



UNIVERSITE DE LAUSANNE

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Mémoire de Maîtrise universitaire en psychologie, psychologie clinique et
psychopathologie

**Le rétablissement personnel en psychiatrie :
une revue actualisée de la littérature**

Présenté par Anna Katz

Sous la direction du Professeur Valentino Pomini

Expert : Professeur Charles Bonsack

Session de juillet 2016

Table des matières

1. Introduction	4
2. Méthode.....	9
3. Définitions et composantes du rétablissement personnel.....	12
3.1 Le modèle de rétablissement psychologique.....	14
3.1.1 Construction	14
3.1.2 Données empiriques	14
3.2 Le modèle intégré du rétablissement.....	16
3.2.1 Construction	16
3.2.2 Données empiriques	18
3.3 Le modèle de rétablissement centré sur la reconnexion.....	21
3.3.1 Construction	21
3.3.2 Données empiriques	23
3.4 Le modèle de rétablissement composite.....	24
3.4.1 Construction	27
3.4.1.1 My Voice, My Life.....	27
3.4.1.2 Individual Recovery Outcomes Counter	29
3.4.1.3 Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness	29
3.4.1.4 Mental Health Recovery Star	30
3.4.2 Données empiriques	31
3.4.2.1 Individual Recovery Outcomes Counter	31
3.4.2.2 Mental Health Recovery Star	33
3.4.2.3 Synthèse des données empiriques	35
3.5 Conclusion du chapitre.....	37
4. Etapes du rétablissement personnel.....	38
4.1 Le modèle de rétablissement psychologique.....	40
4.1.1 Construction	40
4.1.2 Données empiriques	41
4.1.2.1 Cohérence interne.....	42
4.1.2.2 Validité convergente	42
4.1.2.3 Validité de construit	44
4.1.2.4 Analyse factorielle.....	45
4.2 Le modèle de rétablissement centré sur la reconnexion.....	48
4.2.1 Construction	50

4.2.2 Données empiriques	51
4.3 Le modèle de rétablissement centré sur la perte.....	52
4.3.1 Construction	53
4.3.2 Données empiriques	55
4.4 Conclusion du chapitre.....	56
5. Synthèse et limitations des résultats.....	58
6. Conclusion.....	65
7. Bibliographie.....	68

1. Introduction

Pendant longtemps, il a été considéré que certaines maladies mentales s'empiraient nécessairement avec le temps. C'est le cas de la schizophrénie par exemple, dont la vision était influencée par la définition de démence précoce de Kraepelin (Calveti, Kvrjic, Beck, Kossowky, Vauth, 2012). Dans les années 80, des études longitudinales ont été publiées. Elles révélaient l'hétérogénéité des patients dans l'issue de leur maladie. Par exemple en 1987, Harding a montré que sur 1300 anciens patients d'hôpitaux psychiatriques, plus de la moitié étaient rétablis ou s'étaient nettement améliorés de leur schizophrénie. (Andresen, Oades & Caputi, 2003). En plus de ces études, plusieurs témoignages de consommateurs de services de santé mentale sont parus. Ces personnes ont partagé leurs expériences avec un trouble mental et la manière dont ils s'en étaient sortis (Jacobson & Greenley, 2001).

Suite à ce constat, différentes conceptualisations du rétablissement se sont développées. La première est le rétablissement clinique. Il correspond au retour à un état de santé antérieur et est mesuré par des critères objectifs, notamment la présence ou absence de symptômes. La seconde est le rétablissement fonctionnel. Il est évalué à travers l'aptitude à fonctionner de manière indépendante dans la société et se focalise sur des critères tels que l'emploi et le logement. La troisième est le rétablissement personnel. Il est issu du mouvement des consommateurs de services de santé mentale ayant vécu une maladie mentale sévère. Cette conceptualisation met l'accent sur l'individualité de l'expérience du rétablissement. Elle apporte une transition d'une vision médicale, centrée sur le résultat du rétablissement, à une vision psychologique centrée sur son processus (Calveti et al., 2012).

Le troisième concept, le rétablissement personnel, est aujourd'hui un principe directeur pour les services de santé mentale, dans de plus en plus de pays. (Wyder & Bland, 2014). Une définition largement acceptée a été proposée par Anthony en 1993. Cet auteur le décrit comme un processus personnel et unique à chaque personne, qui correspond à une manière de vivre une vie satisfaisante, malgré les limites causées par la maladie. Une

personne atteinte d'un trouble mental peut être rétablie même si la maladie n'est pas guérie. Dans ce type de rétablissement, la personne garde l'espoir, et développe un nouveau sens et de nouveaux buts dans sa vie (Anthony,1993).

D'autres auteurs ont décrit l'expérience de rétablissement personnel vécue par les personnes atteintes de troubles mentaux. Slade (2009) a identifié quatre tâches à accomplir dans ce processus. Une des tâches est de développer une identité positive, c'est – à dire une identité autre que celle de personne malade. La personne doit aussi trouver un sens, qui soit personnellement satisfaisant, à l'expérience qu'elle est en train de vivre. La troisième tâche est l'autogestion de la maladie, la prise de responsabilité pour son bien-être. Finalement, la personne doit développer des rôles sociaux valorisants. Ces rôles ne doivent pas être liés à la maladie mentale, à moins que la personne utilise son expérience pour travailler dans des services de santé mentale (Slade, 2009).

Certains auteurs ont défini des étapes dans le processus de rétablissement personnel. En 1998, Baxter et Diehl ont interrogé 40 consommateurs de services de santé mentale à propos de leur expérience et en ont conclu qu'il y avait trois étapes:

1. La crise. Cette étape comprend une période de récupération. Les émotions qui accompagnent cette étape sont le déni et le désespoir. Les besoins sont basiques (manger, dormir).
2. La décision. Cette étape comprend une reconstruction de l'autonomie et de la capacité à retrouver des rôles sociaux normaux. Un sentiment de doute de soi-même peut être présent. Les besoins sont d'apprendre des choses au sujet de la maladie et d'être entendu et accepté.
3. L'éveil. Cette étape comprend la phase de rétablissement et de reconstruction d'une interdépendance saine. Les émotions sont l'acceptation de soi et des autres, ainsi que la confiance. Les besoins sont d'avoir un rêve pour lequel se battre et un travail qui a du sens.

En 2003, Andresen, Oades et Caputi ont proposé un modèle unifié du rétablissement personnel. Ce dernier est une référence dans le domaine et de nombreux auteurs s'y rapportent (Favrod & Scheder, 2004 ; Gordon, Ellis, Siegert & Walkey, 2014 ; Kartalova-O'Doherty, Stevenson & Higgins,

2012 ; Slade, 2009 ; Wyder & Bland, 2014). Andresen et al. (2003) nomment leur modèle « psychological recovery ». Dans ce travail, je me référerai donc à leur conception du rétablissement personnel par le terme de « modèle de rétablissement psychologique ». Le travail d'Andresen et al. (2003) se base sur une analyse de la littérature sur le rétablissement personnel : des témoignages publiés de consommateurs de services de santé mentale, ainsi que la recherche qualitative et la théorie sur le rétablissement sont pris en compte. Ils s'inspirent notamment des modèles de Davidson et Strauss (1992), Baxter et Diehl (1998), Young et Ensing (1999), Pettie et Triolo (1999) , ainsi que Spaniol, Wewiorski, Gagne et Anthony (2000). Les caractéristiques des conceptions d'Anthony (1993), de Baxter et Diehl (1998) et de Slade (2009) se retrouvent dans le modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003).

Ce modèle comprend quatre composantes et cinq étapes. Les composantes sont l'espoir, l'identité, le sens et la responsabilité. Les cinq étapes (en ordre croissant de rétablissement) sont intitulées le moratoire, la conscience, la préparation, la reconstruction et la croissance.

Les composantes correspondent aux dimensions à travers lesquelles on peut mesurer le rétablissement. Leur niveau s'amplifie d'étape en étape. Les étapes sont distinctes et se succèdent au fil du processus du rétablissement. Cependant, Andresen et al. (2003) ne précisent pas si l'accès à une étape supérieure est déterminé par une augmentation de niveau de chacune des composantes.

En 2006, Andresen et al. ont développé le « Stages of Recovery Instrument » (STORI), un instrument de mesure qui se base sur les composantes et étapes de leur modèle de rétablissement psychologique, et dont le but est de le mesurer. Les auteurs ont aussi effectué une validation initiale du STORI, ce qui leur a permis de tester leur modèle. Pour évaluer les composantes, ils ont comparé le STORI au « Recovery Assessment Scale » (RAS) (Corrigan et al., 1999), qui est un instrument de mesure qui donne un score de rétablissement personnel, sans essayer d'en identifier les étapes. Le RAS avait auparavant été testée sur un échantillon de 35 consommateurs de services de santé mentale et avait montré une bonne

fidélité test-retest ($r=0.88$) et une bonne cohérence interne ($\alpha = 0.93$). Cet instrument comporte cinq composantes. Andresen et al. (2006) ont rapporté que les quatre premières (confiance personnelle et espoir ; volonté de demander de l'aide ; pas dominé par les symptômes ; orientation vers but et succès) sont conceptuellement reliées aux composantes de leur modèle de rétablissement psychologique. La dernière composante du RAS (capacité à dépendre des autres) ne l'est pas car elle correspond à la qualité des relations interpersonnelles de la personne, et ne traite pas de l'expérience personnelle qu'est le rétablissement psychologique (Andresen et al., 2006).

Concernant les étapes du rétablissement psychologique, le STORI comporte cinq sous-échelles relatives aux cinq étapes du modèle. Andresen et al. (2006) ont calculé la cohérence interne de chacune des sous-échelles et rapportent de bons résultats puisque les coefficients alpha de Cronbach se situent entre 0.88 et 0.94. L'ordre des étapes est également validé : les étapes adjacentes ont une corrélation positive, et les étapes distantes les unes des autres ont une corrélation négative (le coefficient de corrélation de Pearson est de 0.52 pour la reconstruction et la croissance ; et de -0.52 pour le moratoire et croissance). Toutefois, les auteurs ont effectué une analyse hiérarchique de clusters avec la méthode de Ward qui montre que les items du STORI se regroupent mieux en 3 qu'en 5 groupes. Le cluster 1 contient tous les items de l'étape du moratoire. Le cluster 2 comporte tous les items des étapes de conscience et de préparation, ainsi que quatre items de l'étape reconstruction. Le cluster 3 contient six items de l'étape reconstruction ainsi que tous les items de l'étape croissance. Andresen et al. (2006) ont également calculé les coefficients alpha de Cronbach pour chacun de ces clusters et ceux-ci ont une cohérence interne élevée (Cluster 1, $\alpha = 0.88$; Cluster 2, $\alpha = 0.97$; et Cluster 3, $\alpha = 0.92$) (Andresen et al., 2006).

En 2003, le modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. contient des composantes et étapes considérées comme centrales dans la définition du rétablissement personnel. Il est basé sur une revue de la littérature et reflète les connaissances acquises à ce moment-là, sur ce sujet. En 2006, Andresen et al. ont développé le STORI et réalisent qu'il ne prend pas en compte les relations interpersonnelles, contrairement au RAS. Ils se

rendent également compte que les items du STORI se regroupent mieux en trois clusters. L'étude de 2006 soulève donc des questions, et j'ai constaté que jusqu'en 2010 aucune autre étude sur le STORI n'avait été réalisée.

Pour cette raison, j'ai effectué une recherche bibliographique sur le rétablissement personnel entre 2010 et 2015, une période qui reflète la recherche récente à ce propos. Le but de ce travail est de montrer, sur la base de données empiriques, comment le rétablissement personnel est défini aujourd'hui, et par conséquent si les questions posées en 2006 ont été traitées.

Connaître la définition actuelle du rétablissement personnel, et donc ce qui importe le plus aux yeux des consommateurs de services de santé mentale aujourd'hui, est essentiel. Avant tout, pour savoir quelle direction la recherche et la pratique future doivent prendre, notamment pour le développement d'instruments de mesure du rétablissement personnel qui se basent sur la théorie. Une revue de la littérature a été réalisée, concentrée autour des définitions, composantes et étapes du rétablissement personnel.

2. Méthode

Pour explorer la littérature portant sur les différents thèmes de ce travail, cinq recherches bibliographiques spécifiques ont été effectuées. Les mots-clés utilisés et les résultats obtenus sont résumés au tableau 1. Les bases de données Psycinfo, Pubmed, et Embase ont été utilisées et les recherches ont été faites dans le titre et dans l'abstract. Les résultats ont été limités par les critères suivants :

1. publié entre 2010 et 2015
2. doit être un article
3. en anglais ou en français.

Le tableau 1 montre les résultats obtenus dans chacune des bases de données.

Tableau 1

Récapitulatif de la recherche bibliographique

Thématique	Mots-clés	Nombre d'articles trouvés
Rétablissement personnel (général)	(a) Personal recovery ¹ OR psychological recovery OR consumer recovery OR subjective recovery	Psycinfo : 262 Pubmed : 148 Embase : 185
Santé mentale et rétablissement personnel	(a) AND (b) Mental health OR mental illness OR mental disorder OR mental disease OR mental problem	Psycinfo : 93 Pubmed : 55 Embase : 74
Théorie du rétablissement personnel	(a) AND (c) Framework OR theory OR model OR paradigm	Psycinfo : 58 Pubmed : 32 Embase : 51
Composantes du rétablissement personnel	(a) AND (d) Components OR dimensions OR concepts OR themes	Psycinfo : 69 Pubmed : 17 Embase : 19
Étapes du rétablissement personnel	(a) AND (e) Stages OR processes OR steps	Psycinfo : 39 Pubmed : 15 Embase : 43
Total		Psycinfo : 521 Pubmed : 267 Embase : 372 Total : 1160

¹ Lors de la recherche des abréviations ont été utilisées (recover\$)

Une première recherche a été faite pour le thème du rétablissement personnel, puis ce résultat initial a à chaque fois été combiné avec les résultats des autres recherches (cf. tableau 1, ligne 2, santé mentale et rétablissement personnel).

Pour poursuivre la sélection, les critères d'inclusion suivants ont été appliqués. Il fallait que le texte :

1. décrive un modèle de rétablissement personnel
2. décrive des données empiriques permettant de soutenir les modèles de rétablissement personnel
3. concerne les maladies mentales
4. se concentre sur des personnes souffrant de troubles mentaux graves (serious mental illness, ou SMI, en anglais) (Calveti et al., 2012) âgées de 16 ans minimum.

La figure 1 représente les étapes de la sélection des articles.

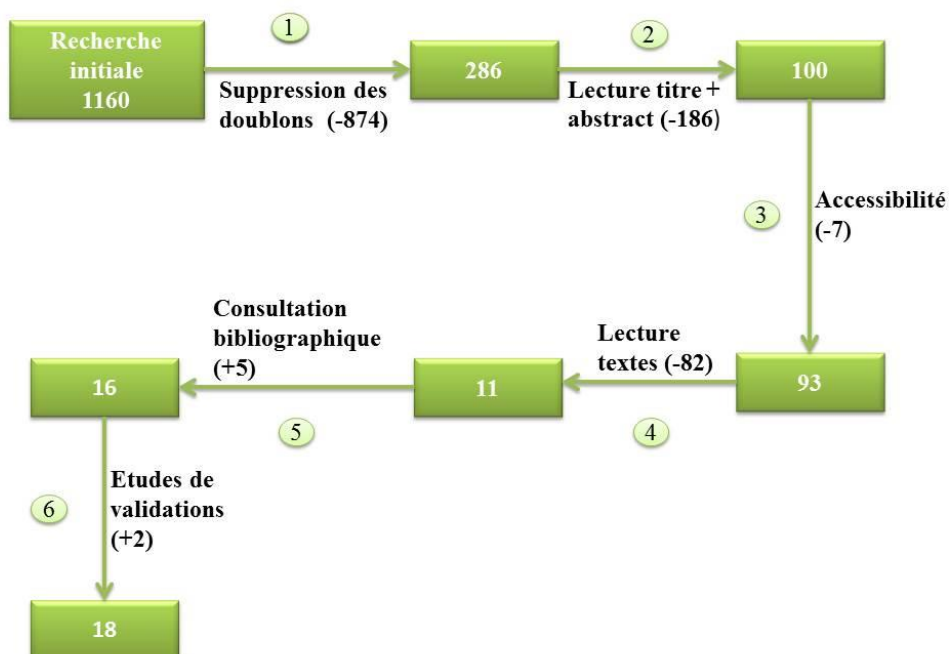


Figure 1 : sélection des articles obtenus suite à la recherche bibliographique

Au total, 1160 articles ont été trouvés dans les trois bases de données consultées. 874 doublons y figuraient et la première étape a été de les supprimer. Le titre et les abstracts des 286 articles retenus ont été lus. La deuxième étape a été d'en retirer 186 car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. La version complète des 100 articles restants a ensuite été cherchée, et dans une troisième étape 7 articles ont été retirés car ils n'ont pas pu être consultés pour des raisons d'accessibilité. Après la lecture complète des 93 articles, la quatrième étape a été d'en supprimer 82 car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion.

Ensuite, la bibliographie des 11 articles retenus a été examinée. De cette manière, dans une cinquième étape, 5 nouveaux textes ont été identifiés comme correspondant aux critères d'inclusion.

Plus tard, les nouveaux instruments et nouveaux modèles de rétablissement personnel formant les chapitres 3 et 4 ont fait l'objet de recherches spécifiques, afin de découvrir s'ils avaient été étudiés dans des articles supplémentaires à ceux trouvés dans la recherche initiale. De cette manière, dans les mêmes bases de données, 2 articles supplémentaires ont été identifiés, ce qui est la sixième et dernière étape de la sélection des articles. 18 articles forment donc la bibliographie utilisée dans ce travail sur le rétablissement personnel.

3. Définitions et composantes du rétablissement personnel

La revue de la littérature entre 2010 et 2015 montre qu'à côté de la définition d'Andresen et al. (2003) apparaissent d'autres visions du concept de rétablissement personnel. L'on peut synthétiser ces résultats en trois modèles supplémentaires à celui du rétablissement psychologique. Le tableau 2 résume les différentes conceptions.

Tableau 2

Composantes du rétablissement personnel entre 2010 et 2015

Modèle	Auteurs	Composantes
Modèle de rétablissement psychologique	Wolstencroft et al. (2010); Andresen et al. (2013)	Espoir, Identité, Sens, Responsabilité
Modèle intégré du rétablissement	Leamy et al. (2011); Wyder et Bland (2014)	Espoir, Identité, Sens, Empowerment, Connexion
Modèle de rétablissement centré sur la reconnexion	Kartalova-O'Doherty et al. (2012)	Reconnexion avec soi, Reconnexion avec les autres, Reconnexion avec le temps
Modèle de rétablissement composite	Gordon et al. (2013); Penumbra (2007-2012) ; Chercheurs et Drapalski et al. (2012); une équipe de professionnels et de consommateurs de services de santé mentale (2010)	Espoir, Identité, Sens, Responsabilité, Connexion, Santé physique, Santé mentale, Compétences de vie, Spiritualité, Culture, Qualité de vie, Rétablissement, Ressources, Satisfaction avec les services, Sécurité et confort, Exercice et activité, Travail, Comportement addictif

J'ai décidé de réunir les définitions de Leamy et al. (2011) et de Wyder et Bland (2014) sous le nom de modèle « intégré » du rétablissement car leurs idées restent très proches de celles d'Andresen et al. (2003) mais y intègrent quelques données supplémentaires. J'ai choisi d'appeler le modèle de Kartalova-O'Doherty et al. (2012) « centré sur la reconnexion » car il se fonde sur le thème de la reconnexion avec la vie. Finalement, j'ai désigné le dernier modèle par le terme de « composite » car dans cette conception, le rétablissement personnel comprend plusieurs catégories de composantes. On y trouve, entre autres, celles de la définition d'Andresen et al. (2003), mais aussi certaines qui définissent habituellement le rétablissement fonctionnel.

3.1 Le modèle de rétablissement psychologique

Les composantes du modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003) sont définies comme suit:

1. L'espoir est une attente par rapport à des relations ou buts futurs que la personne malade considère comme étant possibles.
2. L'identité correspond aux caractéristiques qui font que la personne malade se sent unique et sait qui elle est.
3. Le sens englobe la compréhension de la personne souffrante à propos de ce qui lui arrive, la signification qu'elle donne à ces événements, ainsi qu'une réévaluation de ses valeurs et de ses buts de vie.
4. La responsabilité est l'engagement de la part de la personne souffrante dans sa vie et son rétablissement.

3.1.1 Construction

Pour identifier ces composantes, Andresen et al. (2003) se sont basés sur les récits de rétablissement de personnes atteintes de troubles mentaux graves, à partir desquels ils ont dégagé des thèmes. Ils ont ensuite consulté la recherche qualitative et des articles écrits par des consommateurs de services de santé mentale, dans lesquels ils ont retrouvé ces thèmes. Une méthode de comparaison constante (c'est-à-dire que tous les thèmes de tous les articles sont comparés entre eux, de manière constante) a ensuite été utilisée par Andresen et al (2003). Cela a permis de réduire le nombre de thèmes à l'espoir, l'identité, le sens et la responsabilité.

Puisqu'Andresen et al. (2003) font une revue de la littérature, leur travail est représentatif de l'état de la recherche au début des années 2000.

3.1.2 Données empiriques

Depuis 2010, aucune étude sur la validité des composantes du modèle d'Andresen et al. (2003) n'a été publiée. En revanche, deux nouveaux instruments de mesure du rétablissement basés sur ce modèle ont été créés. Les articles qui exposent leur développement ne traitent pas des composantes, mais de l'étude des étapes. Malgré cela, ces articles sont mentionnés dans ce chapitre car les instruments se fondent sur les composantes et étapes du modèle d'Andresen et al. (2003).

Dans un article de 2010, Wolstencroft, Oades, Caputi et Andresen ont développé un court questionnaire afin de mesurer l'étape de rétablissement d'individus souffrant de maladies mentales graves, le « Short Interview to assess Stages of Recovery », ou SIST-R. En 2013, Andresen et al. ont développé une version raccourcie du Stages of Recovery Instrument (2006), le STORI-30, en identifiant les 30 items les plus performants de cette mesure.

3.2 Le modèle intégré du rétablissement

Le modèle intégré du rétablissement comprend les quatre composantes du modèle de rétablissement psychologique, et y intègre deux changements. Premièrement, une cinquième composante apparaît : la connexion. Nous pouvons toutefois noter qu'avant 2010, d'autres auteurs l'avaient déjà évoquée dans leurs modèles (Jacobson & Greenley, 2001).

L'on retrouve la composante connexion chez Leamy, Le Boutillier, Williams et Slade, en 2011. Ces auteurs définissent cette composante comme le fait de se sentir soutenu, d'avoir des relations positives, de soutenir les personnes utilisant les services de santé mentale, et de faire partie d'une communauté (Leamy et al., 2011).

En 2014, Wyder et Bland rajoutent également la composante connexion aux quatre composantes du modèle de rétablissement psychologique. Selon eux, la connexion est essentielle car les individus ne se rétablissent pas en étant isolés. Les personnes en cours de rétablissement ont besoin d'être connectées à la communauté en y contribuant ainsi qu'en occupant des rôles sociaux normaux (Wyder & Bland, 2014).

Deuxièmement, la composante de la responsabilité du modèle de rétablissement psychologique change de dénomination, et est appelée « empowerment ». L'on retrouve ce changement chez les deux mêmes groupes d'auteurs. Chez Leamy et al (2011) le terme change, mais les caractéristiques restent les mêmes. Toutefois, chez Wyder et Bland (2014), l'« empowerment » est défini, entre autres, comme demander les mêmes droits et prendre les mêmes responsabilités que d'autres citoyens. Il s'agit d'un pas de plus par rapport au modèle d'Andresen et al. (2003)

3.2.1 Construction

La littérature sur le rétablissement personnel entre 2010 et 2015 m'a appris que deux groupes d'auteurs avaient construit des modèles dans lesquels l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion étaient les composantes définissant le rétablissement personnel. Il s'agit de Leamy et

al. (2011) et de Wyder et Bland (2014). J'ai réuni leurs définitions pour former le modèle intégré.

Pour arriver à ces cinq composantes, Leamy et al. (2011) ont effectué une revue de la littérature sur le rétablissement personnel. Les auteurs ont retenu les articles disponibles en anglais qui présentaient un modèle original de rétablissement personnel, ou une conceptualisation de laquelle un résumé pouvait être tirée. Ensuite, Leamy et al. ont évalué ces articles. Pour les études qualitatives, ils ont utilisé des directives de critique pour la recherche qualitative nommés critères « RATS » (*en anglais* : relevance, appropriateness, transparency, soundness). Ces directives se présentent sous la forme d'une échelle de 25 questions qui évalue la pertinence, la convenance, la transparence, et la structure d'un article. Pour les deux recherches quantitatives retenues, les auteurs ont utilisé le « Effective Public Health Practice Project », un outil d'évaluation pour recherches quantitatives.

Leamy et al. ont ensuite suivi l'approche d'une synthèse narrative. Cela signifie qu'ils ont développé une synthèse préliminaire des articles retenus et ont compté les thèmes émergents. Dans un premier temps, les thèmes les plus fréquents ont été sélectionnés, ce qui a conduit à une version préliminaire de leur modèle. Celle-ci comprenait les cinq composantes suivantes : l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion.

Dans un deuxième temps, Leamy et al. ont analysé les articles qui traitaient du rétablissement des personnes issues de minorités ethniques. Les thèmes trouvés dans ces articles ont été comparés avec ceux trouvés dans la version préliminaire. Le but était d'identifier des thèmes additionnels.

Dans un troisième temps, la même comparaison a été faite entre les articles jugés comme moyens par les critères RATS et la version préliminaire.

Après ces comparaisons, la version préliminaire du modèle contenait toujours les mêmes cinq composantes. Leamy et al. l'ont envoyée à une table ronde d'experts. Celle-ci était formée par 54 membres du programme REFOCUS, une équipe de recherche sur le rétablissement à l'institut de santé mentale de Nottingham. Elle est menée par le professeur Mike Slade,

l'un des auteurs du modèle (Leamy et al., 2011). La table ronde devait identifier les lacunes et faire des observations générales.

La version préliminaire du modèle a été modifiée en fonction de leurs commentaires. Cela a produit la version finale du cadre conceptuel de rétablissement personnel, qui comprend toujours les mêmes cinq composantes (Leamy et al., 2011).

Pour construire leur modèle de rétablissement personnel, Wyder et Bland (2014) ont étudié le rôle de l'espoir, de l'identité, du sens, de l'empowerment et de la connexion dans les familles des personnes malades. Pour aboutir à ces composantes, Wyder et Bland (2014) se sont fondés sur deux modèles de rétablissement personnel. Ils ont adopté les cinq composantes du cadre conceptuel de Leamy et al. (2011). Puis, ils ont ajouté les caractéristiques d'une composante nommée « learning to manage the symptoms » (apprendre à gérer les symptômes), proposée par Davidson, O'Connell, Tondora, et Lawles (2005).

Ensuite, Wyder et Bland (2014) ont construit un modèle dans lequel la fonction de chaque composante était décrite dans trois situations. D'abord pour l'expérience du membre de la famille malade, puis pour le soutien que la famille lui apporte et enfin pour le rétablissement que vit la famille après avoir appris que leur proche souffrait d'un trouble mental. Par exemple, pour le soutien que la famille apporte, le « sens » est défini comme le fait d'encourager la personne dans la gestion de sa maladie.

3.2.2 Données empiriques

En 2012, Slade et al. ont examiné la validité des cinq composantes du modèle de Leamy et al. (2011). Le but de Slade et al. (2012) était de vérifier leur importance dans la définition du rétablissement personnel. Les auteurs voulaient aussi savoir s'il y avait différentes conceptualisations au niveau international.

Slade et al. (2012) ont à leur tour effectué une revue de la littérature sur le rétablissement personnel. 429 articles ont été identifiés, parmi lesquels 18 n'étaient pas dans la recherche de Leamy et al. (2011). Les 429 articles étaient issus de 11 pays différents (Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie,

Canada, Irlande, Norvège, Suède, Nouvelle-Zélande, Taiwan, Corée du Sud et Islande). Slade et al. (2012) ont utilisé la même procédure d'analyse que Leamy et al. (2011).

Cela leur a permis de confirmer que l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion étaient les composantes qui définissaient le rétablissement personnel. De plus, à travers les différents pays, la distribution des thèmes était similaire et pouvait être englobée dans les mêmes cinq composantes du modèle de Leamy et al. (2011).

En 2014, Leamy et al. ont vérifié la validité des cinq composantes de leur modèle de 2011. Les auteurs ont conduit des focus groups avec des consommateurs de services de santé mentale, afin de souligner d'éventuelles différences entre les données collectées et le modèle original. Les participants étaient au nombre de six à huit par groupe, et au bout de sept focus groups les auteurs ont atteint une saturation des données.

Leamy et al. ont ensuite dressé une liste des thèmes issus de l'analyse des focus groups. Ils sont exposés dans le tableau 3. Seuls deux thèmes ne figurent pas dans le tableau car il s'agissait de facteurs d'importance inférieure pour la définition du rétablissement personnel, par rapport aux cinq composantes centrales.

Tableau 3
Thèmes actualisés du modèle intégré

Espoir et optimisme	Identité	Sens	Empowerment	Connexion
<ul style="list-style-type: none"> -Relations donnant de l'espoir -Motivation au changement -Croyance en la possibilité du rétablissement -Pensée positive -Avoir des rêves et des aspirations 	<ul style="list-style-type: none"> -Multiples dimensions de l'identité -Reconstruire un sens positif à son identité -Surmonter la stigmatisation 	<ul style="list-style-type: none"> -Sens à l'expérience de la maladie mentale -Spiritualité -Buts sociaux et de vie ayant de la valeur -Rôles sociaux et de vie ayant de la valeur -Se reconstruire une vie 	<ul style="list-style-type: none"> -Responsabilité personnelle -Contrôle sur sa vie -Se concentrer sur ses forces 	<ul style="list-style-type: none"> -Support de pairs et groupes de support -Relations -Support de la part des autres
				<i>Support pratique</i>

Tous les autres thèmes ont pu être distribués à l'intérieur des cinq composantes du modèle de 2011. Le « support pratique » est le seul thème qui figure dans le tableau mais ne fait pas partie de la définition d'une des cinq composantes. Leamy et al. (2014) considèrent qu'il s'agit d'une catégorie de second ordre au sein de la composante de la connexion. Certains participants ont souligné son importance afin d'améliorer les conditions matérielles dans lesquelles ils vivaient, avoir de plus larges opportunités de vie, et survivre plus facilement au quotidien dans les moments où il leur était difficile de gérer les activités et tâches quotidiennes (Leamy et al., 2014).

Leamy et al.(2014) ont conclu leur étude en affirmant que les focus groups avaient fourni un soutien considérable quant à la validité des composantes de l'espoir, de l'identité, du sens, de l'empowerment et de la connexion.

3.3 Le modèle de rétablissement centré sur la reconnexion

Le modèle de rétablissement « centré sur la reconnexion » se fonde sur le thème de la reconnexion avec la vie. Il comprend trois composantes qui sont :

1. La reconnexion avec soi. Elle est atteinte d'une part à travers l'acceptation de soi-même comme étant un être humain digne d'estime et capable de changement positif. D'autre part, par la décision de commencer à se battre pour aller mieux.
2. La reconnexion de soi-même avec les autres. Elle est atteinte par l'expérimentation, l'acceptation et la validation de l'interaction.
3. La reconnexion avec le temps. La personne y parvient par l'aperçu d'un futur positif, en assumant son passé, et en créant activement son présent et son avenir.

Il est intéressant de noter que ces composantes et celles des modèles de rétablissement psychologique et intégré partagent des caractéristiques. En effet, dans la reconnexion avec soi, Kartalova O'Doherty et al. décrivent l'acceptation de soi-même et la décision de commencer à se battre pour aller mieux, comme dans les composantes d'identité et de responsabilité. La reconnexion de soi-même avec les autres a des caractéristiques semblables à la connexion, puisqu'il s'agit de l'expérimentation, l'acceptation et la validation de l'interaction. Il en va de même pour la reconnexion avec le temps et l'espoir, lorsque les auteurs décrivent l'aperçu d'un futur positif.

3.3.1 Construction

J'ai créé ce modèle sur la base d'un seul article issu de la recherche bibliographique entre 2010 et 2015. Il s'agit d'une étude de 2012 de Kartalova-O'Doherty, Stevenson et Higgins. J'ai nommé leur définition du rétablissement « centré sur la reconnexion ».

Le but de Kartalova O'Doherty et al. (2012) était de développer une théorie de rétablissement personnel à partir du point de vue des personnes en cours de rétablissement, en Irlande. Les auteurs ont utilisé la méthode « Grounded Theory » classique. Il s'agit d'une méthode inductive : l'analyste part de l'observation de quelques participants pour construire une théorie générale.

Le thème de la recherche est défini, mais il n'y a pas de question de recherche précise.

La première étape de la Grounded Theory classique est de collecter les données initiales. Kartalova-O'Doherty et al. (2012) ont rédigé un guide d'entretien à propos du rétablissement, basé sur la littérature et sur des consultations avec des consommateurs de services de santé mentale. Ils ont ensuite effectué des interviews avec 6 participants fréquentant des centres d'accueil de jour.

Dans la Grounded Theory classique, après avoir conduit un petit nombre d'interviews, les analystes sélectionnent les prochains participants et lieux de recrutement selon les thèmes qui ont émergé de l'analyse des interviews. Cette technique est nommée « l'échantillonnage théorique » (Kartalova-O'Doherty et al., 2012). Les auteurs ont effectué une seconde collecte de données en interviewant 9 participants faisant partie de groupes de soutien. Puis, une dernière avec 17 participants allant à nouveau à des centres de jours. Le questionnaire se modifiait au fur et à mesure des conclusions des interviews.

Avec la Grounded Theory, l'analyse se fait dès la première collecte de données. Les techniques d'« émergence » et de « comparaison constante », caractéristiques de cette méthode, ont été utilisées par Kartalova-O'Doherty et al. (2012). Elles signifient que tous les thèmes qui émergent des interviews doivent être comparés entre eux. Ceci doit être fait au sein d'une interview et entre cette interview et toutes les autres, de manière constante (Kartalova-O'Doherty et al., 2012).

Le but de l'analyse est de trouver le thème qui se trouve au cœur des questionnements des participants. Le processus qu'ils utilisent pour y répondre doit être conceptualisé dans une théorie (Kartalova-O'Doherty et al., 2012). Les auteurs ont découvert que ce thème était l'effort pour se reconnecter avec la vie, à travers la reconnexion avec soi, avec les autres et avec le temps.

L'échantillonnage, les interviews, l'émergence et la comparaison constante ont continué jusqu'à ce que l'étude atteigne une saturation théorique. En

d'autres termes, jusqu'au moment où aucune nouvelle question ne pouvait venir exiger la modification de la théorie. Celle-ci a été atteinte au bout de l'analyse de 32 interviews (Kartalova-O'Doherty et al., 2012).

3.3.2 Données empiriques

Seule l'étude de Kartalova- O'Doherty et al. (2012) forme le modèle centré sur la reconnexion.

Aucune étude à propos de leur théorie n'a été trouvée. Selon moi, il y a deux raisons à cela. La première est qu'aucun instrument de mesure n'est fondé dessus. En effet, le modèle de rétablissement psychologique (Andresen et al., 2003) n'a été étudié qu'à travers les études sur le STORI et d'autres instruments qui se fondent sur ses composantes et étapes.

Une autre explication est que le modèle de Kartalova-O'Doherty se fonde sur le rétablissement en Irlande seulement. Il se peut que ce soit trop spécifique pour que des chercheurs soient intéressés par sa validité. En effet, le modèle de Leamy et al. (2011) qui forme le modèle intégré du rétablissement a été validé à deux reprises déjà. Il est basé sur une revue de toute la littérature sur le rétablissement personnel publiée en anglais et est plus généralisable que le modèle de Kartalova O'Doherty (2012).

Malgré le manque de preuves empiriques pour le modèle centré sur la reconnexion, les études de validation des autres modèles du chapitre 3 peuvent, selon moi, être appliquées à ses composantes. En effet, les composantes du modèle centré sur la reconnexion ont les mêmes caractéristiques que celles du modèle intégré. C'est le même cas pour le modèle de rétablissement composite, détaillé au sous-chapitre suivant.

3.4 Le modèle de rétablissement composite

Le modèle de rétablissement composite se fonde sur les composantes de quatre instruments de mesure de rétablissement personnel, développés entre 2010 et 2015. Il s'agit du seul modèle qui n'est pas basée sur une théorie établie, mais que j'ai construit sur la base d'instruments uniquement. Ces instruments sont :

1. « My Voice, my life », mesure développée par Gordon, Ellis, Siegert et Walkey.
2. « Individual Recovery Outcomes Counter », ou I.ROC, mesure développée par Penumbra, une charité de santé mentale en Ecosse.
3. « Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness », ou MARS, développé par une équipe de chercheurs.
4. « Mental Health Recovery Star », ou MHRS, développé par une équipe de professionnels et de consommateurs de services de santé mentale.

Le modèle de rétablissement composite comprend plusieurs catégories de composantes du rétablissement. D'abord, il contient celles du modèle intégré. Le tableau 4 montre comment l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion ont été extraits des quatre instruments de mesure.

Tableau 4

Présence des composantes du modèle intégré dans les mesures formant le modèle composite

	My voice, my life	IROC	MARS	MHRS
Espoir	Espoir et empowerment	Espoir pour l'avenir	Espoir	Confiance et espoir
Identité	-	Valeur donnée à soi-même	-	Identité et estime de soi
Sens	-	But et direction	Direction ou empowerment	-
Empowerment	Espoir et empowerment	Gestion de soi, Participation et contrôle	Responsabilité	Responsabilités
Connexion	Relations	Réseau social, Réseau personnel		Réseaux sociaux, Relations

Chaque instrument contient entre trois et cinq des composantes du modèle intégré. Il est intéressant de noter que l'espoir et l'empowerment figurent ensemble dans l'instrument « My voice, My life », ce qui n'est pas le cas dans le modèle intégré.

Ensuite, des composantes qui n'étaient pas dans les modèles présentés jusqu'ici se trouvent dans presque chacune des mesures. Il s'agit de :

1. La santé physique. Celle-ci est décrite comme étant « reliée à des domaines tels que le régime, l'exercice, le repos, le sommeil, la maladie, la douleur, la fumée et l'alcool, les médicaments pris, à quel point nous nous rétablissons bien et comment nous nous occupons généralement de nous-même » (Monger et al., 2013, p.223). Cette dimension apparaît dans My voice, my life, l'I.ROC, et le MHRS.
2. La santé mentale. Cette composante est considérée comme étant « reliée à l'équilibre de nos besoins physiques, émotionnels, sociaux et spirituels : les émotions, les sensations, l'optimisme, l'attention, les pensées, les croyances et une sensation de bien-être » (Monger et al., 2013, p.223). Il s'agit aussi de la capacité à communiquer (Gordon, Ellis, Siegert & Walkey, 2013). La santé mentale apparaît dans My voice, my life, l'I.ROC, et le MHRS.
3. Les compétences de vie. Il s'agit de « la palette de compétences que nous utilisons pour gérer les demandes quotidiennes » (Monger et al., 2013, p.223). Cette dimension est présente dans My voice, my life sous le nom de « vie quotidienne », ainsi que dans l'I.ROC et le MHRS.

Finalement, la dernière catégorie est formée de composantes qui n'apparaissent que dans une des mesures. Il s'agit de :

1. La spiritualité. Cette composante et les suivantes figurent dans My Voice, my life. Gordon et al. (2013) ne donnent pas d'indications quant à la définition de la spiritualité.
2. La culture. Elle est à comprendre dans le sens de l'identité, de la connexion, de la compréhension, de la collectivité, de l'inclusion et de l'interdépendance (Gordon et al., 2013).
3. La qualité de vie, qui est à interpréter comme le fait de s'amuser, de prendre du temps pour se détendre et d'avoir des passe-temps (Gordon et al., 2013).
4. Le rétablissement. Cette composante englobe le coping avec la maladie, les soins envers soi-même, le fait de rester loin du système de santé mentale, et la compréhension de la maladie (Gordon et al., 2013).

5. Les ressources. Selon Gordon et al. (2013), ces dernières sont souvent ignorées dans les théories sur le rétablissement personnel. Cependant, pour vivre dans un endroit sûr, bien manger, mais aussi participer à des activités qui ont du sens, l'on a généralement besoin de suffisamment de ressources (Gordon et al., 2013).
6. La satisfaction avec les services de santé mentale. Cette satisfaction, en particulier de la qualité des relations avec les professionnels de la santé mentale, affecte énormément les issues du rétablissement (Gordon et al., 2013). Il s'agit de la dernière composante issue de la mesure My voice, my life.
7. La sécurité et le confort. Cette composante et la suivante apparaissent dans l'IROC. « Notre chez-nous devrait être un endroit nous fournissant sécurité et confort, où nous pouvons nous reposer et nous détendre. Nous devrions aussi pouvoir habiter dans une maison qui nous convienne, pour laquelle nous avons les moyens et de laquelle nous sommes capables de nous occuper. Nous devrions également nous sentir en sécurité dans le quartier dans lequel nous habitons » (Monger et al., 2013, p.223).
8. L'exercice et l'activité. Cette composante est décrite comme englobant « la régularité de l'exercice ou de l'activité physique accomplie » (Monger et al., 2013, p.223). « L'exercice et l'activité » est à distinguer de la « santé physique », les deux étant présentes dans l'IROC.
9. Le travail. Cette composante et la suivante figurent dans le MHRS. Elle est décrite ainsi : « savoir ce que c'est que nous voulons faire, avoir les compétences et qualifications pour avoir le métier que l'on veut et pour chercher et garder un métier. Le bénévolat ou d'autres activités semblables au travail peuvent aussi être un but » (Dikens et al., 2012, p. 46).
10. Le comportement addictif. « Il s'agit de n'importe quel comportement addictif tel que l'usage de drogues ou d'alcool, de jeux, de nourriture et de shopping. Il est question d'à quel point l'on est conscient de problèmes que l'on pourrait avoir dans ce domaine et de si l'on travaille à réduire le mal qu'ils pourraient causer » (Dikens et al., 2012, p.46).

Généralement, certaines de ces composantes se retrouvent plutôt dans des mesures de rétablissement fonctionnel. Ces instruments évaluent le degré auquel une personne souffrant d'une maladie mentale sévère réussit à fonctionner de manière indépendante dans la société. C'est le cas pour la

santé physique, les compétences de vie, les ressources, la satisfaction avec les services, la sécurité et le confort, l'exercice et l'activité, le travail et le comportement addictif.

3.4.1 Construction

La recherche bibliographique effectuée dans ce travail a montré que quatre instruments de mesure de rétablissement personnel avaient été développés entre 2010 et 2015. Ils comprennent tous des composantes qui définissent l'expérience de rétablissement personnel. C'est à travers celles-ci que le niveau de rétablissement est mesuré, dans chacun des instruments.

Pour créer le modèle composite, j'ai dressé une liste de toutes les composantes et les ai comparées. Ensuite, j'ai créé des catégories relatives à leur fréquence d'apparition au sein des quatre instruments.

La description du développement des quatre instruments ci-dessous montre comment leurs auteurs ont identifié les composantes.

3.4.1.1 My Voice, My Life

L'instrument de mesure My Voice, my Life a été développée par Gordon et al. en 2013. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation du rétablissement personnel. Les auteurs se sont basés sur la littérature et sur des récits de consommateurs de services de santé mentale pour construire la version initiale de l'instrument. Il contenait 12 composantes et 127 items.

511 personnes souffrant de troubles mentaux graves ont complété cette version de l'instrument. Les données de 504 participants ont été analysées. Une analyse factorielle exploratoire et confirmatoire a montré qu'il ne comprenait en fait que 11 composantes distinctes du rétablissement personnel.

Un groupe de 15 consommateurs de services de santé mentale était présent à chaque étape de la sélection des items et a permis de réduire leur nombre à 65. Chaque composante a 3 à 10 items qui la décrivent (Gordon et al., 2013).

En 2014, Gordon et al. ont effectué une analyse factorielle en composantes principales de leur modèle. Elle a identifié 5 facteurs. Le tableau 5 montre la répartition des 11 composantes par rapport à ces 5 facteurs.

Tableau 5
Répartition des composantes de « My voice, My life » en cinq facteurs

« Faire partie et s'identifier »	« Être et faire »	« Penser et sentir »	Ressources	Satisfaction avec les services
Spiritualité	Santé physique	Rétablissement		
Culture	Vie quotidienne	Santé mentale		
Relations	Qualité de vie	Espoir et empowerment		

Chaque facteur correspond à un thème différent. Ce qui relie les composantes de spiritualité, de culture et de relations est le sentiment d'appartenance et d'identification à quelque chose.

Le lien entre les composantes de santé physique, de vie quotidienne et de qualité de vie est le sentiment d'exister physiquement, de faire.

Pour le rétablissement, la santé mentale, ainsi que l'espoir et l'empowerment, le thème est la pensée et la sensation.

La composante de satisfaction avec les services de santé mentale forme une dimension supérieure à elle seule. Selon Gordon et al. (2014) c'est parce qu'elle est entièrement différente des autres car elle n'est pas relative à l'existence de l'individu. En revanche, la satisfaction avec les services de santé mentale est une des composantes qui affecte le plus les issues du rétablissement personnel.

La composante de ressources forme elle aussi une dimension supérieure. Selon Gordon et al. (2013) elle est indépendante des autres, mais centrale dans la définition du rétablissement personnel. (Gordon et al., 2014).

3.4.1.2 Individual Recovery Outcomes Counter

L'Individual Recovery Outcomes Counter, ou I. ROC, a été développé par Penumbra, à partir de 2007. Ses 12 composantes ont été identifiées grâce à des récits d'expériences vécues, des données d'instituts de santé et de soin social dans le Royaume-Uni, et l'examen d'instruments existants. Depuis cette date, le questionnaire évolue grâce à des focus groups formés de consommateurs de services de santé mentale et de staff, afin d'améliorer sa validité de contenu (Monger, Ion, Henderson, Cumming, & Hardie, 2012).

Les composantes de l'I.ROC sont :

1. Santé mentale
2. Compétences de vie
3. Sécurité et confort
4. Santé physique
5. Réseau personnel
6. Valeur donnée à soi-même
7. Participation et contrôle
8. Gestion de soi
9. Exercice et activité
10. But et direction
11. Réseau social
12. Espoir pour l'avenir

3.4.1.3 Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness

Le Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness, ou MARS, est basé sur la définition du rétablissement du « Substance Abuse and Mental Health Services Administration », ou SAMHSA. Cette définition se fonde sur un consensus entre plus de 100 consommateurs de services de santé mentale, professionnels de la santé mentale, et scientifiques. SAMHSA a identifié 10 caractéristiques du rétablissement.

En 2012, Drapalski et al. sont l'auteur d'un article décrivant le développement du MARS. Cette mesure a été construite par une équipe de chercheurs ayant de l'expérience dans le domaine des maladies mentales sévères. Ils ont été aidés par un groupe d'experts et un panel de consommateurs. Afin de rendre la définition du SAMHSA opérationnelle,

six caractéristiques sur dix ont été retenues et sont devenues les six composantes du MARS. Il s'agit de :

1. Direction ou empowerment
2. Holistique
3. Non-linéaire
4. Basé sur les forces
5. Responsabilité
6. Espoir

Ensuite, les chercheurs ont créé des items pour chaque composante. Sur la base du feedback des experts et des consommateurs, quelques modifications y ont été apportées. La mesure contient finalement 67 items.

Une fois la version initiale du MARS finalisée, Drapalski et al. (2012) ont pris le relai de son développement. 166 consommateurs de services de santé mentale ont complété les 67 items. Drapalski et al. (2012) ont réalisé une analyse en composantes principales et une analyse factorielle confirmatoire, qui a montré que la mesure ne comprenait qu'un seul facteur contenant les 6 composantes. Cette analyse a aussi permis de sélectionner les 25 items les plus pertinents pour la version finale du MARS (Drapalski et al., 2012).

3.4.1.4 Mental Health Recovery Star

Le Mental Health Recovery Star, ou MHRS, a été développé suite à la demande du « Mental Health Providers Forum » (forum des fournisseurs de services de santé mentale) en 2010 au Royaume-Uni. Ses auteurs sont une équipe formée de professionnels de la santé mentale et de 114 consommateurs de services de santé mentale. L'outil se fonde sur la littérature à propos du rétablissement et sur des récits de consommateurs publiés. L'implication et le feedback des consommateurs a été essentielle dans le développement de la mesure. Ils étaient activement impliqués dans des workshops et dans la révision de la première et de la seconde version (MacKeith, 2011).

Le MHRS comprend dix composantes, qui sont :

1. Confiance et espoir
2. Santé mentale
3. Santé physique et soins envers soi-même
4. Identité et estime de soi
5. Réseaux sociaux
6. Responsabilités
7. Travail
8. Compétences de vie
9. Relations
10. Comportement addictif

3.4.2 Données empiriques

Des données empiriques ont été trouvées pour l'Individual Recovery Outcomes Counter et pour le Mental Health Recovery Star.

3.4.2.1 Individual Recovery Outcomes Counter

En 2013, Monger, Hardie, Ion, Cumming et Henderson ont proposé une première validation de la mesure Individual Recovery Outcomes Counter.

170 personnes qui recevaient des soins à la charité de santé mentale Penumbra ont complété l'IROC. Elles ont aussi effectué deux autres mesures de rétablissement personnel ; le Recovery Assessment Scale (RAS) (Corrigan et al., 1999) et le Behaviour and Symptom Identification Scale (BASIS-32) (Eisen, 1996). Le RAS et le BASIS-32 sont des instruments établis, qui ont déjà été testés et ont une bonne validité et fidélité.

Dans l'IROC et dans le RAS, des scores élevés indiquent une meilleure santé mentale. Dans le BASIS-32 c'est un système inverse : les scores les plus bas indiquent un meilleur bien-être.

La validité convergente de l'IROC a été évaluée par Monger et al. (2013) en comparant l'IROC au RAS et au BASIS-32. Des corrélations de Spearman ont été calculées pour les scores totaux des trois mesures. Les scores de l'IROC ont corrélé de manière significative et positive avec ceux du RAS ($r_s = 0.723$) et de manière significative et négative avec ceux du BASIS-32 ($r_s = -0.602$). Ceci montre que l'IROC a une validité convergente

acceptable et qu'il mesure bien, comme le RAS et le BASIS 32, des résultats qui sont ciblés sur le rétablissement (Monger et al., 2013).

La cohérence interne a aussi été calculée et le coefficient alpha de Cronbach était de 0.86, suggérant que les items sont bien reliés entre eux et au rétablissement personnel (Monger et al., 2013).

Finalement, une analyse factorielle exploratoire a été effectuée par Monger et al (2013). Celle-ci a donné deux facteurs que les auteurs nomment 'intra-personnel' et 'interpersonnel'. Les 12 composantes de l'I.ROC sont réparties dans ces deux facteurs. Le tableau 6 montre cette organisation.

Tableau 6
Répartition des composantes de l'I.ROC en deux facteurs

Intra-personnel (réflexion et changement)	Interpersonnel (regard vers l'extérieur et le futur)
Santé mentale	Exercice et activité
Compétences de vie	But et direction
Sécurité et confort	Réseau social
Santé physique	Espoir pour l'avenir
Réseau personnel	
Valeur donnée à soi-même	
Participation et contrôle	
Gestion de soi	

Les éléments intra-personnels sont des tâches pour lesquelles les individus sont responsables et qui les aident à reconstruire leur vie. Les éléments interpersonnels sont relatifs aux processus externes et aux relations de l'individu (Monger et al., 2013).

3.4.2.2 Mental Health Recovery Star

En 2012, Dickens, Weleminsky, Onifade et Sugarman ont exploré les propriétés psychométriques du Mental Health Recovery Star. 203 participants atteints de troubles mentaux graves ont complété la mesure.

La cohérence interne du MHRS a été calculée et est élevée. Tous les items ont corrélé de manière significative avec le score total ($r = 0.50-0.77$) et le coefficient alpha de Cronbach était de 0.85 (Dickens et al., 2012).

Les auteurs ont aussi montré que l'instrument est sensible au changement. Les 203 participants ont tous effectué le MHRS deux fois, avec un écart minimum de 42 jours entre les passages. 113 des participants ont complété la mesure une troisième fois, au moins 84 jours après le premier passage. Dickens et al. (2012) ont montré qu'il y avait eu un changement statistiquement significatif entre les trois réalisations du MHRS pour la majorité des composantes. La taille d'effet était petite entre la première et deuxième réalisation du MHRS (D de Cohen = 0.1-0.26) et petite à moyenne entre la deuxième et troisième réalisation (D de Cohen = 0.2-0.4).

Une analyse factorielle exploratoire a également été réalisée par Dickens et al. (2012) et a donné deux facteurs. Les dix composantes du MHRS et leur répartition au sein des facteurs 1 et 2 est illustrée dans le tableau 7.

Tableau 7

Répartition des composantes du MHRS en deux facteurs

Facteur 1	Facteur 2	Aucun facteur
Confiance et espoir	Responsabilités	Relations
Santé Mentale	Travail	Comportement addictif
Santé physique et soins envers soi-même	Compétences de vie	
Identité et estime de soi		
Réseaux sociaux		

Dickens et al. (2012) ont écrit qu'il n'était pas prévu que les composantes se séparent en une structure particulière, et que pour cette raison il n'y a pas de théorie explicative pour les facteurs 1 et 2. Toutefois, les auteurs ont avancé que les composantes du facteur 1 pourraient représenter la gestion interne et les relations personnelles et celles du facteur 2, la gestion externe et les relations externes. Les auteurs ne donnent pas de définition précise de ces deux thèmes.

La composante de réseaux sociaux est responsable pour la majeure partie de la variance du facteur 1 car elle définit le rétablissement comme une expérience profondément personnelle, située dans un contexte social (Dickens et al., 2012). La composante de relations se trouve dans aucun des facteurs. Elle ne correspond pas aux relations personnelles de la personne, car elles sont incluses dans la composante de réseaux sociaux, mais à une relation dyadique et intime (Dickens et al., 2012). Pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, établir une relation intime est un challenge d'un autre ordre que la gestion de relations de pairs ou de collègues (Dickens et al., 2012).

En 2012, Killaspy, White, Taylor et King ont aussi étudié les qualités psychométriques du MHRS. Afin de valider cet instrument, 292 participants ont été recrutés, dont 172 consommateurs de services de santé mentale et 120 membres du staff de ces services.

Les auteurs ont calculé la fidélité test-retest de l'instrument, qui est bonne. Les coefficients de corrélation intra-classe pour chacune des 10 composantes sont de 0.71 à 0.82 (Killaspy et al., 2012).

Les auteurs ont aussi étudié la validité convergente de l'instrument. Pour ceci, ils ont effectué des comparaisons avec le Mental Health Recovery Measure, ou MHRM, qui mesure également le rétablissement personnel et montre une bonne validité convergente. Killaspy et al. (2012) ont calculé les coefficients de corrélation de Bravais-Pearson entre chaque composante du MHRS et les sept échelles et le score total du MHRM. Malheureusement, le niveau de convergence n'est pas acceptable ($r=0.32$ en moyenne) et Killaspy

et al. (2012) en ont conclu que le MHRS ne mesure pas le rétablissement personnel.

3.4.2.3 Synthèse des données empiriques

Le tableau 8 résume les qualités psychométriques des instruments formant le modèle de rétablissement composite.

Tableau 8
Indices psychométriques de l'I.ROC et du MHRS

	I.ROC	MHRS
Validité convergente	Bonne : $r=0.723$ et -0.602	Mauvaise : $r=0.32$
Cohérence interne	Bonne : 0.86 Analyse factorielle effectuée : 2 facteurs	Bonne : 0.85 Analyse factorielle effectuée : 2 facteurs
Sensibilité	Aucune information	Mesure sensible au changement
Fidélité test-retest	Aucune information	Bonne : 0.71- 0.82

Des études de validation ont été trouvées uniquement pour l'I.ROC et le MHRS. Pour l'instant, seules des études au sujet du développement des instruments My voice, My life et MARS existent.

La validité convergente de l'I.ROC est bonne : ses scores totaux corrélerent de manière significative et positive avec ceux du RAS ($r=0.723$) et significative et négative avec ceux du BASIS-32 ($r=-0.602$) ce qui indique que l'I.ROC mesure le rétablissement personnel, tout comme le RAS et le BASIS-32 (Monger et al., 2013). Les 12 composantes de l'I.ROC seraient alors centrales dans la définition du rétablissement personnel. Ce n'est cependant pas le cas du MHRS. Le niveau de convergence entre cet instrument et le MHRM est bas, et il n'est pas possible de tirer les mêmes conclusions que pour l'I.ROC.

La cohérence interne des deux instruments est élevée, suggérant que les items mesurent tous le même processus. Malgré la validité convergente non-significative du MHRS, l'instrument est aussi sensible au changement et présente une bonne fidélité test re-test. De nouvelles recherches quant à la validité du MHRS pour mesurer le rétablissement personnel sont nécessaires.

3.5 Conclusion du chapitre

Les quatre modèles trouvés à partir des articles de la recherche bibliographique entre 2010 et 2015 englobent diverses composantes. L'avis de consommateurs de services de santé mentale a été pris en compte dans la construction de chaque modèle, ce qui est un signe positif quant à la validité de ces composantes pour définir le rétablissement personnel. Toutefois, seuls les modèles intégrés et composite présentent des études de validation.

Les composantes formant le modèle intégré du rétablissement sont présentes dans chaque modèle (sauf la connexion dans le modèle de rétablissement psychologique, et le sens dans le modèle de rétablissement centré sur la reconnexion).

L'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion ont été validés à travers une revue de la littérature proposée par Slade et al. en 2012 et des focus groups organisés par Leamy et al. (2014).

Parmi les 12 composantes de l'I.ROC, il y en a cinq qui, malgré des noms différents, ont les mêmes caractéristiques que celles du modèle intégré (cf tableau 4) et ont aussi été validées. Ces cinq composantes sont donc essentielles pour définir le rétablissement personnel.

Cependant, des composantes se trouvant habituellement dans des mesures de rétablissement fonctionnel sont présentes dans les modèles de ce chapitre. L'étude de Leamy et al (2014) souligne le besoin de support pratique aux yeux des participants. L'I.ROC contient les composantes de santé physique et de compétences de vie, qui sont aussi dans My voice, my life et dans le MHRS. Ces instruments ont été créés en incluant l'avis des consommateurs, ce qui souligne l'importance de ces deux composantes à leurs yeux. Finalement, l'I.ROC contient aussi la sécurité et le confort ainsi que l'exercice et l'activité.

Les personnes souffrant de troubles mentaux soulignent l'importance de ces besoins fonctionnels, qui sont très différents de la définition d'Andresen et al. (2003). Les composantes du rétablissement personnel semblent avoir évolué.

4. Etapes du rétablissement personnel

La revue de la littérature entre 2010 et 2015 montre qu'à côté de la définition de rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003), d'autres visions des étapes du rétablissement personnel apparaissent. L'on peut synthétiser ces résultats en deux modèles supplémentaires au modèle de rétablissement psychologique. Le tableau 9 expose ces modèles.

Tableau 9

Etapes du rétablissement personnel entre 2010 et 2015

Modèle	Auteurs	Etapes
Modèle de rétablissement psychologique	Weeks et al. (2011) ; Andresen et al. (2013) ; Lemos-Giraldez et al. (2015)	1. Moratoire 2. Conscience 3. Préparation 4. Reconstruction 5. Croissance
Modèle de rétablissement centré sur la reconnexion	Kartalova-O'Doherty et al. (2012)	1. Déconnexion avec la vie 2. Aperçu d'un futur positif 3. Décision de se battre et acceptation du passé 4. Planification et exécution de buts 5. Transformation de mauvais jours en bons jours
Modèle de rétablissement centré sur la perte	Henderson (2010)	1. Récupération 2. Aller de l'avant 3. Regagner ce qui était perdu

J'ai choisi le nom de « modèle centré sur la reconnexion » pour la conception de Kartalova-O'Doherty et al. (2012) car ces auteurs identifient des étapes qui mènent de la déconnexion à la reconnexion avec la vie, dans le processus de rétablissement. Ce modèle se fonde seulement sur l'étude de Kartalova-O'Doherty et al. (2012). Il s'agit de la même étude que celle qui a été utilisée pour construire le modèle du même nom dans le chapitre 3, et les composantes et les étapes sont donc liées.

Seuls les modèles centré sur la reconnexion et de rétablissement psychologique englobent des composantes et des étapes, et ont un lien avec le chapitre 3.

J'ai nommé le dernier modèle « centré sur la perte ». Il est uniquement basé sur une étude de Henderson (2010). Selon cet auteur, le but des personnes en rétablissement est de surmonter la perte (de santé mentale, psychologique, sociale) qu'ils subissent à cause de leur trouble mental.

4.1 Le modèle de rétablissement psychologique

Les étapes du modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003) sont définies comme suit:

1. Le moratoire, qui est la première étape du processus de rétablissement psychologique. Elle est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, la confusion de l'identité et le retrait pour se protéger.
2. La conscience, qui est la seconde étape. La personne malade a un premier aperçu d'espoir d'une vie meilleure, d'un rétablissement possible, et d'une conscience d'un soi autre que malade.
3. La préparation, qui est la troisième étape. A ce stade, la personne commence à travailler à son rétablissement. Elle réfléchit à ses valeurs, forces et faiblesses. Elle apprend des choses sur sa maladie et les services disponibles et elle assiste à des séances de groupes de soutien.
4. La reconstruction, qui est la quatrième étape. Ici, la personne travaille pour se forger une identité positive et pour se créer des buts qui ont de la valeur et du sens pour elle. Elle essaye aussi de prendre la responsabilité de la gestion de sa maladie et d'avoir du contrôle sur sa vie. La personne prend des risques dans cette étape et il est possible qu'elle subisse des échecs. Dans ce cas, elle devra essayer encore.
5. La croissance, qui est la cinquième et dernière étape. A ce stade, la personne n'est pas forcément libre de symptômes mais sait comment rester bien et gérer sa maladie. Elle est résiliente face aux échecs, a une attitude positive, et a foi en ses capacités. Elle se réjouit du futur. Elle a une image positive de soi, et l'impression que la maladie a fait d'elle une meilleure personne.

4.1.1 Construction

Pour identifier les étapes du rétablissement psychologique, Andresen et al. (2003) ont effectué une revue de la recherche qualitative, des articles et des récits de consommateurs de services de santé mentale à propos du rétablissement.

Les auteurs ont trouvé cinq études qui distinguaient des étapes dans ce processus. Il s'agit de celles de Davidson et Strauss (1992), Baxter et Diehl (1998), Young et Ensing (1999), Pettie et Triolo (1999), ainsi que Spaniol, Wewiorski, Gagne et Anthony (2000). Chacun de ces modèles comprend

entre deux et quatre étapes. En se basant sur ceux-ci, Andresen et al. (2003) élaborent les cinq étapes du rétablissement psychologique.

Puisqu'Andresen et al. (2003) font une revue de la littérature, leur travail est représentatif de l'état de la recherche au début des années 2000.

4.1.2 Données empiriques

Trois articles identifiés dans la recherche bibliographique entre 2010 et 2015 décrivent l'étude des étapes du modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003). L'une de ces études est écrite par Andresen et al., en 2013. Les auteurs décrivent le développement d'un nouvel instrument de mesure : le STORI-30. Cet instrument se fonde sur les étapes de leur modèle de 2003 (Andresen et al., 2003).

Les deux autres études (Weeks, Slade & Hayward, 2011 ; Lemos-Giraldez et al., 2015) ont pour but d'examiner la validité des étapes du modèle de rétablissement psychologique.

En 2011, Weeks, Slade et Hayward ont effectué une étude de validation du STORI (Andresen et al., 2006). Ces auteurs ont décidé d'étudier cet instrument avec un échantillon du Royaume-Uni, car le développement du STORI en 2006 par Andresen et al. avait été fait en Australie.

Weeks et al. (2011) ont recruté 52 personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ces personnes étaient issues de trois centres de santé mentale (un centre de réhabilitation, un service d'intervention précoce pour la psychose, et le service de rétablissement d'un hôpital) à Londres. Ces personnes ont complété le STORI, un questionnaire de feedback, ainsi que le Recovery Assessment Scale (RAS), développé par Corrigan et al. en 1999.

En 2013 Andresen et al. ont développé une mesure nommée le STORI-30. Il s'agit d'une version raccourcie du STORI, qu'ils ont développé en 2006. Le STORI comporte 50 items. Le STORI-30 a été construit en identifiant les 30 items les plus performants du STORI. Les auteurs ont ensuite utilisé les données des participants de l'étude de Weeks et al. (2011) afin de tester le STORI-30

En 2015, Lemos-Giraldez et al. ont effectué une étude de validation du STORI. Dans leur article, ces auteurs testent la validité des étapes de l'instrument avec un échantillon de personnes de nationalité espagnole. Celui-ci comporte 95 personnes souffrant de troubles mentaux graves.

A travers les trois études, la cohérence interne, la validité convergente et la relation ordinale des étapes a été examinée. Une analyse factorielle a aussi été effectuée dans les trois cas.

4.1.2.1 Cohérence interne

Weeks et al. (2011) ont étudié la cohérence interne des cinq sous-échelles du STORI, relatives aux cinq étapes du rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003). Les coefficients α de Cronbach se situent chacun entre 0.81 et 0.87. Ces résultats indiquent une bonne homogénéité pour chaque sous-échelle.

Andresen et al. (2013) ont effectué le même calcul pour les cinq sous-échelles du STORI-30, aussi relatives aux cinq étapes du rétablissement psychologique. Les coefficients alpha de Cronbach sont bons. Ils se situent entre 0.77 et 0.85.

Dans l'étude de Lemos-Giraldez et al. (2015), les résultats sont similaires. Les coefficients alpha de Cronbach se situent entre 0.83 et 0.87.

4.1.2.2 Validité convergente

Weeks et al. (2011) ont examiné la validité convergente du STORI en calculant les corrélations de Pearson entre les scores des étapes du STORI et le score total du RAS. Pour l'étape du moratoire, la corrélation est significative et négative ($r = -0.640$), ce qui montre que les personnes qui se trouvent dans cette étape sont « très peu rétablies » selon le RAS. Il se passe l'inverse avec les étapes plus élevées. La corrélation entre l'étape de la croissance et le score total du RAS est de $r = 0.735$ (Weeks et al., 2011).

Andresen et al. (2013) ont fait le même calcul. Les résultats sont exposés dans le tableau 10.

Tableau 10
Validité convergente des sous-échelles du STORI

Étape du STORI	Score total du RAS
Moratoire	$r = -0.65$
Conscience	$r = 0.11$
Préparation	$r = 0.40$
Reconstruction	$r = 0.62$
Croissance	$r = 0.77$

La corrélation avec le score total du RAS est significative et négative pour l'étape du moratoire, devient positive dès l'étape de la conscience, et est significative et positive pour l'étape de la croissance. Ces résultats montrent que le rétablissement personnel est mesuré à travers le STORI (Andresen et al., 2013).

Lemos-Giraldez et al. (2015) ont étudié la validité convergente du STORI en comparant ses étapes avec le score total du Recovery Styles Questionnaire, ou RSQ. Le RSQ a été développé par Drayton, Birchwood et Trower en 1998. Il mesure le rétablissement personnel de la psychose, et comprend cinq étapes. La première étape se nomme la fermeture. La deuxième est la tendance à la fermeture. La troisième est le mélange entre la fermeture et l'intégration. La quatrième est la tendance vers l'intégration. La cinquième est l'intégration et est l'étape de rétablissement la plus élevée. Le RSQ a été testé dans le passé et montre de bonnes propriétés psychométriques. Son coefficient de corrélation test-retest est de $r = 0.81$, et l'alpha de Cronbach mesurant sa cohérence interne est de 0.73 (Lemos-Giraldez et al., 2015).

Les scores du RSQ peuvent se situer entre 0 et 78. Les scores élevés représentent une tendance plus forte vers l'intégration.

Les résultats du calcul de Lemos-Giraldez et al. (2015) sont les suivants. La corrélation entre l'étape du moratoire et le score total du RSQ est de $r =$

-0.17 ; pour la conscience : $r = 0.31$; pour la préparation : $r = 0.29$; pour la reconstruction, $r = 0.26$; et pour la croissance : $r = 0.33$.

Il n'y a pas une croissance frappante d'étape en étape, comme dans les études de Weeks et al. (2011) et Andresen et al. (2013). Cela est probablement dû à l'utilisation du RSQ, et non du RAS dans l'étude de Lemos-Giraldez et al. (2015).

4.1.2.3 Validité de construit

Weeks et al. (2011) ont évalué la validité de construit du STORI. Puisque le modèle de rétablissement psychologique postule que les étapes sont séquentielles, des corrélations positives étaient attendues entre les étapes proches, et des corrélations négatives étaient attendues entre les étapes lointaines. Weeks et al. (2011) ont calculé les corrélations de Bravais-Pearson entre les scores de chacune des cinq sous-échelles relatives aux étapes (Weeks et al., 2011).

Les résultats montrent que les attentes de Weeks et al. étaient justes. Le coefficient de corrélation entre l'étape du moratoire et l'étape de la croissance est de $r = -0.479$. Celui entre l'étape de la conscience et l'étape de la préparation est de $r = 0.794$.

Andresen et al. (2013) ont effectué le même calcul. Le tableau 11 expose les résultats.

Tableau 11
Valeur ordinale des étapes du STORI

Etapes	Moratoire	Conscience	Préparation	Reconstruction
Conscience	$r = 0.09$			
Préparation	$r = -0.17$	$r = 0.76$		
Reconstruction	$r = -0.49$	$r = 0.40$	$r = 0.78$	
Croissance	$r = -0.51$	$r = 0.17$	$r = 0.59$	$r = 0.70$

Les sous-échelles adjacentes, comme celles des étapes de la préparation et de la reconstruction, ont des corrélations positives. Les étapes plus lointaines, comme le moratoire et la croissance, ont des corrélations

négatives. Ceci soutient la valeur séquentielle des échelles (Andresen et al., 2013).

Lemos-Giraldez et al. (2015) font le même calcul. Ces auteurs trouvent plus ou moins les mêmes résultats. En revanche, ils pensent que les corrélations significatives et positives entre étapes adjacentes (entre la conscience et la préparation, ou entre la préparation et la reconstruction), que l'on remarque dans le tableau 11, remettent en question l'existence de cinq étapes dans le rétablissement psychologique (Lemos-Giraldez et al., 2015).

4.1.2.4 Analyse factorielle

Weeks et al. (2011) ont effectué une analyse hiérarchique de clusters avec la méthode de Ward. Leur but était de voir si les items du STORI se regroupaient en cinq clusters représentant les cinq étapes du rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003). Les auteurs ont procédé quatre fois à l'analyse, pour identifier des solutions à deux, trois, quatre et cinq clusters. Un examen visuel des dendrogrammes issus de cette analyse a démontré que le modèle à trois clusters était celui qui correspondait le mieux aux données. Weeks et al. (2011) ont aussi calculé les corrélations entre les 3 clusters et le score total du RAS. Le tableau 12 illustre ceci.

Tableau 12

Les trois clusters issus de l'analyse des étapes du modèle de rétablissement psychologique

<p>Cluster 1</p> <p>Corrélation avec le score total du RAS : r=-0.643</p>	<p>7 items.</p> <p>Tous compris dans l'étape du moratoire. Exemple d'item de l'étape moratoire : <i>J'ai l'impression que ma vie a été gâchée par cette maladie.</i></p>
<p>Cluster 2</p> <p>Corrélation avec le score total du RAS : r=0.323</p>	<p>23 items.</p> <p>3 de l'étape moratoire.</p> <p>9 de l'étape conscience. Exemple d'item de l'étape conscience : <i>Je commence à penser que je pourrais faire quelque chose pour m'aider.</i></p> <p>8 de l'étape préparation. Exemple d'item de l'étape préparation : <i>Je suis en train de commencer à apprendre des choses sur la maladie mentale et sur comment je peux m'aider.</i></p> <p>3 de l'étape reconstruction. Exemple d'item de l'étape reconstruction : <i>Ces jours, je suis en train de travailler sur certaines choses qui sont importantes pour moi.</i></p>
<p>Cluster 3</p> <p>Corrélation avec le score total du RAS : r=0.745</p>	<p>20 items.</p> <p>1 de l'étape conscience.</p> <p>2 de l'étape préparation.</p> <p>7 de l'étape reconstruction.</p> <p>Tous les 10 items de l'étape croissance. Exemple d'item de l'étape croissance : <i>Ma vie est vraiment bien maintenant, et le futur paraît lumineux.</i></p>

Le STORI comprend 50 items. Chaque étape a 10 items qui la représentent. Les résultats de l'analyse de Weeks et al. (2011) montrent que le cluster 1 contient uniquement des items de l'étape du moratoire. La majorité des items des étapes de la conscience et de la préparation se trouvent dans le cluster 2. La majorité des items de l'étape de la reconstruction et tous les

items de l'étape de la croissance se trouvent dans le cluster 3. Pour rappel, Andresen et al. (2006) avaient effectué la même analyse lors de leur étude de développement du STORI en 2006. Ces auteurs avaient aussi trouvé une structure en trois clusters.

La corrélation entre le cluster 1 et le score total du RAS est significative et négative. Celle du cluster 2 est moyenne, et celle du cluster 3 est significative et positive. La validité convergente du modèle à 3 clusters est bonne.

Andresen et al. (2013) ont effectué une analyse factorielle exploratoire des items. Celle-ci a montré quatre facteurs.

Le premier facteur contient tous les items de l'étape du moratoire. Le second facteur contient tous les items des étapes de la conscience et de la préparation, et trois items de l'étape de la reconstruction. Le troisième facteur comprend quatre items de l'étape de la reconstruction, et un item de l'étape de la croissance. Le quatrième facteur contient cinq items de l'étape de la croissance et un item de l'étape de la reconstruction.

Lemos-Giraldez et al. (2015) ont également effectué une analyse de clusters avec la méthode de Ward, et ont constaté qu'une structure en trois clusters était ce qui correspondait le mieux aux données. Ce résultat montre, comme les analyses d'Andresen et al. en 2006 et en 2013, et de Weeks et al. en 2011, qu'un modèle à cinq étapes n'est pas ce qui convient le mieux.

4.2 Le modèle de rétablissement centré sur la reconnexion

Le modèle centré sur la reconnexion contient cinq étapes de rétablissement. La personne souffrant de troubles mentaux graves est d'abord déconnectée avec sa vie. A travers les étapes, elle s'y reconnecte progressivement (Kartalova O'Doherty et al., 2012).

La reconnexion avec la vie est définie à travers les trois composantes qui sont présentées dans le chapitre 3.3. Il s'agit de la reconnexion avec soi, avec les autres, et avec le temps.

Les étapes du modèle centré sur la reconnexion sont exposées dans la figure 2.

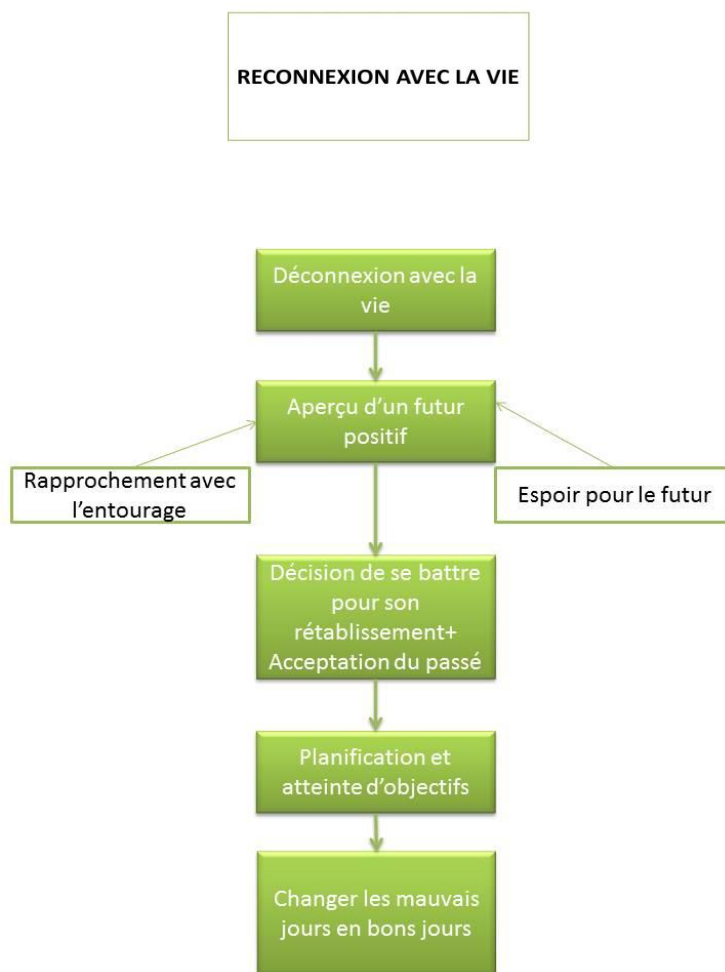


Figure 2 : Etapes du modèle centré sur la reconnexion

1. Dans la première étape du modèle centré sur la reconnexion, la personne est déconnectée avec sa vie. Cela signifie qu'elle est déconnectée avec soi-même. La personne ne s'accepte pas, ne se considère pas comme une personne digne, et ne croit pas qu'elle est capable de changer. Elle est aussi déconnectée avec les autres : elle ne veut pas de l'aide qui lui est proposée par les gens qui l'entourent, et ne se sent pas acceptée telle qu'elle est par eux. Finalement, elle est déconnectée avec le temps, c'est-à-dire qu'elle ne pense ni au présent, ni au futur.
2. Dans la deuxième étape, la personne a un aperçu d'un futur positif. Elle commence donc à se reconnecter avec le temps. Cet aperçu signifie qu'elle se rend compte qu'un futur positif est possible et qu'elle est capable de changer. Elle commence donc à se reconnecter avec elle-même. Cette expérience est déclenchée parce que la personne s'est rapprochée de son entourage et se sent acceptée. Elle commence donc à se reconnecter avec les autres. Kartalova O'Doherty et al. (2012) expliquent que si la personne est traitée avec gentillesse et qu'elle se sent encouragée, ce sera plus facile pour elle de s'accepter et d'être motivée à changer. L'aperçu d'un futur positif peut aussi être déclenché parce que la personne espérait que son futur serait positif.
3. Dans la troisième étape, la personne prend la décision de se battre pour son rétablissement. Cette décision doit venir de la personne, qui se reconnecte donc davantage avec elle-même. Pour pouvoir agir, la personne a besoin d'accepter son passé, et donc de se reconnecter davantage avec le temps. La personne a besoin de plusieurs tentatives pour accepter son passé, il s'agit d'un long processus. Pour y arriver, la personne a besoin d'être écoutée, et de recevoir un feedback positif de la part de son entourage. Elle se reconnecte donc davantage avec les autres.
4. Dans la quatrième étape, la personne commence à se planifier des objectifs et à les atteindre. Elle se rend compte de ce dont elle est capable, et compare sa vie actuelle avec son passé, plus négatif. D'énormes progrès ont été accomplis par rapport à la reconnexion avec le temps. La personne sait ce dont elle est capable, et son estime de soi a été développée. Les progrès ont donc aussi été faits par rapport à la reconnexion avec soi-même. Dans cette étape, la personne est capable d'échanger avec les autres. Elle ne reçoit plus seulement de l'aide de leur part, elle est aussi capable d'en donner. La reconnexion avec les autres est également réussie.

5. Dans la cinquième étape, la personne est capable de changer les mauvaises journées en bonnes journées.

Les mauvaises journées sont celles où la personne se sent triste, anxieuse, fatiguée ou seule. La personne peut les changer en bonnes journées, qui se déroulent sans effort, ainsi qu'avec joie et optimisme.

Elle en est capable car elle est reconnectée avec soi-même, avec les autres et avec le temps, et peut utiliser les stratégies qu'elle a apprises au long de son processus de rétablissement. Par exemple, elle peut planifier des buts à court-terme ou discuter avec ses proches.

Dans cette étape, la personne accepte qu'il y aura toujours des mauvais jours dans la vie mais qu'ils peuvent être modifiés.

4.2.1 Construction

J'ai créé ce modèle sur la base d'un seul article issu de la recherche bibliographique entre 2010 et 2015. Il s'agit d'une étude de 2012 de Kartalova-O'Doherty et al. Ces auteurs ont développé une théorie de rétablissement personnel du point de vue des personnes en cours de rétablissement, en Irlande. Dans cette théorie, ils décrivent les étapes du rétablissement, ainsi que les composantes autour desquelles les étapes s'organisent (chapitre 3.3).

Les cinq étapes ne sont toutefois pas décrites de manière explicite dans l'étude de Kartalova-O'Doherty. Les auteurs ont brièvement expliqué le processus de rétablissement, sans évoquer le nombre d'étapes. En revanche, ils ont donné plusieurs exemples de la manière dont la reconnexion avec soi, avec les autres et avec le temps évoluaient. J'ai dû faire un travail de transposition de ces exemples, sur leur brève description du processus de rétablissement. De cette manière, j'ai remarqué que l'on pouvait distinguer cinq étapes dans leur conceptualisation.

Pour construire leur théorie, les auteurs ont utilisé la méthode « Grounded Theory » classique et leur processus est décrit dans le chapitre 3.3.1.

Le but de l'analyse avec la Grounded Theory est de trouver le thème qui se trouve au cœur des questionnements des participants. Le processus qu'ils utilisent pour y répondre doit être conceptualisé dans une théorie. Kartalova O'Doherty et al. (2012) ont découvert que ce thème était l'effort pour se reconnecter avec la vie, à travers la reconnexion avec soi, avec les autres et

avec le temps. Le processus qu'ils utilisent pour y répondre est une progression graduelle de la déconnexion jusqu'à la reconnexion avec la vie, à travers les cinq étapes. C'est pourquoi j'ai nommé leur définition du rétablissement « centré sur la reconnexion ».

4.2.2 Données empiriques

Aucune étude de validation n'a été trouvée pour la théorie de Kartalova-O'Doherty et al. (2012). Deux explications ont été données dans le chapitre 3.3.2 (aucun instrument de mesure n'est fondé sur cette théorie, et elle se fonde sur le rétablissement en Irlande seulement).

La structure des étapes du modèle centré sur la reconnexion et du modèle de rétablissement psychologique est semblable. Dans la première étape de ces deux modèles, la personne ne s'accepte pas et ne prend aucune responsabilité dans son rétablissement. Dans la deuxième étape, elle a un aperçu d'un futur positif, d'un rétablissement possible. Dans la troisième étape, la personne se prépare au changement, notamment en acceptant son passé. Dans la quatrième étape, la personne se reconstruit, notamment en se fixant des objectifs et en les atteignant. Finalement, dans la cinquième étape, la personne n'est pas forcément libre de ses symptômes. Cependant, elle sait rester positive et surmonter les mauvaises journées.

Les données empiriques trouvées à propos du modèle de rétablissement psychologique ne soutiennent pas les cinq étapes de ce modèle. Ces données empiriques ne peuvent donc pas soutenir la structure du modèle centré sur la reconnexion.

4.3 Le modèle de rétablissement centré sur la perte

Dans le modèle de rétablissement centré sur la perte, le problème majeur des personnes souffrant de troubles mentaux graves est la perte qu'ils ont vécue à cause de leur maladie. Cette perte inclut la perte de la santé mentale, la perte psychologique (par exemple l'estime de soi) et la perte sociale. Ce modèle englobe trois étapes de rétablissement, à travers lesquelles les personnes vont surmonter cette perte (Henderson, 2010). La figure 3 expose les trois étapes.

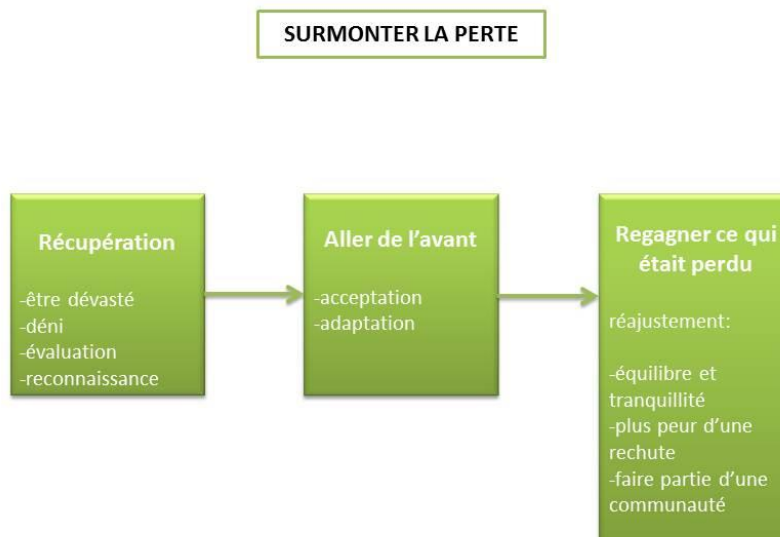


Figure 3 : Etapes du modèle de rétablissement centré sur la perte

1. La première étape se nomme la récupération. Elle est caractérisée par quatre éléments.

- I. Etre dévasté par la maladie. La personne est paralysée par les effets de la maladie et a peur d'une rechute
- II. Le déni. Les personnes ne veulent pas admettre qu'elles ont un trouble mental.

- III. L'évaluation. Les personnes peuvent procéder de manière active et faire des recherches à propos de leur maladie. Elles peuvent aussi procéder de manière passive et compter sur les informations données par les professionnels de la santé mentale.
- IV. La reconnaissance. Les personnes se rendent compte de l'expérience qu'elles sont en train de vivre.

2. La deuxième étape du modèle centré sur la reconnexion se nomme « aller de l'avant ». Elle est caractérisée par deux éléments.

- I. L'acceptation. Les personnes reconnaissent qu'elles ne sont plus capables de faire autant de choses qu'avant, et qu'elles vont devoir faire des changements dans leur mode de vie.
- II. L'adaptation. Il s'agit de la manifestation comportementale de l'acceptation. Les personnes changent notamment leur manière de penser, de travailler et leur vie sociale.

3. La troisième étape se nomme « regagner ce qui était perdu ». Les personnes se réajustent à leur situation, de trois façons.

- I. En retrouvant un sentiment d'équilibre et de tranquillité d'esprit.
- II. En n'ayant plus peur d'une rechute, mais en acceptant la possibilité que cela puisse arriver.
- III. En ayant l'impression de faire partie d'une communauté plus large.

4.3.1 Construction

J'ai construit ce modèle sur la base d'un seul article issu de ma recherche bibliographique. Il s'agit d'un article de 2010 de Henderson. Cet auteur avait pour but d'étudier le processus de rétablissement personnel, du point de vue des consommateurs de services de santé mentale en Australie.

Dans sa théorie, Henderson (2010) définit trois étapes de rétablissement, ainsi que des facteurs qui rendent plus facile ce processus (comme par exemple la spiritualité). Sa théorie n'englobe donc pas les composantes qui définissent le rétablissement personnel.

A travers les trois étapes, les personnes surmontent la perte qu'elles ont subie à cause de leur trouble mental. La perte de santé mentale, la perte psychologique et la perte sociale sont englobées dans la perte. Cependant ce

ne sont pas des composantes : elles ne définissent pas le rétablissement dans la théorie de Henderson (2010) puisque les personnes peuvent se rétablir dans un seul, ou plusieurs de ces types de perte à la fois. Quoiqu'il en soit, les étapes restent pareilles.

Pour construire sa théorie, Henderson (2010) a utilisé la méthode Grounded Theory classique. Pour rappel, la méthode Grounded Theory est décrite dans le chapitre 3.3.1.

Henderson (2010) a effectué des entretiens non-structurés avec des personnes souffrant de troubles mentaux graves, et fréquentant un service de santé mentale communautaire pour adultes à Perth, en Australie.

La technique de la « comparaison constante » a directement été utilisée pour analyser les interviews. Elle signifie que lors de l'analyse, tous les thèmes qui émergent doivent être comparés entre eux, et avec les thèmes qui émergent de l'analyse des autres interviews. Henderson (2010) a aussi fait des comparaisons avec la littérature.

Chaque personne a été interviewée trois fois. La première interview avait pour but de traiter des questions administratives. La deuxième, d'explorer l'expérience de rétablissement du participant. La troisième, d'examiner les thèmes trouvés lors de l'analyse de la deuxième volée d'interviews.

Les interviews et la comparaison constante ont été pratiquées jusqu'à saturation des données. Henderson a pu s'arrêter après s'être entretenu avec 15 personnes.

Le but de l'analyse de Henderson (2010) était de dégager le thème au cœur des réflexions des participants. Ce thème a été identifié comme étant la perte. Henderson (2010) avait pour but de conceptualiser la manière dont les participants surmontaient la perte (Henderson, 2010).

4.3.2 Données empiriques

Ce modèle est seulement basé sur une étude de Henderson (2010). Aucune donnée empirique n'a été trouvée pour sa théorie. Selon moi, il y a deux raisons à cela. Les mêmes raisons sont données dans le chapitre 3.3.2.

Une des raisons est qu'aucun instrument de mesure n'est fondé sur la théorie de Henderson (2010). En effet, le modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003), par exemple, a été étudié à travers le Stages of Recovery Instrument ainsi que d'autres instruments qui se fondent sur ses composantes et étapes.

Il serait difficile de créer un instrument de mesure du rétablissement personnel basé sur la théorie de Henderson (2010) car elle ne définit pas de composantes mesurables. En revanche, cette théorie aurait pu être validée autrement (par une revue de la littérature, notamment).

Cela n'a pas été fait entre 2010 et 2015, et selon moi, la raison est que cette théorie se base sur une population trop spécifique. La théorie de Henderson se fonde sur le point de vue de 15 consommateurs de services de santé mentale à Perth, en Australie.

4.4 Conclusion du chapitre

Trois modèles d'étapes du rétablissement personnel ont été présentés dans ce chapitre. L'avis des consommateurs de services de santé mentale a été pris en compte dans la construction de chaque modèle, ce qui est un signe positif quant à la validité de ces étapes pour définir le rétablissement personnel.

Les modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion contiennent cinq étapes. Le modèle centré sur la perte en comprend trois. Toutefois, les étapes des trois modèles ont des caractéristiques similaires :

1. La personne souffrant d'un trouble mental grave est dans le déni. Cette caractéristique se trouve dans la première étape des trois modèles.
2. La personne réalise qu'elle peut avoir un futur positif, que le rétablissement est possible. Cette caractéristique se trouve dans la deuxième étape des modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion. Elle n'est pas dans le modèle centré sur la perte.
3. La personne se prépare au changement. Cette caractéristique se trouve dans la troisième étape des modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion. Elle se trouve dans la première étape du modèle centré sur la perte.
4. La personne se reconstruit. Cette caractéristique se trouve dans la quatrième étape des modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion. Elle se trouve dans la deuxième étape du modèle centré sur la perte.
5. La personne apprend à vivre malgré les symptômes qui peuvent toujours être présents. Cette caractéristique se trouve dans la cinquième étape des modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion. Elle est dans la troisième étape du modèle centré sur la perte.

En résumé, les caractéristiques des trois premières étapes des modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion se trouvent dans la première étape du modèle centré sur la perte.

Les caractéristiques de la quatrième étape des modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion se trouvent dans la deuxième étape du modèle centré sur la perte.

Les caractéristiques de la cinquième étape des modèles de rétablissement psychologique et centré sur la reconnexion se trouvent dans la troisième étape du modèle centré sur la perte.

Les étapes du modèle de rétablissement psychologique (Andresen et al., 2003) sont les seules à avoir été étudiées. Leur validité convergente et leur cohérence interne sont bonnes. En ce qui concerne leur validité de construit, Lemos-Giraldez et al. (2015) font remarquer que les corrélations entre les étapes deux et trois, ainsi qu'entre les étapes trois et quatre du STORI sont significatives et positives. Selon ces auteurs, cela remet en question l'existence de cinq étapes dans le rétablissement psychologique (Lemos-Giraldez et al., 2015).

De plus, les analyses de clusters avec la méthode de Ward du STORI montrent que ses items se regroupent mieux en trois qu'en cinq clusters. (Andresen et al., 2006 ; Weeks et al., 2011 ; Lemos-Giraldez et al., 2015).

En conclusion, les résultats de l'analyse du modèle de rétablissement psychologique montrent que les items du STORI ont tendance à se distribuer en trois clusters plutôt qu'en cinq. Pour cette raison, je pense que le modèle centré sur la perte paraît idéal pour définir le processus de rétablissement personnel entre 2010 et 2015. En effet, il contient trois étapes tout en couvrant les caractéristiques principales des modèles qui en comportent cinq.

5. Synthèse et limitations des résultats

Ce travail a été élaboré à partir d'une revue de la littérature entre 2010 et 2015 à propos des composantes et des étapes du rétablissement personnel. Cette revue montre celles qui dominent actuellement aux yeux des consommateurs de services de santé mentale, et donc dans la recherche. Elle nous montre aussi lesquelles sont les plus valides pour définir le rétablissement personnel aujourd'hui. La figure 4 expose ces résultats, ainsi que la direction que devrait prendre la recherche future.

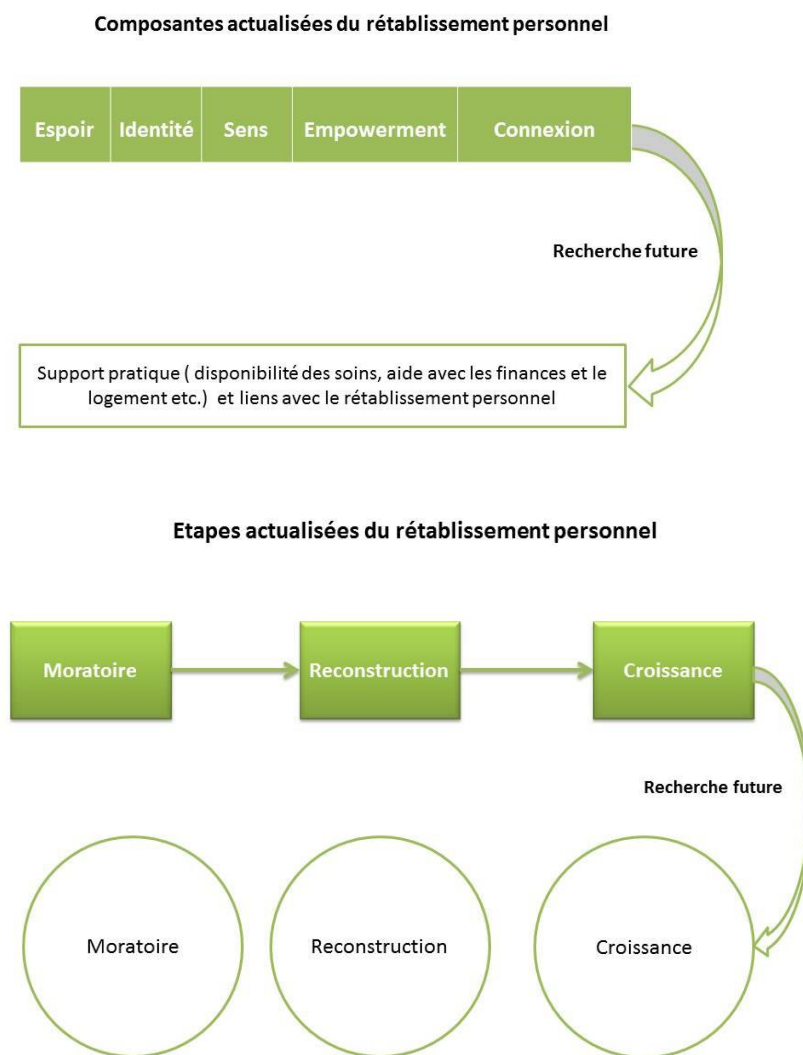


Figure 4 : Composantes et étapes du rétablissement personnel les plus valides pour définir le rétablissement personnel entre 2010 et 2015

Des études à propos des composantes du rétablissement personnel ont été identifiées grâce à la recherche bibliographique effectuée au début de ce travail. Celles-ci montrent qu'entre 2010 et 2015, les composantes les plus importantes aux yeux des consommateurs de services de santé mentale sont l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion. Il s'agit des composantes qui forment le modèle intégré du rétablissement (chapitre 3.2). Ces cinq composantes se trouvent dans presque tous les modèles exposés dans le chapitre 3 et ont été validées à trois reprises.

D'abord, par les données empiriques trouvées pour le modèle de rétablissement intégré. En 2011, Leamy et al. ont procédé à une revue de la littérature publiée en anglais à propos du rétablissement personnel. Les auteurs en ont conclu que ces cinq composantes définissaient le rétablissement personnel en 2011. Deux études ont validé ce constat. En 2012 Slade et al. ont à nouveau effectué une revue de la littérature pour arriver à la même conclusion. De plus, c'était le cas dans 18 pays.

En 2014, Leamy et al. ont organisé des focus groups avec des consommateurs de services de santé mentale. Cela a permis de valider ces cinq composantes une nouvelle fois.

Finalement, ces composantes ont été validées par les études faites sur l'Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC), un des quatre instruments de rétablissement personnel formant le modèle de rétablissement composite (chapitre 3.4). Cet instrument contient 12 composantes, parmi lesquelles cinq ont les mêmes caractéristiques que l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion. L'I.ROC a une très bonne validité convergente ainsi qu'une bonne cohérence interne.

Certaines composantes que l'on trouve habituellement dans la définition du rétablissement fonctionnel contribuent aussi à la définition du rétablissement personnel entre 2010 et 2015. Elles sont seulement dans le modèle de rétablissement composite (chapitre 3.4) et ont une importance moindre dans la définition du rétablissement personnel, par rapport à l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion.

Les composantes de rétablissement fonctionnel ont été identifiées dans les instruments de mesure qui forment le modèle de rétablissement composite. Ces instruments ont tous pour but de mesurer le rétablissement personnel et ont été construits avec l'aide de consommateurs de services de santé mentale. L'I.ROC, instrument de rétablissement personnel validé, contient la santé physique, les compétences de vie, la sécurité et le confort, ainsi que l'exercice et l'activité. Dans les autres instruments de mesure formant le modèle de rétablissement composite, il y a aussi les ressources, la satisfaction avec les services, le travail et le comportement addictif.

En 2014, Leamy et al. ont organisé des focus groups avec des consommateurs de services de santé mentale. Ils ont réalisé que la dimension du support pratique était très importante aux yeux des consommateurs. Les auteurs en ont conclu qu'il s'agissait d'une dimension de second ordre dans la définition de la composante de la connexion. Cela signifie que, selon Leamy et al. (2014), le support pratique participe à la définition de la connexion, mais a une importance moins grande que le soutien de la part des autres notamment, qui est une dimension de premier ordre dans la définition de la connexion.

La question est de savoir pourquoi ces dimensions sont intégrées dans des conceptions du rétablissement personnel. La définition est-elle en train d'évoluer ?

En 2014, Tse, Davidson, Ng et Yu ont étudié les différences et similarités entre le rétablissement personnel et fonctionnel. Les auteurs ont mesuré le rétablissement personnel, la situation professionnelle et la situation du logement de 150 personnes bipolaires ou schizophrènes et originaire de Hong Kong. Ils constatent que les personnes qui ont un score de rétablissement personnel plus élevé sont capables de vivre de manière indépendante et de s'engager dans le monde du travail, et vice-versa.

Tse et al. (2014) montrent aussi que les facteurs suivants sont associés à un rétablissement personnel plus élevé : être marié et avoir un revenu suffisant.

Selon moi, depuis la définition du rétablissement d'Andresen et al. en 2003, le changement principal qui est survenu est qu'en plus des composantes d'espoir, d'identité, de sens et de responsabilité, les consommateurs de services de santé mentale soulignent le besoin du soutien de l'autre pour se rétablir. Cela se voit à travers l'ajout de la composante de la connexion, mais aussi à cause des composantes qui définissent habituellement le rétablissement fonctionnel. Par exemple, la personne a besoin de support pratique pour gérer ses ressources et trouver un logement sécuritaire.

Plus de recherche est nécessaire à propos de l'inclusion de composantes fonctionnelles dans la définition du rétablissement personnel. Il est important de savoir quelle place elles prennent dans cette définition. Cela est essentiel, notamment pour le développement d'instruments de mesure de rétablissement personnel adaptés au point de vue des consommateurs de services de santé mentale.

La figure 4 montre donc que l'espoir, l'identité, le sens, l'empowerment et la connexion sont les composantes principales qui définissent le rétablissement personnel entre 2010 et 2015. Elle montre aussi la direction que devrait prendre la recherche future.

Des études à propos des étapes du rétablissement personnel ont été identifiées grâce à la recherche bibliographique effectuée au début de ce travail. Celles-ci montrent qu'entre 2010 et 2015, un modèle contenant les caractéristiques du moratoire, de la conscience, de la préparation, de la reconstruction et de la croissance (Andresen et al., 2003) est le plus valide pour définir le rétablissement personnel.

En effet, des caractéristiques similaires aux cinq étapes du modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. se trouvent dans le modèle centré sur la reconnexion et le modèle centré sur la perte, malgré le fait que ce dernier comporte trois étapes.

Des données empiriques ont seulement été trouvées pour le modèle de rétablissement psychologique (Andresen et al., 2003). Il s'agit d'études à propos du STORI. Les études de Weeks et al. (2011), Andresen et al. (2013) et Lemos Giraldez et al. (2015) montrent que bien que la validité convergente et la cohérence interne des étapes soient valides, le nombre d'étapes ne l'est pas.

En effet, la relation ordinale des étapes est analysée et les trois étapes du milieu (conscience, préparation et reconstruction) corrélaient de manière significative et positive entre-elles. Ceci, selon Lemos-Giraldez et al. (2015) est un signe qu'elles ne sont pas des étapes distinctes. Tous les auteurs effectuent des analyses factorielles des étapes. Deux fois sur trois, l'analyse de clusters a donné trois clusters au lieu des cinq qui étaient prévus (Weeks et al., 2011 ; Andresen et al., 2013). Le même résultat avait été trouvé par Andresen et al, lors du développement du STORI en 2006.

Selon Weeks et al. (2011), il y a deux raisons possibles à ces résultats. Soit les cinq étapes du modèle de rétablissement psychologique sont valides, mais le STORI n'arrive pas à les mesurer. Soit le processus de rétablissement psychologique est mieux décrit par trois étapes. L'avis de Weeks et al. (2011) rejoint plutôt la seconde possibilité. Ces auteurs soulignent que certains modèles sur lesquels Andresen et al. se sont fondés pour créer les étapes de leur modèle de rétablissement psychologique en 2003, contiennent eux-même trois étapes (Baxter & Diehl, 1998; Young & Ensing, 1999). Weeks et al. (2011) pensent que cet argument, ainsi que les analyses de cluster faites sur le STORI, constituent une preuve que la recherche future doit se concentrer sur le développement d'un modèle à trois étapes (Weeks et al., 2011). Il est possible que la conscience, la préparation et la reconstruction ne forment qu'une seule étape de « reconstruction » (Andresen et al., 2013).

Selon Andresen et al. (2013), il s'agit d'un problème de mesure plutôt que d'un problème avec le modèle. Ces auteurs pensent qu'il faut examiner à nouveau les items du STORI avant d'abandonner le modèle à cinq étapes, surtout vu toutes les preuves qualitatives au sujet de ces étapes.

Selon moi, le problème de mesure est plus probable. Je pense qu'il est issu d'un manque de clarté conceptuelle au sujet de la relation entre les composantes et les étapes du modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. En effet, Andresen et al. (2003) ne précisent pas si l'accès à une étape supérieure est déterminé par une augmentation de niveau dans chacune des composantes. Dès lors, comment mesurer de manière précise dans quelle étape une personne se trouve ?

Ce constat présente une des limites générale à tous les modèles de rétablissement personnel qui proposent des étapes. Que se passe-t-il si une personne a eu une plus grande amélioration dans une composante que dans une autre ? Quelqu'un qui a fait beaucoup de progrès dans la composante connexion, doit-il par exemple renforcer sa composante sens, ou travailler ce qui va déjà bien ? Il paraît logique que les personnes n'avanceront pas à la même vitesse dans les différentes composantes. Le problème est donc qu'on ne sait pas dans combien de composantes une personne doit avoir progressé pour pouvoir passer à l'étape suivante, et au final ces modèles ne parlent pas de ça.

Une autre limite est présente dans la plupart des modèles de rétablissement personnel. Il s'agit de la linéarité des étapes que la plupart de ces modèles postulent. En 2010, Davidson, Roe, Andres-Hyman et Ridgway expliquent que même lorsque les auteurs du modèle n'affirment pas que les étapes se suivent de manière linéaire, la structure du modèle donne l'impression que les étapes se bâtissent les unes sur les autres. Selon Davidson et al. (2010), les personnes qui font des recherches à propos du rétablissement doivent construire des modèles qui tiennent compte de la non-linéarité du processus. Ils doivent montrer que les personnes souffrant de troubles mentaux graves peuvent faire des progrès significatifs dans leur rétablissement sans avoir accepté le fait d'avoir une maladie mentale dans un premier temps, par exemple. Ces modèles doivent être plus complets et refléter la réalité du rétablissement qui n'est pas séquentiel (Davidson et al., 2010).

Selon Weeks et al. (2011) la métaphore d'une spirale pourrait être plus utile que des étapes linéaires pour décrire le rétablissement personnel. Les

individus revisitent souvent des étapes antérieures avant de progresser vers les suivantes (Weeks et al., 2011).

La figure 4 montre donc qu'entre 2010 et 2015, les données empiriques au sujet des étapes du rétablissement personnel indiquent qu'il peut être décrit par trois étapes au lieu de cinq. Dans la figure, les étapes de la conscience, de la préparation et de la reconstruction ont donc été réunies en une étape de « reconstruction ». La direction que doit prendre la recherche future est aussi exposée dans la figure 4. Il faudrait que des études soient concentrées autour de modèles comprenant trois étapes non linéaires

Deux limites générales existent aussi dans ce mémoire. La première est que des données empiriques n'existent pas pour tous les modèles présentés. Ceci est dommage car certains, moins connus, sont intéressants et des recherches afin de tester leur validité devraient être mises en place. Par exemple, le modèle centré sur la perte est pertinent puisqu'il contient trois étapes. Le modèle centré sur la reconnexion l'est aussi puisqu'il englobe des composantes et étapes organisées autour du thème de la reconnexion avec la vie, ce qui est innovant.

La deuxième limite est que les études qui décrivent des composantes ou étapes de rétablissement personnel entre 2010 et 2015 sont, pour la plupart, fondées sur des petits échantillons. Par exemple, la construction du modèle de Kartalova O'Doherty et al. (2012) se base sur des entretiens avec 32 personnes, et l'étude de Henderson (2010), sur des entretiens avec 15 personnes. Les échantillons sont également petits quand il s'agit de tester la validité des instruments de mesure. Par exemple, pour évaluer le STORI, il était formé de 52 à 95 personnes (Weeks et al., 2011 ; Andresen et al., 2013 ; Lemos-Giraldez et al., 2015).

6. Conclusion

Le but de ce travail était de savoir quelle était la définition actuelle du rétablissement personnel. La figure 4 exposée dans le chapitre 5 illustre la réponse à cette question.

La revue de la littérature entre 2010 et 2015 montre que les choses n'ont pas beaucoup changé depuis 2003. Un perfectionnement des composantes et étapes existantes s'est produit, plutôt que la création de nouveaux éléments. En effet, les modèles actuels ont peu changé depuis celui d'Andresen et al. (2003)

Les composantes identifiées par Andresen et al. en 2003 se trouvent toujours dans la définition aujourd'hui. L'espoir, l'identité et le sens sont dans tous les modèles actuels de composantes présentés dans le chapitre 3 de ce travail. Deux changements ont toutefois été apportés à la définition du rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003). Premièrement, la composante de la responsabilité a été modifiée. Le terme « empowerment » est maintenant utilisé, et la définition a évolué. Chez Wyder et Bland (2014) le fait de demander les mêmes droits et prendre les mêmes responsabilités que d'autres citoyens a été rajouté au fait d'être responsable et engagé dans son rétablissement, ce qui est la façon dont Andresen et al. (2003) définissent cette composante.

Deuxièmement, la connexion s'est ajoutée aux quatre composantes identifiées par Andresen et al. (2003). Cette composante interpersonnelle se trouve dans tous les modèles du chapitre 3, sauf le modèle de rétablissement psychologique (2003).

Ce constat répond à une question posée dans l'introduction de ce mémoire. Lorsqu'Andresen et al. (2006) avaient étudié le STORI ils avaient réalisé qu'il n'évaluait pas les relations interpersonnelles. Selon ces auteurs, celles-ci ne faisaient pas partie de l'expérience personnelle qu'est le rétablissement psychologique. Je me demandais donc si cette question allait être traitée dans les études réalisées par la suite. Les modèles actuels soulignent l'importance aux yeux de consommateurs de services de santé mentale de se sentir soutenu et de soutenir à leur tour des personnes se trouvant dans des cas similaires.

Les caractéristiques des étapes du modèle de rétablissement psychologique d'Andresen et al. (2003) sont omniprésentes dans les modèles actuels, même si des variantes existent par rapport à leur nom. Toutefois, le nombre d'étapes est remis en question par les résultats des données empiriques sur ce sujet. La question reste de savoir s'il s'agit d'un problème conceptuel du modèle, ou d'un problème de mesure. Ce constat répond également à une question posée dans l'introduction. En 2006 Andresen et al. avaient remarqué que les items du STORI ne se regroupaient pas conformément aux cinq étapes, mais en trois clusters. Je me demandais si les études réalisées par la suite traiteraient de cette question. C'est le cas, mais elles n'ont fait que de confirmer que trois clusters sont mieux adaptés aux items du STORI. En revanche, les chercheurs admettent que la recherche future doit développer un modèle à trois étapes (Weeks et al., 2011).

Les résultats de la revue de la littérature effectuée dans ce mémoire ont des conséquences importantes. Les chercheurs et praticiens doivent prendre en compte les composantes les plus importantes aux yeux des consommateurs de services de santé mentale. Le rétablissement personnel est, avant tout, un processus unique à chaque personne. Il correspond à une manière de vivre une vie satisfaisante, malgré les limites causées par la maladie (Anthony, 1993). Selon moi si, après davantage de recherche à ce sujet, les composantes relatives au besoin d'un support fonctionnel se révèlent être centrales au bien-être des consommateurs, elles devront être intégrées aux mesures de rétablissement personnel. Dans ce cas, les professionnels de la santé mentale pourraient utiliser des indicateurs relatifs à ces deux types de rétablissement. Des interventions pourraient être mises en place pour apprendre aux personnes souffrantes à, par exemple, gérer leurs finances au mieux et les aider dans l'accumulation de biens, afin d'améliorer leur bien-être et leur rétablissement personnel (Tse et al., 2014).

Les résultats de la revue de la littérature montrent aussi que les chercheurs doivent préciser combien d'étapes se trouvent dans le processus du rétablissement. Il est essentiel de savoir dans quelle étape une personne se situe pour pouvoir agir de manière optimale C'est pourquoi les mesures

doivent tenir compte de la non-linéarité des étapes et du fait que les personnes n'avancent pas au même rythme pour toutes les composantes. Pour cette raison, je pense que les mesures effectuées pour identifier dans quelle étape une personne se trouve doivent toujours être des questionnaires d'auto-évaluation, et non pas des questionnaires remplis par le staff médical. Dans le cas contraire, le processus de rétablissement personnel sera difficilement capturé. C'est aussi pourquoi ces mesures doivent continuer à être construites à l'aide des consommateurs de services de santé mentale.

7. Bibliographie

- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01921.x
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2013) Development of a short measure of psychological recovery in serious mental illness : the STORI-30. *Australasian Psychiatry*, 21(3), 267-270. doi : 10.1177/1039856213476352
- 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. doi : 10.1037/h0095655
- Baxter, E.-A., Diehl, S. (1998). Emotional stages: consumers and family members recovering from the trauma of mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 349-355. doi.org/10.1037/h0095289
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 644–653. doi: 10.1177/0004867413520046
- Calveti, M., Kvrjic, S., Beck, E.-M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, 27(1), 19–32. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.007

Davidson, L., Roe, D., Andres-Hyman, R., & Ridgway, P. (2010). Applying stages of change models to recovery from serious mental illness: contributions and limitations. *The Israel Journal of Psychiatry and related Sciences*, 47(3), 213-221.

Dickens, G., Weleminsky, J., Onifade, Y., & Sugarman, P. (2012) Recovery Star: validating user recovery. *The Psychiatrist*, 36(2), 45-50, doi: 10.1192/pb.bp.111.034264

Drapalski, A.-L., Medoff, D., Unick, G.-J., Velligan, D.-I., Dixon, L.-B., & Bellack, A.-S. Assessing recovery of people with serious mental illness : development of a new scale. (2012). *Psychiatric services*, 63(1), 48-53. doi : 10.1176/appi.ps.201100109

Favrod, J., & Scheder, D. (2004). Se rétablir de la schizophrénie-un modèle d'intervention. *Revue médicale de la Suisse romande*, 124, 205-208.

Gordon, S.-E., Ellis, P.-M., Siegert, R.-R., & Walkey, F., H. (2013). Development of a self-assessed consumer recovery outcome measure: My Voice, My Life. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(3), 199-210. doi: 10.1007/s10488-012-0417-9

Gordon, S.-E., Ellis, P.-M., Siegert, R.-R., & Walkey, F., H. (2014). Core dimensions of recovery: A psychometric analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(4), 535-542. doi: 10.1007/s10488-013-0489-1

Henderson, A.-R. (2010). A substantive theory of recovery from the effects of severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 564-573. doi : 10.1177/0020764010374417

Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, 52(4), 482–485. doi: 10.1176/appi.ps.52.4.482

- Kartalova-O'Doherty, Y., Stevenson, C., & Higgins, A. (2012). Reconnecting with life: a grounded theory study of mental health recovery in Ireland. *Journal of Mental Health, 21*(2), 135-143. doi : 10.3109/09638237.2011.621467
- Killaspy, H., White, S., Taylor, T.-L., & King M. (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *The British Journal of Psychiatry, 201*(1), 65–70. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107946
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry, 199*(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Lemos-Giraldez, S., Garcia-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernandez, O., Vllejo-Seco, G., Fernandez-Iglesias, P., Ordonez-Cambor, N., Solares-Vazquez, J., Mas-Exposito, L., Barajas, A., & Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry, 56*, 51-58. doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.021
- MacKeith, J. (2011). The development of the Outcomes Star: a participatory approach to assessment and outcome measurement. *Housing, Care and Support, 14*(3), 98 – 106. doi : 10.1108/14608791111199778
- Monger, B., Ion, R., Henderson, N., Cumming, J., & Hardie S. (2012). Outcome measurement in a Scottish mental health charity. *Mental Health Today, March/April*, 24-27.
- Monger, B., Hardie, S.-M., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013) The Individual Recovery Outcomes Counter: preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist, 37*. 221-227. doi: 10.1192/pb.bp.112.041889
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(4), 353-364. doi :10.1017/S2045796012000133

Tse, S., Davidson, L., Chung, K.-F., Ng, K.-L., & Yu, C.-H. (2014). Differences and similarities between functional and personal recovery in an Asian population: a cluster analytic approach. *Psychiatry interpersonal and biological processes*, *77*(1), 41-56. doi : 10.1521/psyc.2014.77.1.41.

Weeks, G., Slade, M., & Hayward, M. (2011). A UK validation of the stages of recovery instrument. *International journal of social psychiatry*, *57*(5), 446-454. doi: 10.1177/0020764010365414

Wolstencroft, K., Oades, L., Caputi, P., & Andresen, R. (2010). Development of a structured interview schedule to assess stage of psychological recovery from enduring mental illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *14*(3), 182-189. doi:10.3109/13651501003668552

Wyder, M., & Bland, R. (2014). The Recovery Framework as a way of understanding families' responses to mental illness : balancing different needs and recovery journeys. *Australian Social Work*, *67*(2), 179-196. doi :10.1080/0312407X.2013.875580