

Le processus du rétab

Construite sur des témoignages de patients, la théorie du rétablissement considère que la personne peut se remettre de la catastrophe psychologique de la maladie. Cinq étapes ont été mises en évidence pour offrir des soins orientés vers ce modèle .



lissement



■ « *Primum non nocere* », d'abord ne pas nuire, c'est l'un des principes fondamentaux de la médecine. Les progrès observés ces quarante dernières années dans le domaine des schizophrénies sont en partie fondés sur ce principe. La désinstitutionalisation nous a appris en premier lieu que l'asile psychiatrique avait davantage d'effets indésirables que bénéfiques (1). Puis l'évolution des droits des patients nous a conduits à modifier nos pratiques et à considérer le patient comme un citoyen à part entière avec qui l'on peut parler à égalité. Enfin, les neuroleptiques atypiques nous ont montré que nous avions tendance à confondre les effets secondaires extrapyramidaux des anciens neuroleptiques avec le fonctionnement des personnes atteintes de schizophrénie (2, 3). Beaucoup de progrès dans l'évolution des schizophrénies sont ainsi intervenus grâce à une réduction des aspects iatrogènes des traitements. Par ailleurs, ces dernières années, de nombreux traitements psychosociaux ont été développés et validés, même s'il faut encore travailler à des améliorations (4).

LE PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT

Depuis quelques années, les témoignages de nombreux patients nous indiquent que l'on peut se rétablir de la schizophrénie (5, 6). Le modèle psychologique du rétablissement offre ainsi une réponse compatible avec les croyances sur la santé. Il se réfère à l'établissement d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. C'est un peu comme si la

Jérôme FAVROD^{*(a, b)}, Shyhrete REXHAJ^{*(a, b)}, Charles BONSACK^{** (a)}

* Infirmiers, **psychiatre

(a) Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Site de Cery, Prilly.

(b) École La Source, Haute École spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne.

personne se rétablissait de la « catastrophe psychologique » de la maladie. Le modèle du rétablissement reste silencieux sur le fait de savoir si la maladie est toujours active ou non et n'est pas lié à une théorie causale de la maladie mentale. Il n'est pas spécifique à la schizophrénie mais considère les patients comme des individus se débattant avec une maladie sévère.

Les personnes qui se décrivent comme rétablies d'une schizophrénie affirment se percevoir comme différentes de ce qu'elles étaient avant de tomber malades. La plupart se sentent grandies par l'expérience de la maladie et du rétablissement, même si elles ont un statut social inférieur au leur avant la maladie. D'après ces témoignages, le retour aux anciens rôles sociaux n'est pas un critère du rétablissement. Il semble également qu'une minorité de personnes interrogées considèrent le rétablissement comme l'absence de symptômes de la maladie. En revanche, le bien-être subjectif paraît particulièrement important pour les patients (7).

– **Quatre ingrédients sont essentiels au processus du rétablissement** (8).

- **L'espoir** : c'est un ingrédient majeur, fondamental, que l'on retrouve dans l'ensemble des témoignages sur le rétablissement. L'espoir est le catalyseur du rétablissement, il est la perfusion qui permet au processus de se mettre en route. À l'inverse, la résignation et le désespoir empêchent en effet de se projeter dans l'avenir et de croire en soi et en son potentiel.

- **La redéfinition de l'identité** : ce cheminement permet de séparer ce qui relève de la maladie et de la personne. Les symptômes de la schizophrénie peuvent interférer avec la conception de soi : « *Je suis téléguidé par une force extérieure* » ; « *Une voix surnaturelle m'oblige à agir contre mon gré* » ; « *Je ne parviens plus à faire ce que je faisais avant d'être malade. Je suis devenu paresseux* » ; « *Je n'arrive plus à penser clairement les problèmes* »... Le fait d'être défini comme un « malade » peut aussi conduire à ne plus se concevoir comme une personne à part entière. La perte de l'identité (aliénation) ou la non-prise en compte de la personne (discrimination) est l'un des impacts négatifs fréquemment associés à la maladie mentale. Le patient peut alors refuser de s'identifier avec la maladie et la nier. Toutefois, la maladie peut aussi être acceptée comme une partie

de soi dans un esprit de croissance ou alors conçue comme quelque chose d'extérieur à soi avec lequel il faut vivre.

- **La découverte d'un sens à la vie** : Le patient conçoit de nouveaux buts et de nouvelles valeurs. Ses projets antérieurs sont remis en question par la maladie, qui peut interrompre la formation professionnelle, conduire à une perte d'emploi, remettre en question une relation de couple. La personne doit donc bâtir de nouveaux projets, voire endosser de nouveaux rôles sociaux. Cette recherche d'un nouveau sens à la vie va peut-être amener la personne à découvrir ce qui rend la vie précieuse et enrichissante, à se réaliser dans une activité créatrice, à s'engager dans le soutien aux pairs ou encore à développer une nouvelle vision du monde sur le plan spirituel ou philosophique. À partir de là, un projet de vie est à reconstruire.

- **La responsabilité du rétablissement** : cette responsabilité implique la gestion de sa propre santé et de son traitement, l'autonomie dans ses choix de vie et la volonté de prendre des risques mesurés pour avancer. Certains soignants ont une fâcheuse tendance à prendre les patients en charge en pensant savoir ce qui est bon pour eux et en leur parlant comme à des personnes diminuées par la maladie. Cette attitude conduit parfois le patient à se révolter, au risque alors de ne pas recevoir les traitements appropriés ou bien de s'y soumettre en renonçant à l'autodétermination.

– **Cinq étapes ont été mises en évidence par la recherche.** Nous allons les présenter avant de les décrire plus précisément :

- **Le moratoire** est caractérisé par le déni, la confusion, le désespoir, le repli et la révolte.

- **La conscience** intervient lorsque la personne a une première lueur d'espoir en une vie meilleure et en une possibilité de rétablissement. Cela peut venir d'elle-même, ou être déclenché par un clinicien, une autre personne significative ou un patient modèle. La personne peut alors endosser un autre rôle que celui de malade.

- **La préparation** implique de faire l'inventaire de sa partie saine, de ses valeurs, de ses forces et de ses faiblesses. Cela nécessite d'apprendre à gérer la maladie, à faire appel aux services disponibles, à s'impliquer dans des groupes de pairs.

- **La reconstruction** : c'est lors de cette étape que le dur travail du rétablissement

se met en place. La personne travaille à se forger une identité positive. Elle établit et avance vers des buts personnels importants en mobilisant ses ressources. C'est une prise de responsabilité dans la gestion de la maladie et une prise de contrôle sur sa vie. Il y a une prise de risques, des échecs et des essais.

- **La croissance** : la personne n'est pas forcément libre de symptômes mais elle sait gérer la maladie et rester bien ; elle a confiance en ses capacités et maintient une vision positive ; elle est tournée vers le futur. Elle se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie, comme si cette dernière lui avait appris quelque chose sur elle-même.

LA DYNAMIQUE DES SOINS

De nombreux services de psychiatrie cherchent aujourd'hui à offrir des soins orientés vers le rétablissement (9, 10, 11, 12, 13). Il est donc utile de mettre en évidence ce que cela implique dans la pratique courante sous l'angle de ces étapes du processus de rétablissement.

- **Le moratoire**

Un exemple emblématique de la phase de moratoire survient quand le patient refuse d'accepter qu'il souffre d'une maladie aussi stigmatisée que la schizophrénie. L'approche « traditionnelle » estime qu'après plusieurs rechutes et hospitalisations, le patient finira bien par accepter sa maladie et prendra son traitement. Cette approche est souvent un signe d'impuissance des prises en charge. En résumé, on attend que le patient soit au fond du trou, qu'il ait tout perdu ; son travail, ses amis, son conjoint, son logement et sa réputation pour intervenir. Certes, à ce stade, il sera demandeur d'aide.

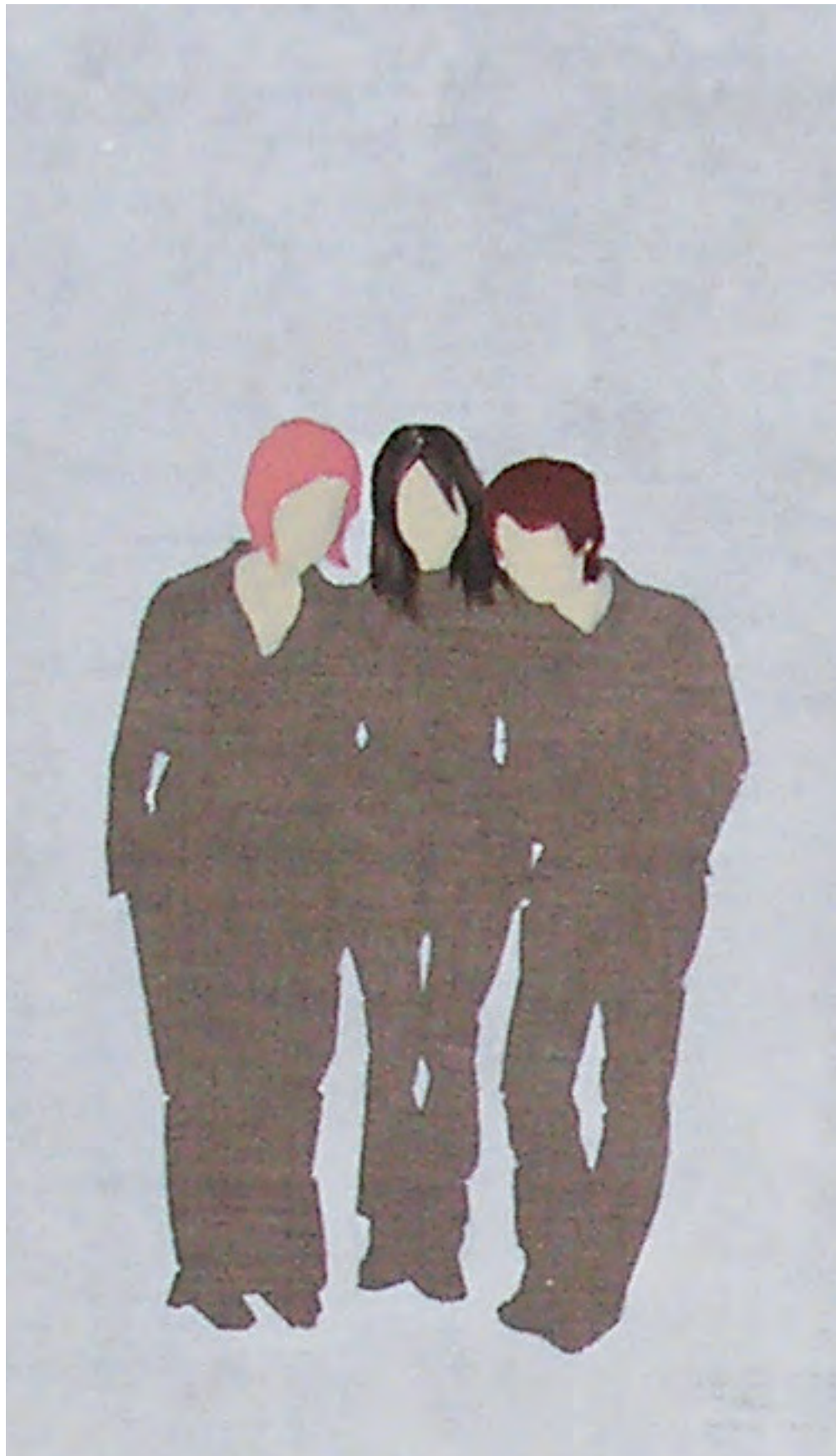
Pour intervenir dès cette étape, il faut distinguer le déni de la maladie, le refus de prendre le traitement et le fait de ne pas reconnaître les symptômes comme faisant partie du trouble. La littérature indique que ces différents domaines peuvent se superposer ou être reliés mais également être identifiés comme des mécanismes partiellement distincts (14, 15). La difficulté d'attribuer les symptômes à la maladie est associée à des déficits neuropsychologiques ou à la non-reconnaissance des biais cognitifs* associés à ces expériences (16, 17). La non-attribution du symptôme au trouble, c'est penser par exemple que les hallucinations auditives sont les voix de personnes existantes ou être

convaincu à 100 % par ses idées délirantes. Le déni de la maladie semble davantage associé à une tentative de préserver son estime de soi (14) et le refus des traitements à des expériences négatives, voire traumatisantes en lien avec les médicaments ou les professionnels de la santé (18). Dans la phase de moratoire, l'objectif premier est de construire une alliance thérapeutique avec le patient, pour l'amener à se soigner. Il est dès lors essentiel d'aller au-devant de lui plutôt que d'attendre son arrivée à l'hôpital, avec les conséquences négatives que les traitements forcés peuvent engendrer.

La plupart du temps, les premiers symptômes apparaissent longtemps avant la première hospitalisation. Les recherches sur la durée de la psychose non traitée (DPNT**) indiquent qu'une période de plusieurs mois s'étend entre les premiers symptômes et la première hospitalisation. La famille, l'infirmière scolaire, les camarades de classe, le médecin généraliste savent souvent que l'état d'une personne se dégrade. Le développement d'équipes mobiles qui peuvent être appelées durant cette période intermédiaire apparaît comme une solution pour la grande majorité des patients (19, 20). L'action de ces équipes est potentialisée lorsque le public est informé de la nécessité d'intervenir précocement dans la schizophrénie. L'implantation d'équipes mobiles doit donc s'accompagner de campagne d'information, diffusant des numéros d'appel téléphonique connus et fiables. Ces équipes regroupent généralement des infirmiers, des travailleurs sociaux et des psychiatres spécialisés dans la capacité à établir le lien avec des personnes isolées, voire méfiantes. L'intervention va d'abord répondre aux besoins pratiques et sociaux avant de se focaliser sur le traitement médicamenteux. Il s'agit également d'identifier les ressources du réseau et, finalement, d'amener progressivement les patients vers un système de soins plus conventionnel.

• La conscience

Pendant la phase de conscience, il faut avant tout instaurer de l'espoir et donner des informations à la personne pour qu'elle puisse se projeter dans l'avenir. Les cliniciens sont souvent très pessimistes sur le pronostic de la schizophrénie. D'une part, ils ont « le nez dans le guidon » avec des patients les plus difficiles à traiter et d'autre part, ils ont tendance



© Aimily Muzy.

à oublier les patients qui s'améliorent et ne reviennent plus les voir. Ces deux facteurs peuvent créer un biais cognitif* de défaitisme et conduire les cliniciens à développer une vision très négative du pronostic de la maladie. Ces soignants risquent alors de transmettre des messages décourageants aux patients, comme l'idée qu'ils devront prendre un traitement toute leur vie ou qu'ils ne pourront plus travailler dans un contexte de marché de l'emploi compétitif. À maintes reprises, le message est que le fait d'avoir une schizophrénie, « c'est la fin du monde ». De tels propos sont extrêmement décourageants pour les patients et peuvent les empêcher de franchir cette étape de la conscience qui nécessite une forte injection d'espoir et de soutien. Les données scientifiques vont dans ce sens. Les études de suivi sur le long cours dans la seconde moitié du siècle dernier montrent notamment que la moitié des personnes vivant avec une schizophrénie présentent de nettes améliorations (21). Par ailleurs, lorsque les patients ont bénéficié d'un suivi optimal, la moitié d'entre eux n'ont plus besoin de neuroleptiques (22). Depuis ces recherches, les traitements psychiatriques se sont beaucoup améliorés. Les interventions précoces avant la première hospitalisation développées ces dernières années semblent également aider de façon importante au pronostic de la maladie (23). À cette étape de la conscience, l'intervention consiste surtout à donner de l'espoir et à offrir une psychoéducation centrée sur le rétablissement. Il est également important de traiter les troubles associés comme la dépression, les troubles anxieux et les abus de substances (24).

• La préparation

Par rapport aux maladies somatiques, la phase de préparation est particulièrement difficile dans la schizophrénie. Effectivement, la personne doit distinguer ce qui fait partie d'elle de ce qui relève de la maladie. Dans l'expérience psychotique, les deux choses sont particulièrement entremêlées. Lors d'hallucinations auditives ou d'idées délirantes, le processus (c'est-à-dire le fait de délirer ou d'halluciner) est lié à la maladie, mais le contenu des symptômes est davantage attaché à l'histoire personnelle. Quand un individu délire ou hallucine, les soignants ont tendance à réduire cette expérience à la maladie, niant ainsi le vécu

de la personne. Cela peut donc être très blessant pour les patients d'entendre qu'ils « délirent » alors qu'ils évoquent une expérience personnelle. La réponse des professionnels de la santé est souvent pharmacologique ou hospitalière, avec des risques importants d'effets secondaires. Souvent, les patients développent alors le syndrome du barbier de Midas, qui consiste à taire leurs expériences psychotiques pour éviter les effets « secondaires » (le barbier de Midas savait que ce dernier avait des oreilles d'âne sous son bonnet phrygien mais il ne pouvait pas en parler sous peine de graves sanctions).

Durant cette étape, les interventions psychologiques pour traiter les symptômes psychotiques sont essentielles. Il est important que le patient puisse réduire ses craintes par rapport à la psychose, développer une connaissance et une maîtrise de l'expérience psychotique (25, 26). Actuellement, les efforts dans cette direction ont surtout été développés par des approches cognitives et comportementales. Le modèle psychodynamique a travaillé sur toute une série de concepts utiles ; toutefois, ces efforts et modèles ont rarement été mis à l'épreuve de la recherche. Il ne faut pas négliger ces pistes : du reste, elles font l'objet d'études (27, 28) qui devraient permettre d'améliorer encore les interventions.

• La reconstruction

Dans l'étape de la reconstruction, la réhabilitation psychiatrique a ouvert de nombreuses voies avec l'entraînement des habiletés sociales (29), le soutien à l'emploi (30)... Néanmoins, les professionnels conservent une attitude iatrogène. Ainsi, tandis que le patient revendique une vie riche et pleine, le soignant se centre sur la pathologie et lui propose de s'engager dans une sorte de demi-vie, en lui expliquant par exemple que le but de l'intervention est la stabilisation de la maladie.

Cette approche peut engendrer le syndrome d'Endymion ou de la mise sous cloche (Endymion conserve sa jeunesse et sa beauté grâce à un sommeil éternel). Le patient ne présente plus de symptômes grâce au traitement de maintien mais tous les projets sont perçus comme des facteurs de déstabilisation.

Dans le cadre de la réhabilitation, les professionnels peuvent aussi ajouter des obstacles majeurs au rétablissement en exigeant que la personne fasse ses preuves dans un atelier protégé ou d'ergothérapie avant un soutien dans un emploi compétitif. Il ne s'agit pas d'écrire que ces ateliers ne sont pas utiles : ils répondent en effet clairement aux besoins de certains patients ou de certaines générations de patients. La question actuelle est d'offrir davantage de services adaptés aux besoins et aspirations des patients. Les patients jeunes éprouvent de la difficulté à se projeter dans un emploi protégé, surtout s'ils ont bénéficié d'une intervention précoce qui leur a évité des hospitalisations involontaires, permis de conserver leur réseau social et de terminer leur scolarité. La prise en compte des projets et des attentes individuelles est primordiale au moment de cette étape, pour permettre aux patients de prendre leur vie en main et de poursuivre leur évolution.

• La croissance

Dans la phase de croissance, la personne a une vie riche et pleine basée sur l'espoir et l'autodétermination, tout en gérant les aléas normaux de l'existence. Elle n'a pas forcément besoin de soins étoffés ; un médecin privé peut souvent assurer les prescriptions médicamenteuses et un soutien supplémentaire en cas de situation plus critique. Les individus rétablis peuvent aussi communiquer sur la maladie de façon à réduire la stigmatisation ou jouer un rôle important comme pair aidant.

À lire *Se rétablir de la schizophrénie. Guide pratique pour les professionnels*

Pratique et synthétique, cet ouvrage fait le point sur les connaissances actuelles sur la schizophrénie et le rétablissement et présente les interventions psychosociales complémentaires aux traitements pharmacologiques. Il aborde les stratégies générales d'engagement dans les soins, d'évaluation et de psychoéducation, puis les interventions psychosociales spécifiques pour les hallucinations, les idées délirantes, le syndrome déficitaire, la désorganisation... Clair et concret, ce guide offre aux intervenants des secteurs sanitaire et social une aide précieuse pour faire face aux situations difficiles des patients atteints de schizophrénie.

• J. Favrod, A. Maire, Elsevier Masson, à paraître en avril 2012, 176 p., 19,50 euros.

CONCLUSION

Le modèle du rétablissement n'est pas à opposer au modèle médical traditionnel. Il est plutôt un modèle complémentaire, qui considère davantage le patient comme une personne. Construit sur le témoignage des patients rétablis, il est davantage un modèle de « salutogenèse », c'est-à-dire de promotion de la santé. La santé n'est pas, ici, définie comme l'absence de maladie mais comme la capacité à se projeter dans l'avenir, à donner un sens à sa vie, à conserver son libre-arbitre et à améliorer sa situation. Ce modèle valorise le travail du patient pour se remettre de la catastrophe psychologique de la maladie, en considérant les singularités de chacun. Il donne des pistes importantes aux soignants pour soutenir ce parcours difficile.

Le message essentiel est de distinguer le patient atteint de schizophrénie de la personne qui en souffre. Il ne faut pas oublier que derrière chaque patient atteint de schizophrénie, il existe une personne entière qui peut être blessée par ce qu'on lui dit, par les limites qu'on lui met, par les expériences qu'elle vit. Cette personne interagit avec la maladie. Si elle est brisée ou cassée, elle sera moins forte pour y faire face et risque de la subir passivement plutôt que d'être actrice de sa vie. Les personnes rétablies affirment que leur volonté et les qualités humaines de leurs thérapeutes sont utiles dans le processus de rétablissement (31); soigner, ce n'est pas seulement réduire la maladie, c'est aussi permettre le développement de la vie. Ne l'oublions pas, si nous voulons éviter de nuire !

* Les biais cognitifs dans la schizophrénie sont des erreurs de raisonnement ou de mémoire.

** La durée de la psychose non traitée (DPNT) est une période au cours de laquelle l'ensemble des symptômes sont présents, même si c'est de façon modérée. À lire sur ce sujet le n° 123 de Santé mentale, Schizophrénies débutantes, décembre 2007.

1. Goffman E., *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor books. 1961, New York : Doubleday. XIV, 386 p.
2. Marder, S.R., *Subjective experiences on antipsychotic medications : synthesis and conclusions*. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2005 (427) : p. 43-6.
3. Moller, H.J., *Pharmacotherapy of schizophrenic patients : Achievements, unsolved needs, future research necessities*. *Curr Pharm Biotechnol*, 2012.
4. Tandon, R., H.A. Nasrallah, and M.S. Keshavan, *Schizophrenia, « Just the Facts » Treatment and prevention Past, present, and future*. *Schizophrenia Research*, 2010. 122 (1-3): p. 1-23.
5. Andresen, R., L. Oades, and P. Caputi, *The experience of recovery from schizophrenia : towards an empirically validated stage model*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2003. 37 (5) : p. 586-94.
6. Favrod, J. and D. Scheder, *Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention*. *Rev Med Suisse Romande*, 2004. 124 (4) : p. 205-8.
7. Karow, A., et al., *Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists*. *Eur Psychiatry*, 2011.
8. Andresen, R., P. Caputi, and L. Oades, *Stages of recovery instrument : development of a measure of recovery from serious mental illness*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006. 40 (11-12) : p. 972-80.
9. Penn, D.L., et al., *A pilot investigation of the Graduated Recovery Intervention Program (GRIP) for first episode psychosis*. *Schizophr Res*, 2011. 125 (2-3) : p. 247-56.
10. Salyers, M.P., et al., *Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness*. *Community Ment Health J*, 2010. 46 (4) : p. 319-29.
11. Liberman, R.P., *Recovery From Disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation*. 2008, Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, Inc. 628.
12. Warner, R., *Recovery from schizophrenia and the recovery model*. *Curr Opin Psychiatry*, 2009. 22 (4) : p. 374-80.
13. Corrigan, P.W., *Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions*. *Expert Rev Neurother*, 2006. 6 (7) : p. 993-1004.
14. Subotnik, K.L., et al., *Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem?* *Schizophr Res*, 2005. 75 (2-3) : p. 147-57.
15. Cooke, M.A., et al., *Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis*. *Acta Psychiatr Scand*, 2005. 112 (1) : p. 4-17.
16. Drake, R.J. and S.W. Lewis, *Insight and neurocognition in schizophrenia*. *Schizophr Res*, 2003. 62 (1-2) : p. 165-73.
17. Favrod, J., et al., *Improving insight into delusions : a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia*. *J Adv Nurs*, 2011. 67 (2) : p. 401-407.
18. Tarrier, N., et al., *The subjective consequences of suffering a first episode psychosis : trauma and suicide behaviour*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007. 42 (1) : p. 29-35.
19. Bonsack, C., et al., *Difficult-to-engage patients : a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting*. *Can J Psychiatry*, 2005. 50 (13) : p. 845-50.
20. Bonsack, C., T. Pfister, and P. Conus, *Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose*. *Encephale*, 2006. 32 (5 Pt 1) : p. 679-85.
21. Huber, G., *The heterogeneous course of schizophrenia*. *Schizophr Res*, 1997. 28 (2-3) : p. 177-85.
22. Harding, C.M., et al., *The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II : Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia*. *Am J Psychiatry*, 1987. 144 (6) : p. 727-35.
23. Alvarez-Jimenez, M., et al., *Preventing the second episode : a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis*. *Schizophr Bull*, 2011. 37 (3) : p. 619-30.
24. Bonsack, C., et al., *Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis : a randomized controlled trial*. *Psychother Psychosom*, 2011. 80 (5) : p. 287-97.
25. Favrod, J., *Pour une logique de l'expérience psychotique*. *Rev Med Suisse Romande*, 2004. 124 (1) : p. 15-8.
26. Favrod, J., V. Pomini, and F. Grasset, *Thérapie cognitive et comportementale pour les hallucinations auditives résistantes au traitement neuroleptique*. *Rev Med Suisse Romande*, 2004. 124 (4) : p. 213-6.
27. Moritz, S., et al., *Beyond the Usual Suspects : Positive Attitudes Towards Positive Symptoms Is Associated With Medication Noncompliance in Psychosis*. *Schizophrenia Bulletin*, 2012.
28. Moritz, S., et al., *Attributional Style in Schizophrenia : Evidence for a Decreased Sense of Self-Causation in Currently Paranoid Patients*. *Cognitive Therapy and Research*, 2007. 31 (3) : p. 371-383.
29. Kern, R.S., et al., *Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia*. *Schizophr Bull*, 2009. 35 (2) : p. 347-61.
30. Twamley, E.W., D.V. Jeste, and A.F. Lehman, *Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders : a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *J Nerv Ment Dis*, 2003. 191 (8) : p. 515-23.
31. Torgalsboen, A.K., *Consumer satisfaction and attributions of improvement among fully recovered schizophrenics*. *Scand J Psychol*, 2001. 42(1): p. 33-40.

Résumé : Le modèle du rétablissement, complémentaire du modèle biomédical, peut l'enrichir. Les auteurs décrivent les différentes étapes du processus de rétablissement et fournissent des exemples emblématiques de risques créés par le modèle biomédical sur le processus de rétablissement. De nouvelles réponses sont proposées pour réduire ces risques et soutenir le processus du rétablissement.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Diagnostic précoce – Éducation pour la santé – Guérison – Schizophrénie – Projet de vie – Rétablissement.