

Article

« Le pouvoir des professionnels dans la réadaptation : exemple d'un groupe d'usagers du service social »

Richard Hugman

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 1, 1994, p. 47-58.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032293ar>

DOI: 10.7202/032293ar

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



Le pouvoir des professionnels dans la réadaptation: exemple d'un groupe d'usagers du service social

Richard Hugman*

La réadaptation, en santé mentale, s'est éloignée progressivement de son objectif de maximisation du fonctionnement individuel, pour s'intéresser plutôt aux moyens qui pourraient aider les malades mentaux à interagir assez bien avec leur environnement et gagner en autonomie dans leur vie quotidienne (Wing, 1980). La réadaptation est alors apparue comme un processus plutôt que comme un événement (Sheppard, 1984). En d'autres mots, la réadaptation n'est pas simplement un traitement unique — ou une suite donnée de traitements — mais une intervention qui visera, souvent à plus long terme, à maintenir le fonctionnement social et à soutenir l'adaptation. Ignorer cette distinction ou refuser de l'aligner sur le principe directeur de la pratique de la réadaptation psychiatrique mène à une action mal orientée ou pire, à une série de rituels vides de sens qui renforcent la dépendance (Watts et Bennett, 1983; Brandon, 1991). Tous les professionnels de la réadaptation psychiatrique devraient donc se poser cette question primordiale: comment utiliser ses habiletés pour amorcer et soutenir ce processus?

La reconnaissance de ce problème exige non seulement une conception plus claire des limites et des possibilités de la réadaptation, mais aussi des relations sociales entre les usagers des services de santé mentale et les intervenants. Je fais ici référence au pouvoir social qu'exercent les professionnels par le statut que leur confèrent leurs habiletés, leurs connaissances et leur place dans les organisations (Hugman, 1991).

Le pouvoir social ne se mesure pas seulement à la capacité de contrôler ou d'influencer les actions des autres; le pouvoir social peut aussi influencer, modeler ou déterminer les désirs et les besoins d'autrui (Lukes, 1974). Par le passé, l'exercice aveugle du pouvoir

* Chargé d'enseignement au département des sciences sociales appliquées de l'Université Lancaster (Royaume-Uni) et éditeur, avec David B. Smith, du *British Journal of Social Work*.

social a conduit des professionnels à imposer aux usagers des objectifs de réadaptation qui, ironiquement, pouvaient miner l'autonomie par les actions mêmes qui devaient mener au changement. Depuis peu, les praticiens de la réadaptation psychosociale se sont appliqués à redéfinir leurs relations avec les usagers mais il reste encore beaucoup à faire (Croft et Beresford, 1989; Ramon, 1991).

Nous présentons ici le cas d'un groupe d'usagers d'une unité résidentielle de soins et de soutien communautaires. Cet exemple montre comment l'action professionnelle peut s'égarer quand les intervenants tentent de se désinvestir de leur pouvoir social dans le processus de réadaptation. Nous verrons aussi pourquoi le «malentendu» survient pour des raisons apparemment légitimes. Nous exposerons ensuite un modèle différent de pratique de la réadaptation.

Notre exposé s'appuie sur une étude ethnographique dont les conclusions sur certains aspects de la pratique de réadaptation et des services communautaires ont été présentées ailleurs (Hugman, 1989a, 1989b, 1992). L'auteur a passé vingt-six jours, échelonnés sur une période d'un an, à observer activement les activités de l'unité. Son but, unique, était de rencontrer et de parler avec les usagers et le personnel, et de consigner ses observations. Cette méthode a été analysée en profondeur par Hugman (1988).

Le contexte

L'unité de soins à domicile et de soutien communautaire dont il est question est un service destiné à des personnes qui, sortant d'un grand hôpital psychiatrique, ont été replacées dans différents types de résidences communautaires. L'unité est relativement petite: elle ne comprend jamais plus de huit résidents à la fois, et une douzaine d'usagers qui reçoivent des soins à domicile. Durant l'étude, avec la rotation des usagers, 26 personnes au total ont pu être observées. Ce groupe se répartit également entre hommes et femmes (13/13), et à peu près également entre personnes âgées de moins et de plus de 40 ans (12/14). A cet égard, ce groupe n'était pas typique des unités de réadaptation ou de transition, les usagers étant plus âgés que la population habituelle (Ryan et Wing, 1979; Pritlove, 1985). D'autres caractéristiques, par contre, en faisaient un groupe typique de réadaptation: 23 des 26 personnes avaient reçu des traitements psychiatriques au cours d'hospitalisations prolongées, dont six pendant plus d'un an. Tous, enfin, étaient de race blanche.

Le personnel du service, qui est administré par un bureau local des services sociaux, se compose de sept personnes: deux infirmières (la directrice et l'adjointe), quatre travailleurs sociaux, et un assistant. L'unité a comme objectif principal d'aider les usagers à améliorer leurs capacités de vie quotidienne, dans un environnement de soutien, en utilisant une approche participative centrée sur le client; de façon générale, l'établissement des objectifs et la planification des soins se font de concert avec les usagers (Hugman, 1989a, 1992). Le service les accompagne ensuite dans la communauté, étendant le soutien au-delà des soins à domicile, et se retire graduellement, au rythme voulu par l'utilisateur. La participation active des usagers à toutes les facettes des soins et du soutien est au cœur de la pratique de cette unité. Les moyens utilisés ont été analysés par Hugman (1989a, 1989b, 1992).

Le groupe d'utilisateurs

Les utilisateurs participaient à l'orientation générale du travail de l'unité par le biais du «groupe d'utilisateurs» qui se réunissait une fois par mois. La politique officielle — de l'organisme et du service — voulait que le contrôle de cette réunion appartienne entièrement aux utilisateurs, qui décidaient du calendrier, de l'horaire et de l'ordre du jour. Le rôle du personnel se limitait à s'assurer de la disponibilité des locaux et à certaines autres tâches de nature administrative (dactylographier les convocations, par exemple). Le personnel n'assistait aux réunions que sur invitation des utilisateurs et, d'habitude, seul le personnel de service au moment des réunions y assistait. Ces caractéristiques ont été notées par l'auteur au cours de ses séances d'observation et de ses entrevues avec les utilisateurs et le personnel (Hugman, 1988, 1992). D'un point de vue formel, on pouvait croire que les réunions atteignaient leur but, étant donné leur régularité et la possibilité pour les utilisateurs de discuter des problèmes de leur choix.

Tout le monde était cependant conscient d'un certain nombre de problèmes. Premièrement, les utilisateurs n'assistaient pas tous aux réunions; durant l'année de l'étude, le nombre de participants a diminué de 17 à cinq. D'une certaine façon, le fait de participer ou pas ne représentait pas en soi un motif d'inquiétude, car cette décision peut être considérée comme un geste d'autonomie, donc compatible avec les objectifs du service. Par contre, les utilisateurs qui n'assistaient pas aux réunions critiquaient ouvertement la démarche du groupe et trouvaient des moyens détournés pour influencer la ligne d'action et la pratique.

Deuxièmement, ceux qui assistaient régulièrement à la réunion ou bien ne savaient pas exactement ce qu'ils pouvaient en obtenir, ou bien ne contrôlaient pas assez le processus de groupe pour en tirer avantage. Il en résultait de longues périodes de silence, ou des discussions sur certains aspects de leur vie commune que tout le monde, en privé, disait trouver insignifiantes (la couleur des salières dans la salle à dîner, par exemple).

Le mécontentement gagna les usagers et les plaintes concernant les réunions du groupe se firent de plus en plus nombreuses: finalement, ils s'attendaient à ce que le personnel résolve le problème. Le personnel refusa tout rôle actif dans les réunions ou dans leur organisation, arguant que cela allait contre la philosophie et les objectifs mêmes de l'intervention. Certains ont bien apporté quelques suggestions à l'ordre du jour, mais sur des sujets qui relevaient de leur propre travail. C'était l'impasse.

Le personnel aussi était mécontent de l'échec apparent des réunions du groupe d'usagers. Parce que les réunions avaient été imposées par la direction de l'organisme, les membres du personnel les considéraient comme une fin en soi. Mais ils y voyaient aussi une utilité: les réunions pouvaient aider les usagers à faire face aux difficultés rencontrées dans le contexte de leur vie de groupe, et ainsi développer leurs propres habiletés à vivre avec les autres.

Le groupe, à toutes fins utiles, n'avait pas contribué à faire avancer le processus de réadaptation mais le personnel ne fit aucune allusion à l'impact de cet échec sur les usagers: leur avait-il nui; en avaient-ils profité de quelque façon?

Le refus du personnel de prendre la responsabilité des réunions cachait une perception particulière du pouvoir social que ses membres exerçaient en tant que professionnels. L'intervention qu'on leur demandait, alléguaient-ils, aurait confirmé la domination des usagers par le personnel, dans un domaine du travail de l'unité où le contrôle avait été explicitement passé aux usagers. En reconnaissant leur pouvoir, les intervenants en venaient à la conclusion que, pour résoudre le problème de pouvoir, ils devaient se retirer de tout rôle actif.

La centralité du rôle du personnel

Pour l'observateur, la résolution, par les intervenants, des contradictions du processus de groupe semblait incompatible avec leurs actions dans tous les autres aspects de leur travail, surtout dans leurs interventions individuelles avec les usagers. Le travail de réadapta-

tion porte un grand paradoxe: en même temps que l'on aide une personne à apprendre ou à réapprendre les habiletés de la vie quotidienne, incluant celle de faire des choix, on doit travailler dans un contexte qui exige que les tâches soient complétées et que les choix soient faits. Cela exige une participation active des professionnels, bien qu'au même moment, ils se retirent graduellement de ce rôle actif en donnant aux usagers plus de responsabilités, selon le rythme de chacun.

Les professionnels de l'unité semblaient avoir saisi ce paradoxe dans tous les autres aspects de la pratique: ils indiquaient des choix plutôt que des directions, écoutaient et posaient des questions plus qu'ils ne donnaient de directives et restaient prêts à aider les usagers à assumer leurs erreurs au lieu de les protéger des choix difficiles.

La réponse des professionnels au groupe d'usagers apparaît donc comme une négation de l'aide et du soutien qu'ils leur apportaient dans tous les autres contextes. Les éléments de contraste entre ces deux types d'actions peuvent être représentés schématiquement. La figure 1 illustre trois points divergents entre le travail du personnel orienté vers les tâches quotidiennes et le travail dans les réunions du groupe d'usagers.

Figure 1
La différence des rôles professionnels

AVEC LES INDIVIDUS	AVEC LE GROUPE
ACTIF CLAIR FACILE	PASSIF OBSCUR RETIRÉ

La première dimension peut être définie comme la «position» des professionnels, dans laquelle on note un contraste entre leur rôle actif en temps normal et leur rôle passif dans les réunions d'usagers. La deuxième dimension touche la perception qu'ont les intervenants de leurs objectifs: perception claire dans le premier cas, confuse dans le second. La troisième dimension est le résultat des deux autres: capables de soutenir efficacement les usagers dans leurs tâches quotidiennes, les professionnels retirent cet appui dans les réunions du groupe d'usagers.

Le contraste entre les actions des professionnels, d'un contexte à l'autre, peut se résumer ainsi: d'une part, le retrait graduel de l'intervention directe, en s'adaptant aux capacités croissantes des usagers, selon le modèle de «l'escalier» décrit par Watts et Bennett (1983); d'autre part, le retrait soudain et total du rôle actif de soutien. En dépit du succès évident de sa pratique, et de son acceptation par les usagers, le personnel s'est montré incapable d'adapter au groupe ses méthodes de travail individuel.

Pourquoi? On peut identifier trois raisons à cet état de faits. Premièrement, comme je l'ai déjà mentionné, le personnel était conscient du risque de dominer le processus de groupe par sa participation active. En respectant les objectifs du service et les politiques professionnelles de leur organisme, les intervenants voulaient éviter cette domination, qui serait allée contre les objectifs de la réadaptation.

Deuxièmement, l'idée des réunions du groupe d'usagers, une exigence formelle de l'organisme, ne venait ni des professionnels du service ni des usagers: le groupe n'«appartenait» pas aux personnes concernées. De plus, la direction de l'organisme n'avait fourni aucun paramètre opérationnel pour guider les participants.

Troisièmement, personne, tant chez les usagers que chez les professionnels, n'avait d'expérience dans la conduite ou l'animation de groupes, bien que tous aient déjà participé à des groupes (de travail ou thérapeutiques), animés ou dirigés par d'autres. (Cela peut tenir de la coïncidence, car la plupart des professionnels de l'unité, infirmières et travailleurs sociaux, avaient une solide formation dans le travail de groupe (voir Douglas, 1990). La volonté du personnel d'éviter la domination, combinée au manque d'engagement dans les réunions du groupe et à l'inexistence d'un modèle ou de paramètres, a créé un contexte qui a empêché les réunions de groupe d'atteindre leurs objectifs.

Repenser le pouvoir professionnel

La réponse des professionnels au problème de l'utilisation créatrice du pouvoir peut être interprétée comme un «malentendu» dans la mesure où ils semblaient penser que le pouvoir social, dans cette organisation, ne s'exerçait que par des actions délibérées. Autrement dit, les professionnels croyaient qu'en n'agissant pas, ils n'exerçaient pas de pouvoir.

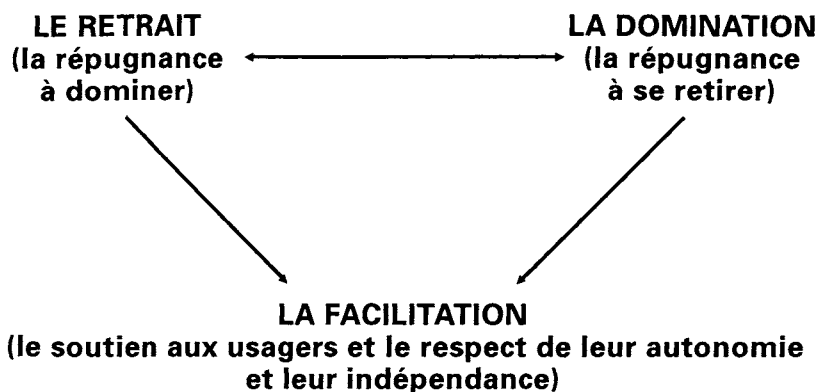
Cette position peut être contestée de deux façons. Premièrement, les professionnels de la réadaptation psychosociale ont accès à un «capital culturel» considérable, inaccessible aux usagers; ce capital tient à leurs habiletés et connaissances professionnelles et à leur place dans l'organisation aussi bien qu'au bas statut des usagers à long terme des services de santé mentale.

Ainsi, malgré son manque d'expérience en animation de groupe et malgré l'absence de paramètres de la direction de l'organisme, ce groupe de professionnels avait quand même accès à des ressources. Le transfert de leurs propres habiletés et connaissances acquises dans d'autres domaines ou les conseils de collègues plus expérimentés auraient permis à l'ensemble du service de faire des réunions de groupe une tribune efficace pour les usagers.

Deuxièmement, la décision d'agir ou non devrait, en soi, être perçue comme une manifestation du pouvoir social, que les professionnels impliqués en soient conscients ou non (Hugman, 1991). Le refus de jouer un rôle actif dans les réunions du groupe des usagers, au moment où elles s'avéraient un échec, constituait une forme d'intervention du personnel, mais une intervention qui limitait la capacité des usagers de développer, collectivement, de meilleures relations avec le service. En effet, comme le pouvoir, dans cette décision, s'est exercé de façon confuse pour tout le monde, le contexte de groupe s'est avéré moins favorable à la prise en charge que le travail individuel.

Le pouvoir social, tel que perçu par ces professionnels dans leur approche du processus de groupe, était une contradiction centrée sur le risque de dominer les usagers. Ils ne se rendaient pas compte que, dans d'autres aspects de leur travail, ils avaient résolu le problème par une approche souple et interactive dans laquelle eux-mêmes et les usagers jouaient des rôles actifs, partageaient leurs idées. Dans cet esprit, l'expertise et l'autorité du professionnel n'apparaissaient pas à l'usager comme une menace mais comme une occasion de progresser.

Figure 2
La contradiction du rôle professionnel



La figure 2 illustre cette contradiction, et sa résolution, sous forme de graphique. La polarité du «retrait» et de la «domination» apparaît non pas comme une dichotomie, mais comme le potentiel de médiation d'un autre type de réponse: le soutien. La troisième position reconnaît le pouvoir social du professionnel dans une relation d'aide et en fait une ressource accessible aux usagers.

Au Royaume-Uni, on a soutenu récemment que les professionnels eux-mêmes avaient besoin de réadaptation pour être en mesure d'aider les gens qui ont des problèmes de santé mentale (Segal, 1991). Il n'y a pas que les usagers qui peuvent devenir «institutionnalisés». Le risque de réponses dichotomiques est aussi très répandu; de la même façon que, en voulant éviter les «étiquettes», on peut en venir à nier la maladie mentale et la détresse des gens, on peut fuir ses responsabilités en voulant éviter les abus de pouvoir. Les professionnels peuvent avoir besoin de support et de formation (entraide, consultation auprès de collègues plus expérimentés, etc.) pour être capables d'assumer cet aspect de leur travail.

Un modèle de rôle actif

L'exemple de ce service a été utilisé comme cas-type d'une thématique générale touchant les intervenants professionnels en réadaptation psychosociale. Pour terminer, j'analyserai les possibilités

que présente un modèle de rôle actif dans un tel contexte, et j'en tirerai quelques conclusions d'ordre général.

1. Pour aider les usagers à déterminer l'ordre du jour de leurs réunions, le personnel du service aurait pu se servir des interventions déjà en cours auprès des individus. En questionnant les usagers, les intervenants auraient pu les amener à identifier plus clairement les sujets touchant leur vie commune dont ils voulaient discuter aux réunions. Si ces personnes n'ont jamais été capables — ou sont devenues incapables — de reconnaître leurs propres préférences ou l'éventail de choix, c'est peut-être parce que leurs précédentes expériences de groupe avaient eu lieu dans un cadre thérapeutique où des professionnels étaient aux commandes. Dans le cas qui nous occupe, l'intervenant aurait pu étaler les stratégies possibles et amener les usagers à faire un choix.
2. Cela nous amène donc à une approche éducative du rôle de soutien actif, une approche basée sur le développement général des habiletés humaines, qui est au cœur du travail de réadaptation moderne. Ce concept d'éducation est «centré sur l'adulte» plutôt que sur la «pédagogie», en ce sens qu'il cherche à construire sur l'expérience et le statut d'adulte de l'apprenant, et met l'emphase sur une relation interactive entre l'élève et le professeur, dans laquelle ce dernier peut aussi apprendre (Knowles, 1978). Le personnel du service utilisait cette approche dans le travail individuel et aurait pu l'adapter aux réunions de groupe.
3. Dans un rôle de soutien actif auprès d'un groupe, les intervenants devraient, dans un premier temps, se concentrer davantage sur le processus que sur le contenu. Dans notre exemple, on ne perçoit pas cette intention d'aider les usagers à cerner comment ils pouvaient tirer avantage du groupe. Inconsciemment, les professionnels confinaient les usagers à un modèle d'habiletés de vie basé sur leurs propres expériences professionnelles: leur pouvoir implicite servait à limiter les occasions de progrès des usagers.
4. En réadaptation, un processus d'apprentissage centré sur l'adulte exige des intervenants qu'ils privilégient l'amélioration des capacités et habiletés des usagers. C'est seulement de cette façon qu'ils pourront éviter de se poser en obstacle au processus d'appropriation des usagers. Cela représente un défi pour les professionnels: au niveau des connaissances et des habiletés mais aussi au niveau de leur pouvoir; c'est pourquoi le soutien

actif des collègues d'expérience est indispensable, un aspect qui ne ressortait pas clairement dans notre exemple. Le remodelage des relations entre les usagers et les professionnels peut aussi demander le recours à des groupes indépendants qui pourraient agir comme consultants auprès du personnel et des usagers (Brandon, 1991). Une perspective extérieure, exempte de toute influence hiérarchique (par opposition à celle d'un chef de service, par exemple) peut influencer le processus de changement de façon bénéfique.

5. Finalement, le «malentendu» que nous avons identifié se situait à la fois au niveau des moyens (pratiques et procédures) et des fins (objectifs et résultats) d'un rôle actif du personnel dans le soutien du groupe d'usagers. Le personnel considérait l'objectif des groupes ou «thérapeutique» ou «décisionnel», sans considérer le fait que la manière même dont le groupe était mené pouvait contribuer à des objectifs de réadaptation plus vastes. Comme il ne s'agissait ni d'une thérapie de groupe ni d'un groupe de décision, le personnel avait essayé de faire de ces réunions une forme de consultation.

Nonobstant le rôle passif des intervenants, la formule des réunions avait été imposée aux usagers et c'est ce qui avait provoqué la résistance. Un rôle plus actif du personnel n'aurait pas automatiquement conduit au contrôle, mais aurait pu créer un contexte favorable aux usagers, favorable à l'expression de leurs attentes face à ces réunions et, ainsi, au développement des habiletés pertinentes.

Ces remarques constituent la base d'un modèle différent pour le rôle des professionnels dans les groupes d'usagers des services de réadaptation psychosociale. Partout, on doit reconnaître le fait que les professionnels exercent un pouvoir social par leur prise de décision, même s'il s'agit de se retirer d'une situation: le retrait constitue en soi une action basée sur le pouvoir d'agir et d'exercer un choix. Toute action de la part des professionnels contribue à établir le contexte dans lequel les usagers expérimentent la réadaptation; le retrait est autant un acte de pouvoir que la domination. Il est donc essentiel que les professionnels de la réadaptation en santé mentale reconnaissent dans leur propre pouvoir social un moyen d'offrir un service efficace.

Pour conclure, une note de prudence est de mise. Des usagers ont soutenu que le pouvoir ne pouvait se partager mais qu'on devait se l'approprier (Brandon, 1991); ce qui est «partagé», disent-ils, peut souvent être repris. La forme de «partage de pouvoir» proposée ici exige des professionnels de la santé mentale qu'ils apprennent à offrir

leurs connaissances et leurs habiletés comme une ressource dans laquelle les usagers pourront puiser. Ceci ne pourra se produire que si les professionnels reconnaissent leur pouvoir et si l'organisation apporte le soutien nécessaire (politiques, apport des chefs de services) pour permettre aux intervenants de développer un véritable partenariat avec les usagers (Hugman, 1991). L'action des professionnels peut constituer une base pour aider les gens à prendre le contrôle de leur vie mais elle peut aussi entraver ce développement. La domination et le retrait ne représentent pas des choix plausibles en réadaptation. Notre étude, même à petite échelle, a montré comment les professionnels pouvaient prendre une part active dans ce processus de prise en charge.

RÉFÉRENCES

- BRANDON, D., 1991, *Innovation Without Change?: Consumer Power in Psychiatric Services*, Macmillan, London.
- CROFT, S., BERESFORD, P., 1989, User involvement citizenship and social policy, *Critical Social Policy*, 26, 5-18.
- HUGMAN, R., 1992, Rehabilitation and community support: a case study of social care, *Applied Community Studies*, 1, n° 2, monograph.
- HUGMAN, R., 1991, *Power in Caring Professions*, Macmillan, London.
- HUGMAN, R., 1989a, Rehabilitation and community care (1): some implications for practice, *Practice*, 3, n° 2, 119-35.
- HUGMAN, R., 1989b, Rehabilitation and community care (2): aspects of care in the community, *Practice*, 3, n° 3, 199-214.
- HUGMAN, R., 1988, Ethnography and social care, *Social Services Research*, 1, 11-20.
- KNOWLES, M., 1978, *The Adult Learner*, Gulf Publishing, London.
- LUKES, S., 1974, *Power: A Radical View*, Macmillan, London.
- PRITLOVE, J., 1985, *Group Homes*, Joint Unit for Social Services Research, Sheffield.
- RAMON, S., 1991, Principles and conceptual knowledge, in S. Ramon ed., *Beyond Community Care*, Macmillan, London.
- RYAN, P., WING, J., 1979, Patterns of residential care: a study of hostels and group homes, in M. R. Olsen ed., *The Care Of The Mentally Disordered*, BASW, Birmingham.
- SEGAL, J., 1991, The professional perspective, in S. Ramon ed., *Beyond Community Care*, Macmillan, London.
- SHEPHERD, G., 1984, *Institutional Care and Rehabilitation*, Longman, London.

- WATTS, F., BENNETT, D.H., 1983, The concept of rehabilitation in F. Watts, D. H. Bennett eds., *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, John Wiley and Sons, Ltd., London.
- WING, J. K., 1980, Innovations in social psychiatry, *Psychological Medicine*, 10, 219-30.

ABSTRACT

The power of professionals in rehabilitation: the example of a service users' group in social care

Increasingly the purposes and focus of mental health rehabilitation has turned away from a concern to maximise the functioning of individuals towards an interest in helping people with mental needs to interact sufficiently well with their environment so as to gain independence in everyday life (Wing, 1980). Rehabilitation is to be seen, therefore, as a process rather than an event (Sheppard, 1984). In other words, rehabilitation not simply a single treatment (or fixed series of treatment) but often will be a longer term intervention to maintain social functioning and support adaptation. A failure to understand this distinction or to translate it into guiding principle which informs all aspects of professional practice in psychiatric rehabilitation results in misdirected effort (or, worse, in a series of empty rituals which reinforce dependence) (Watts and Bennett, 1993; Brandon, 1991). A central question for all the caring professions engaged in psychiatric rehabilitation, therefore, is how to utilize their skills to enable and support this process.