de rétablissement en santé mentale, il a élaboré un plan directeur qui incluait à la fois les descriptions et les versions rudimentaires des indicateurs pour chacune des composantes suivantes (pp. 163-167) :

Cadre stratégique : un système axé sur le rétablissement est organisé autour d'un ensemble de services essentiels. Les valeurs et les principes du rétablissement imprègnent tous les aspects de la planification des services ;

Approche évaluative : tous les programmes devraient rendre compte des résultats axés sur le rétablissement ;

Leadership : les gestionnaires et les administrateurs doivent continuellement renforcer les valeurs et les principes du rétablissement ;

Système de gestion : toutes les politiques et procédures devraient être rationalisées, transparentes, et soumises à un monitoring et à une évaluation. Le rétablissement fournit un cadre de travail pour toutes ces caractéristiques et activités ;

Intégration des services : tous les programmes incluent les « éléments du processus » de l'évaluation, de la planification et de l'intervention qui visent à réaliser les résultats du rétablissement ;

Vision d'ensemble : les services et les programmes visent l'amélioration des résultats chez les clients dans une variété de milieux, dont le travail, le domicile, la famille ;

Modalités de participation : les usagers et les membres de leur famille participent à tous les aspects de la planification du système et de la prestation des services ;

Ouverture : le système devrait être ouvert à un large éventail de valeurs et de pratiques culturelles ;

Défense des droits : la défense des droits vise à promouvoir le rétablissement pour tous les usagers ;

Formation : la formation du personnel est basée sur les principes et les pratiques du rétablissement ;

Financement : le financement est lié à l'atteinte de résultats relatifs au rétablissement ;

Accessibilité : l'utilisation des services est axée sur les objectifs des usagers et est soumise à un minimum de contingence.

Cinq ans plus tard, l'Association américaine des psychiatres communautaires publia ses propres lignes directrices relatives au rétablissement (Sowers, 2005). Similaires à certains égards au plan d'Anthony, ces lignes directrices ont mis l'accent sur la nécessité de faire du rétablissement la grande philosophie et l'objectif premier de tous les aspects de la conception du système et de la prestation des services. On y a divisé le système en trois domaines :

- *administration* (mission et vision ou plan stratégique ; ressources organisationnelles ; formation et éducation continue ; CQI (contrôle de la qualité) ; évaluation des résultats) ;
- *traitement* (dispositif de services ; directives ; compétence culturelle ; planification ; intégration de services de santé mentale et d'abus de substances ; coercition ; contention et isolement), et

— *soutien* (défense des droits et soutien entre pairs (entraide); accessibilité; services à la famille; travail et éducation).

Au sein de chaque domaine, les lignes directrices décrivant les indicateurs peuvent être utilisées pour évaluer le rétablissement.

Par exemple, pour l'administration, les indicateurs prévoient que « le budget annuel assure les ressources adéquates pour soutenir la participation des usagers dans les processus administratifs » (p. 762) et « les mesures concernant les résultats incluront des items portant sur la qualité de vie, le rétablissement et la fonction d'autonomie » (p. 763).

Pour le traitement, on prévoit « des processus établis pour obtenir d'avance des usagers, pendant que leur fonctionnement est relativement sain, des indications et des informations » (p. 765). Et aussi « un processus est mis en place pour informer les usagers des options de soins et de services et pour discuter du pour et du contre avant le déroulement du plan de services » (p. 766).

Quant au soutien, « on doit faire preuve d'un effort particulier pour faciliter aux usagers la participation aux groupes de défense des droits » (p. 768) et « leur faire sentir que leur préférence quant au logement sera respectée et satisfaite dans une très grande mesure » (p. 770).

Le Connecticut offre un exemple d'État qui a tenté d'intégrer le rétablissement dans tous les aspects de son système de soins (santé mentale et abus de substances)². Son commissaire à la santé mentale, Thomas A. Kirk, décrit six activités qui ont été au cœur de la transformation du système : 1) le développement des valeurs et des principes du rétablissement ; 2) l'établissement d'un cadre conceptuel et politique pour guider les efforts, 3) les nouvelles compétences et habiletés pour le personnel, 4) les changements aux programmes et aux structures des services afin de promouvoir certains modèles de programmes (dirigés par des usagers ou des pairs ou encore par des communautés de rétablissement), 5) une réallocation des ressources budgétaires, et 6) une révision des politiques administratives afin d'assurer que le concept du rétablissement et les modèles de programmes soient soutenus (*Mental Health Transformation Trends*, 2005, p. 3).

Modèles de programmes

Très tôt Laurie Curtis (2000) a fourni une description des composantes essentielles d'un programme axé sur le rétablissement. Elle a soutenu que de tels programmes doivent comprendre la signification du rétablissement pour les individus et les organisations ; construire des cultures de guérison (par exemple, en prêtant attention

aux questions de langue et de respect et en favorisant la réflexion); offrir des services axés sur le rétablissement (services communautaires, de soutien, et individualisés); considérer une intervention sous contrainte, le risque, et la sécurité; et être administré efficacement et de façon souple.

L'ensemble de lignes directrices le plus complet peut-être a été conçu par Marianne Farkas et ses collaborateurs (Farkas et al., 2005). Cette équipe a cherché à identifier les « dimensions critiques » des programmes axés sur le rétablissement. Elle a soutenu que « la caractéristique déterminante de la programmation axée sur le rétablissement n'est pas le type de services (par exemple, le case management, l'hébergement), mais les valeurs ou les principes directeurs sous-jacents aux croyances du programme » (p. 144). Plus particulièrement, ces auteurs ont identifié les « valeurs clés du rétablissement », soit d'être *orienté sur la personne, son implication, son autodétermination et ses choix, et son potentiel de croissance*. Ils ont décrit les programmes comme étant composés de deux dimensions: *l'organisation* et *le personnel*. Pour l'organisation, les sous-dimensions sont la mission, les politiques, les procédures, la tenue de rapports, l'assurance de la qualité, l'emplacement physique et le réseau. Pour le personnel, ce sont la sélection, la formation et la supervision. Un programme orienté sur le rétablissement en intègre les valeurs clés dans chacune des dimensions et des sous-dimensions du programme.

Des instruments existent maintenant qui visent à aider les programmes à intégrer les valeurs. Le *Recovery Based Program Inventory* (Ragins, n.d.) est un questionnaire permettant l'évaluation et l'amélioration de la qualité d'un programme. Les questions couvrent un éventail de domaines, y compris la culture, les croyances, les relations et le traitement. Par exemple, les questions examinant si un programme possède une culture de rétablissement seront formulées comme suit: « L'accueil est-il omniprésent? »; « Le programme est-il généreux? »; « Crée-t-il une contre-culture d'acceptation? »; « Constitue-t-il un refuge sécuritaire? »; « Est-ce que le programme inscrit la vie des usagers dans son essence? » Une procédure participative d'évaluation et de planification intitulée la « réflexion guidée » (*Guided Reflection*), a été développée au Wisconsin (Jacobson et al., 2003). On y réunit les membres du personnel, de l'administration et les usagers d'un programme dans un atelier structuré de deux jours consacré à l'évaluation du stade d'implantation du concept et à la mise sur pied de mesures pour en renforcer les politiques et pratiques suivant des manières qui soient significatives pour tous les acteurs.

Bien que peu d'études publiées détaillent toutes les dimensions et les sous-dimensions identifiées par Farkas et al., plusieurs exemples de programmes axés sur le rétablissement sont apparus dans la littérature. Deux de ces programmes (choisis pour leurs approches fort différentes) sont le modèle australien *Collaborative Recovery Model* (CRM), et le modèle américain *Personal Assistance in Community Existence* (PACE). Comme le suggèrent Farkas et al., ce qui y est déterminant n'est pas qu'ils représentent un type de service particulier ou qu'ils se déroulent dans un milieu spécifique, mais qu'ils tentent de donner force à un ensemble de valeurs et de principes du rétablissement.

Les concepteurs du CRM le décrivent comme un modèle « synthétisant des pratiques basées sur des données probantes en contextes communautaires de santé mentale avec des données probantes plus larges sur des vues en accord avec le rétablissement psychologique » (Oades et al., 2005, p. 279). Ce modèle voit le rétablissement comme un processus individuel qui peut être favorisé par les dispensateurs ayant une expertise de pratiques tirées de la psychothérapie et de la réadaptation psychosociale. Ces pratiques sont les suivantes : mise en valeur du changement (mise en valeur ou entretien motivationnels), identification des besoins de collaboration (évaluation dans plusieurs domaines de vie), objectif de collaboration (identifier des objectifs à atteindre), et collaboration dans l'assignation des tâches et leur monitoring (travaux à domicile et suivi). Une évaluation multi-site de ce modèle est présentement en cours en Australie.

Le modèle PACE, basé sur la recherche effectuée au *National Empowerment Center* du Massachusetts, estime que la « maladie mentale » est une conséquence du stress de la vie pouvant aller jusqu'à un traumatisme qui interrompt par la suite le développement. Être étiqueté « malade mental » a simplement pour conséquence d'entraîner davantage de traumatisme. Les individus « doivent se rétablir à la fois de leurs propres barrières de développement et du rôle attribué à la personne souffrant de maladie mentale » (Ahern et Fisher, 2001, 26). Ce modèle cherche à promouvoir le rétablissement en changeant la culture de soins et de services pour mettre l'accent « sur une nouvelle perspective d'appropriation du pouvoir, c'est-à-dire une culture de coopération, de connexion, et de communauté » (p. 27). Il conceptualise le soi (self) en relation avec d'autres entités (par exemple, les aidants, les pairs, la société autour) et met l'accent sur le besoin de relations authentiques entre individus et aidants et sur la promotion de l'espoir et d'un « sens positif du soi et de l'identité sociale » (p. 29), sur le développement des habiletés de rétablissement (gestion autonome des

soins et entraide entre pairs), sur l'apport d'un soutien économique, et sur la mise en place de communautés de rétablissement.

Compétences des praticiens

Le rétablissement exige un changement aux manières de dispenser les services et les soutiens en santé mentale, selon ce qu'indiquent clairement les lignes directrices. Les interactions avec les dispensateurs constituent souvent les contextes tangibles où les personnes expérimentent les systèmes, les programmes, les services, et les soutiens. L'implantation du concept de rétablissement implique donc de changer les façons de penser et d'agir des dispensateurs. Dans ce but, des autorités, dont celles du Wisconsin (*Practitioner Competencies in a Recovery Oriented Mental Health System*, 2002) et du Connecticut (*Standards of Practice for Recovery-Oriented Behavioral Healthcare*, 2006), ont développé des listes de compétences des praticiens, des descriptions de connaissances et d'habiletés nécessaires aux dispensateurs afin de soutenir et de promouvoir le rétablissement chez leurs clients. La Nouvelle-Zélande en fournit un exemple.

Un document, *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers* (O'Hagan, 2001), décrit le rétablissement comme « la capacité de bien vivre en présence ou en l'absence de sa maladie mentale (ou peu importe le nom choisi par la personne pour décrire son expérience) » (p. 1). Pour promouvoir un tel « bien-vivre », les dispensateurs doivent être formés pour intégrer des « attitudes, des habiletés, des connaissances et des comportements spécifiques » (p. 3) dans leur travail. Les dix catégories principales de compétences sont les suivantes : comprendre les principes et les expériences du rétablissement ; reconnaître et soutenir les ressources des personnes vivant avec une maladie mentale ; comprendre et accueillir diverses perspectives relativement à cette maladie, aux traitements, aux services et au rétablissement ; avoir la conscience et l'habileté de communiquer avec respect et de développer de bonnes relations avec les usagers ; comprendre et protéger activement les droits de ces personnes ; comprendre la discrimination et l'exclusion sociale et leur impact sur les usagers et savoir en réduire les effets ; reconnaître les différentes cultures et savoir donner des services en partenariat avec elles ; posséder une connaissance globale des services et des ressources communautaires et soutenir les personnes qui les utilisent ; avoir une connaissance du mouvement des usagers et être capable d'en soutenir la participation aux services ; et, finalement, avoir une connaissance des vues des familles et être capable de soutenir leur participation dans les services. Chaque

catégorie est ensuite décrite de façon plus détaillée dans des habiletés et des capacités spécifiques.

Les outils de mesure du rétablissement

Ces dix dernières années, les instruments pour mesurer le rétablissement se sont multipliés³. De plus en plus, les systèmes et les services les utilisent pour voir à ce que leurs responsabilités à l'égard de l'implantation soient bien remplies. La plupart des outils disponibles se divisent en cinq catégories. D'abord, des outils développés à l'origine pour examiner des concepts tels que les *symptômes* ou le *fonctionnement* ont été réadaptés pour mesurer le rétablissement. Puis, on a examiné le statut du rétablissement dans la vie des usagers en évaluant de façon quantitative le *stade* ou la *phase de rétablissement* où ils se situent. (Une autre variété relative au stade ou à la phase utilise des approches qualitatives pour répondre à la même question : où en est rendue la personne dans son rétablissement ?) Ensuite, une catégorie d'instruments cherche à évaluer les *attitudes à l'égard du rétablissement* que tiennent soit les usagers et survivants soit les dispensateurs. Une autre catégorie est constituée d'instruments qui examinent le statut des *processus* — par exemple, l'espoir ou l'appropriation du pouvoir — que la recherche estime être partie prenante de l'expérience globale du rétablissement.

Cinquième et dernière catégorie, une classe d'instruments cherche à évaluer dans quelle mesure les *services* et les *systèmes* sont axés sur le rétablissement. En général, ces outils tentent de faire une synthèse des connaissances au sujet du soutien et de la promotion du rétablissement à travers la conception de systèmes et de prestation de services afin de surveiller à la fois le type de services fournis et leur impact sur les clients. L'outil qui semble émerger est le *Recovery Oriented System Indicators Measure* (ROSI) (Dumont et al.). Basé sur une étude qualitative du rétablissement vu comme le phénomène de la « personne dans son environnement », il comprend à la fois un sondage auprès des usagers — y inclus des questions portant sur leurs perceptions de leurs expériences des services et du personnel — et un profil de données administratives — qui décrit des indicateurs de systèmes pour les thèmes de rétablissement suivants : *soutien entre pairs, choix, rôle du personnel, culture du système et orientation, coercition et accessibilité des services*.

Ces exemples de lignes directrices pour des systèmes, des modèles de programmes, de compétences de praticiens et de mesures de rétablissement reflètent une logique commune de l'implantation du rétablissement. Le rétablissement commence par une idée, une définition de ce

que veut dire se rétablir — et une analyse de ce dont les personnes se rétablissent. De cette idée découle un ensemble de principes et de valeurs. Les systèmes de santé mentale, les programmes, les pratiques sont constitués d'un certain nombre d'éléments. Pour être identifiés comme étant axés sur le rétablissement, les principes et les valeurs inhérents à ce concept doivent être reflétés dans tous ces éléments. La façon d'en imprégner le système, le programme, les éléments de la pratique, est de les rendre opérationnels dans des standards concrets. La transformation se produit lorsque des personnes sont conscientes de ces standards et peuvent les apprécier (ainsi que les principes et les valeurs sous-jacents) et lorsqu'elles sont responsables, par diverses formes de monitoring et d'évaluation, de les soutenir.

Les décideurs responsables de l'implantation du rétablissement dans leur juridiction peuvent utiliser cette logique pour faciliter leur propre processus. Un tel processus devrait d'abord commencer par une définition locale du rétablissement et par le travail de consultation nécessaire à l'articulation des principes et des valeurs intrinsèques à cette définition. Les divers acteurs devraient ensuite s'employer à faire un inventaire des composantes du système, à évaluer ensuite en quoi elles reflètent ou non les principes et valeurs sur lesquels on s'est entendu, et à identifier comment remédier aux composantes qui font défaut. Parallèlement à toutes ces étapes, les décideurs devraient songer aux stratégies à utiliser (structures spécifiques, outils, et pratiques) pour rendre le système responsable du maintien de l'idée du rétablissement à l'échelle locale. Bien que les exemples décrits ici puissent ne pas être parfaits pour toutes les juridictions, ils fournissent une source d'informations importantes qui peuvent être adaptées aux circonstances locales. Éduquer, familiariser les planificateurs avec un large éventail de lignes directrices, de modèles et d'instruments actuellement disponibles leur permettra de consacrer plus de temps à dispenser des services qui soient ajustés aux besoins qu'à réinventer la roue.

Toutefois, ce qui semble simple dans la logique abstraite peut devenir difficile quand les personnes responsables de l'implantation doivent prendre des décisions sur les politiques et les pratiques. Au cœur de la complexité du rétablissement se trouve le fait qu'il ne s'agit pas d'une seule idée, mais de plusieurs (Jacobson, 2004). Quiconque tente d'implanter le concept du rétablissement à un niveau systémique doit donc être prêt à compter avec tous les acteurs, lesquels peuvent avoir des notions fort différentes du rétablissement — et donc des principes et des valeurs qu'il implique — et des manières de le rendre manifeste dans les politiques et les pratiques.

Selon moi, les définitions du rétablissement sont implicitement des solutions aux problèmes, et les diverses significations reflètent différentes idées quant au niveau où se pose le problème (l'individu, organisation ou le système ou encore la société), la nature et l'ampleur du changement nécessaire pour y remédier (réforme ou transformation), et la stratégie appropriée pour effectuer les changements (changer les attitudes ou changer les pratiques) (Jacobson, 2003, 2004). Des comptes rendus plus récents suggèrent que les définitions du rétablissement se fondent autour de deux pôles. Ce que Bellack (2006) appelle le modèle « scientifique » et celui du rétablissement des « usagers », et ce que la Commission Kirby (*Out of the Shadows at Last*, 2006) identifie comme le modèle de « la réadaptation psychosociale » et celui de l'appropriation du pouvoir.

Le deux modèles de Bellack portent leur attention sur la maladie et sur le dysfonctionnement et définissent le rétablissement comme un résultat atteint quand les symptômes s'atténuent et le fonctionnement des rôles s'améliore (Liberman et Kopelowicz, 2005). Les modèles de la Commission Kirby conçoivent le rétablissement comme un processus, un parcours où les individus en viennent à comprendre leurs problèmes de vie (compréhension qui pourrait ou non coïncider avec les définitions traditionnelles de la maladie mentale), et ce faisant, à apprendre à en prendre le contrôle. Ce type de rétablissement peut avoir pour résultat de réduire les symptômes et d'améliorer le fonctionnement. Toutefois, d'autres effets — comme l'augmentation de la signification personnelle et le développement d'un sens critique — sont compris comme tout aussi importants (Ahern et Fisher, 2001).

Il apparaît fort probable que ces deux types de définitions suggèrent des principes et des valeurs très différentes. Ou encore, même quand les tenants de chaque définition s'entendent sur un seul ensemble de principes et de valeurs (par exemple, le *National Consensus Statement on Mental Health Recovery -n.d.*), des principes et valeurs comme l'autodétermination, individualisée et centrée sur la personne, l'*appropriation du pouvoir*, holistique, non linéaire, fondé sur ses forces, le *soutien entre pairs*, le *respect*, la *responsabilité* et l'*espoir*, peuvent être interprétés ou appliqués fort différemment. Ainsi, les partisans du modèle « scientifique » pourraient souhaiter la réduction de traitement sous contrainte, mais vouloir du même coup le maintenir comme option dans les cas de dangerosité. Les tenants du modèle d'appropriation du pouvoir, au contraire, perçoivent toutes formes de coercition comme néfaste au rétablissement, car pour eux la force va à l'encontre des valeurs d'autodétermination et de respect de la personne.

Ces différences dans la conceptualisation du rétablissement peuvent clairement être vues dans les exemples de modèles de programmes décrits ci-haut. Autres points cruciaux où ces différences peuvent être pertinentes : dans l'implantation des pratiques de données probantes (evidence-based practices, EBP) et dans les instruments de mesure du rétablissement.

Les pratiques basées sur les données probantes

Presque à la même période où le rétablissement prenait de l'importance, un mouvement s'employait à développer et à promouvoir des pratiques basées sur des données probantes dans les soins. Ces pratiques (*evidence-based practices*, EBP) sont des interventions qui se sont révélées, à la recherche, efficaces pour des problèmes ou des populations spécifiques (par exemple, des programmes ou services tels que le soutien en emploi, le suivi intensif de type *Assertive Community Treatment*, et la psychoéducation familiale). Développer et disséminer des EBP implique une évaluation rigoureuse, une typologie d'opération, une surveillance étroite, selon l'hypothèse que l'efficacité d'une intervention tient aux façons particulières de l'implanter et que ces caractéristiques peuvent être saisies et reproduites.

Les mouvements du rétablissement et des EBP ont coïncidé dans le temps, mais ont généralement progressé sur des chemins séparés. Récemment, on s'est interrogé sur la compatibilité de ces deux approches. Préoccupés par cette comptabilité, certains se demandent si le mouvement EBP reflète les valeurs et les principes du rétablissement (Anthony et al., 2003) et s'inquiètent du fait que les EBP tendent à prendre les caractéristiques d'un programme sans voir pourquoi elles marchent et comment elles pourraient être modifiées selon différents contextes (O'Brien et Anthony, 2002). D'autres, tenant les EBP pour une « science » et le rétablissement comme « subjectif », ont argué que le modèle du rétablissement peut convenir à certains clients qui fonctionnent très bien, mais que les individus limités significativement par la maladie devraient plutôt être soignées par les EBP (Frese et al., 2001).

Au cœur de ce débat, on discute des preuves et des résultats qui devraient être considérés lorsque les interventions sont évaluées. Ceux qui soutiennent que les EBP et le rétablissement sont déjà complètement compatibles ont argué qu'ils valorisent des types de résultats semblables (Torrey et al., 2005), par exemple, l'intégration communautaire (Bond et al., 2004). Toutefois, ceux qui cherchent à les rapprocher ont suggéré que les chercheurs qui étudient les EBP et en font la promotion doivent

étendre leur compréhension des éléments contextuels et des processus qui contribuent au succès d'une intervention (éléments qui peuvent ne pas être facile à mettre en opération) et à élargir leur perspective sur ce qui constitue une preuve (Anthony et al., 2003). Et, plus important, ils doivent s'assurer que les principes et les valeurs du rétablissement sont inscrits à la fois dans les pratiques examinées et dans les instruments et les méthodes utilisés pour leur examen (Anthony et al., 2003 ; Farkas et al., 2005).

Mesurer le rétablissement

Les tentatives pour mesurer le rétablissement sont des reflets des conséquences attendues du phénomène et donc, de sa définition. Comme je l'ai noté, il n'existe pas une seule définition du rétablissement ; il s'agit d'un concept ayant plusieurs significations. Prise dans un tout, la variété des instruments disponibles semble comprendre tout l'éventail des idées sur ce qu'est le rétablissement : des outils cherchent des preuves de diminution de symptômes et d'amélioration du fonctionnement ; d'autres examinent des indicateurs d'espoir et d'appropriation du pouvoir. Toutefois, il semble probable qu'à l'avenir une standardisation deviendra plus importante et qu'un instrument sera plus utilisé que les autres.

Une des fonctions importantes des instruments de mesure est de rendre les choses vraies. Avoir un ou des instruments qui mesurent le rétablissement valide son existence comme phénomène : si on peut le mesurer, ça doit exister. Si des ressources y sont consacrées pour le mesurer, ça doit être important. Si les services et les systèmes savent que le rétablissement constitue la mesure par laquelle ils seront évalués, il sera pris au sérieux. Toutefois, il existe des dangers inhérents à ces observations. D'abord il est possible que le rétablissement soit perçu comme une seule chose — soit la réduction de symptômes ou l'appropriation du pouvoir, mais pas les deux. Une telle rigidité de la définition réduira probablement le nombre de personnes considérées en voie de rétablissement. Considérer le rétablissement comme étant un score pour un ensemble d'items (ou plusieurs ensembles d'items similaires) pourrait amener les dispensateurs et les groupes de services à mettre l'accent sur l'atteinte des objectifs implicites à ces items, sans trop porter attention au portrait plus global de la vie des clients et à leurs propres idées du rétablissement.

William Anthony estime que le leadership politique est crucial à la transformation des systèmes vers le rétablissement. Un tel leadership est essentiel pour motiver les gens à partager une vision du rétablissement

(d'abord pour développer un consensus à son sujet !), créer une culture qui en mettra en application les principes et les valeurs, et assurer que les décisions quant aux politiques et aux pratiques y seront conformes (Anthony, 2004). En pratique, cela signifie de fournir aux différents acteurs des occasions d'en débattre l'implantation -une chance, en fait, non pas seulement d'en faire l'éloge, mais de poser aussi les questions complexes à son sujet.

Les questions soulevées en 2000 par Laurie Curtis et moi-même au sujet d'un tel concept portaient sur les obstacles à son implantation, la responsabilité, l'équilibre entre unicité et standardisation, et sur la cooptation. À la base de chacune était l'enjeu du pouvoir. Qui définira le rétablissement ? Est-ce que cette définition servira les intérêts de ceux qui contrôlent actuellement le système, ou servira-t-elle à transférer le pouvoir à ceux qui ont traditionnellement manqué d'autorité et de responsabilité ? Le concept du rétablissement sera-t-il un catalyseur de vrai changement ou deviendra-t-il rien de plus qu'un discours pour justifier le statu quo ?

Le leadership politique se traduit aussi dans le contrôle des budgets. Bien qu'à certains moments, le rétablissement ait été présenté comme un moyen d'améliorer l'efficacité des services, les données sur les coûts et l'efficacité des services et systèmes qui y sont orientés ne sont pas encore disponibles. Toutefois, à court terme, il est certain qu'implanter le rétablissement entraîne des coûts — pour la consultation, la formation, l'élaboration des politiques, etc. Si un système veut s'inscrire dans cette perspective, l'engagement humanitaire inhérent au grand principe du rétablissement doit s'appuyer sur un engagement financier.

NOTES

1. Ainsi l'École de service social de l'Université York et la Faculté de soins infirmiers de l'Université de Toronto offrent des cours sur le rétablissement.
2. Pour la description complète des principes et des activités, voir www.dmhas.state.ct.us/recovery.htm.
3. Deux compilations d'instruments de mesure du rétablissement ont été publiées à l'Evaluation Center du Human Services Research Institute. On peut les commander ou en prendre copie au site suivant : <http://tecathsr.org>

Références

- AHERN, L., FISHER, D., 2001, Recovery at your own PACE, *Journal of Psychosocial Nursing*, 39, 22-32.
- ANTHONY, W. A., 1993, Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- ANTHONY, W. A., 2000, A recovery-oriented service system: Setting some system level standards, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 159-168.
- ANTHONY, W., ROGERS, E. S., FARKAS, M., 2003, Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery, *Community Mental Health Journal*, 39, 101-114.
- ANTHONY, W., 2004, Overcoming obstacles to a recovery-oriented system: The necessity for state-level leadership, *NASMHPD/NTAC e-report on Recovery*, Retrieved September 15, 2006 from http://www.nasmhpd.org/spec_e-report_fall04anthony.cfm
- BELLACK, A. S., 2006, Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications, *Schizophrenia Bulletin*, 32, 432-442.
- BLANCH, A., PRESCOTT, L., 2002, Managing conflict cooperatively: Making a commitment to nonviolence and recovery in mental health treatment settings, *Report from the National Experts Meeting on Conflict Management and Alternative Dispute Resolution*, meetings on dispute, National Technical Assistance Center for Mental Health Planning (NTAC), National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD).
- CAMPBELL, J., 2005, *Emerging Research Base of Peer-Run Support Programs*. Retrieved September 29, 2006 from www.power2u.org
- CHINMAN, M., YOUNG, A. S., HASSELL, J., DAVIDSON, L., 2006, Toward the implementation of mental health consumer provider services, *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33, 176-195.
- CURTIS, L. C., 2000, Practice guidance for recovery-oriented behavioral healthcare for adults with serious mental illnesses, in *Personal Outcome Measures in Consumer Directed Behavioral Health*, Towson, MD, The Council on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities.
- DOUGHTY, C., TSE, S., 2005, *The Effectiveness of Service User-run or Service User-led Mental Health Services for People with Mental Illness: A Systematic Literature review*, Wellington, New Zealand, Mental Health Commission.

- DUMONT, J. M., Ridgway, P., Onken, S. J., Dornan, D. H., Ralph, R. O., (n. d), *Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI)*, Retrieved October 19, 2006 from www.power2u.org
- FARKAS, M., GAGNE, C., ANTHONY, W., CHAMBERLIN, J., 2005, Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions, *Community Mental Health Journal*, 41, 141-158.
- FRESE, F. J., STANLEY, J., KRESS, K., VOGEL-SCIBILIA, S., 2001, Integrating evidence-based practices and the recovery model, *Psychiatric Services*, 52, 1462-1468.
- HUCKSHORN, K. A., 2004, Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention, *Journal of Psychosocial Nursing*, 42, 22-33.
- JACOBSON, N., CURTIS, L., 2000, Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the states, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 333-341.
- JACOBSON, N., 2003, Defining recovery: An inter-actionist analysis of health policy development, Wisconsin, 1996-1999, *Qualitative Health Research*, 13, 378-393.
- JACOBSON, N., GREENLEY, D., BREEDLOVE, L., ROSCHKE, R., KOBERSTEIN, J., 2003, Guided reflection: A participatory evaluation and planning process to promote recovery in mental health services agencies, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 69-71.
- JACOBSON, N., 2004, *In Recovery: The Making of Mental Health Policy*, Nashville, Tennessee, Vanderbilt University Press.
- LIBERMAN, R. P., KOPELOWICZ, A., 2005, Recovery from schizophrenia: A concept in search of research, *Psychiatric Services*, 56, 735-742.
- MENTAL HEALTH TRANSFORMATION TRENDS: A *Periodic Briefing*, May/June 2005, Vol 1. No. 2. Retrieved September 14, 2006 from <http://mentalhealth.samhsa.gov>
- MORRISSEY, J. P., GOLDMAN, H. H., 1986, Care and treatment of the mentally ill in the United States: Historical developments and reforms, *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 484, 12-27.
- NATIONAL CONSENSUS STATEMENT ON MENTAL HEALTH RECOVERY, (n.d.), Retrieved September 29, 2006 from <http://mentalhealth.samhsa.gov>
- NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH, 2003, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, Final Report*, Rockville, MD, DHHS Pub. No. SMA-03-3832.

- NATIONAL MENTAL HEALTH ASSOCIATION, 2002, *Advance directives help prevent psychiatric crises and promote recovery*, Retrieved August 20, 2003 from www.nmha.org
- OADES, L., DEANE, F., CROWE, T., LAMBERT, W. G., KAVANAGH, D., LLOYD, C., 2005, Collaborative recovery : An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry*, 13, 279-284.
- O'BRIEN, W. F., ANTHONY, W .A., 2002, Avoiding the “any models trap,” *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 213-214.
- O'HAGAN, M., 2001, *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*, Wellington, NZ, Mental Health Commission.
- PRACTITIONER COMPETENCIES IN A RECOVERY ORIENTED MENTAL HEALTH SYSTEM, 2002, Unpublished document, Developed by the Recovery Implementation Task Force and Recovery in Action, Wisconsin, State of Wisconsin Bureau of Community Mental Health.
- RAGINS, M., (n.d.), A recovery based program inventory, Retrieved October 19, 2006 from <http://www.village-isa.org/Ragin's>
- RICKWOOD, D., 2004, Recovery in Australia : Slowly but surely, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3, 1, Retrieved October 19, 2006 from www.auseinet.com/journal/vol3iss1/rickwoodeditorial.pdf
- SOWERS, W., 2005, Transforming systems of care : The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services, *Community Mental Health Journal*, 41, 757-774.
- STANDARDS OF PRACTICE FOR RECOVERY-ORIENTED BEHAVIORAL HEALTHCARE, 2006, Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, Retrieved September 15, 2006 from <http://www.dmhas.state.ct.us/recovery.htm>
- THE JOURNEY TO RECOVERY — *The Government's Vision for Mental Health Care*, 2001, London, Department of Health, Retrieved October 19, 2006 from www.dh.gov.uk
- THE TIME IS NOW : *Themes and Recommendations for Mental Health Reform in Ontario*, 2002, Toronto : Final Report of the Provincial Forum of Mental Health Implementation Task Force Chairs.
- TORREY, W. C., RAPP, C. A., VAN TOSH, L., McNABB, C. R. A., RALPH, R. O., 2005, Recovery principles and evidence-based practices : Essential ingredients of service improvement, *Community Mental Health Journal*, 41, 91-100.

ABSTRACT

Recovery in mental health policy and practice: an implementation primer

With the publication of *Quebec's Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010* the province announced an intent to develop a recovery-oriented mental health system. This article provides planners in Quebec, and elsewhere, with an overview of issues pertinent to recovery implementation. It reviews examples of system-level guidelines, program models, practitioner competencies, and measurement tools designed to promote a recovery orientation and suggests how these tools might be used by those charged with implementing recovery in their own jurisdictions. Finally, it raises some of the hard questions about meaning and power that must be addressed during the implementation process.

RESUMEN

Políticas y prácticas de salud mental. Cómo integrar el concepto de restablecimiento

Con la publicación del *Plan de Acción de Salud Mental 2005-2010 (Plan d'action en santé mentale 2005-2010)*, el Quebec tiene la intención de desarrollar un sistema basado en el concepto de restablecimiento. Este artículo presenta un cuadro de las cuestiones relacionadas con la implantación de este concepto, destinado a los planificadores de Québec y de otras partes. Se revisan los ejemplos de directrices para el sistema, los modelos de programa, las competencias de los profesionales y los instrumentos de medida concebidos con el fin de promover el restablecimiento. Se sugiere también la forma en que estas herramientas podrían ser utilizadas por los responsables de la implantación en su propia jurisdicción. Finalmente, se resaltan los aspectos más difíciles de definir y de poder considerar en el momento de la implantación.

RESUMO

Políticas e práticas em saúde mental. Como integrar o conceito de restabelecimento

Com a publicação do Plano de ação em saúde mental 2005-2010, o Quebec pretende desenvolver um sistema baseado no conceito de restabelecimento. Este artigo traça um quadro das questões relativas à implantação deste conceito, voltado para os planejadores de dentro e fora do Quebec. São revistos exemplos de linhas diretrizes para o sistema, modelos de programa, competências dos profissionais e

instrumentos de medida concebidos para promover o restabelecimento. São sugeridas, também, maneiras de como os responsáveis da implantação podem utilizar estas ferramentas em sua própria jurisdição. Finalmente, são levantadas questões mais difíceis de definir e de considerar durante a implantação.