

### Parcours des bénéficiaires de soins (BS)

#### *Faire une pause pour mieux repartir...*

Le parcours thérapeutique s'effectue en 3 étapes selon le type de BS :

« S'ARRÊTER » - « CHOISIR » - « REPARTIR »

1. **BS en COURT séjour (CS<sup>1</sup>) avec UN RETOUR À DOMICILE** (une semaine environ par étape) :
  1. Prendre de la distance avec le quotidien avec stabilisation de l'état psychique;
  2. Travailler sur soi avec objectifs plus spécifiques en lien avec les difficultés du quotidien à domicile ;
  3. Préparer le RAD en utilisant les apports du travail à Béthel.
2. **BS en MOYEN séjour de transition (LS<sup>2</sup>) avec UN PROJET « PRÉDÉFINI », en attente de placement en EMS/ESE :**
  1. Stabiliser l'état psychique et confirmation du projet (lieu de vie institutionnel);
  2. Travailler sur soi en lien avec une redéfinition de soi dans la perspective du projet de vie ;
  3. S'intégrer dans un rythme institutionnel.
3. **BS en MOYEN séjour de transition (LS) EN SEJOUR D'OBSERVATION / CONSTRUCTION de projet** (entre 2 et 3 mois par étape):
  1. Stabiliser l'état psychique permettant un ancrage pour le travail du projet ;
  2. Travailler sur soi en lien avec le réseau professionnel et familial pour définir un projet de vie « idéal » : thérapeutique, lieu de vie, socio-professionnel;
  3. Mettre en place le projet avec les partenaires concernés.

### Le concept de soins

Le concept de soins choisi par la Maison Béthel est celui du « **Rétablissement** », également choisi par la filière psychiatrique adulte vaudoise depuis 2013. Chaque bénéficiaire est pris en soins au stade où il se trouve par rapport au vécu de sa maladie et de sa santé mentale.

La spécificité de la Maison Béthel est :

**La mise en œuvre systématique du concept du « Rétablissement », avec la dimension spirituelle d'éthique chrétienne.**

Le concept du « Rétablissement », met un accent particulier sur quatre dimensions :

- **l'espoir,**
- **la redéfinition du Soi ou la construction d'une identité positive,**
- **l'Empowerment ou retour au contrôle de soi,**
- **la relation aux autres.**

<sup>1</sup> CS : *Court séjour* au niveau du financement vaudois.

<sup>2</sup> LS : *Long séjour* au niveau du financement vaudois.

## Le concept d'accompagnement

---

Le concept de soins du « Rétablissement », est à priori plutôt orienté vers une approche « cognitivo-comportementaliste » ; des aspects plus psycho-dynamiques (Huguelet, 2007) s'intègrent naturellement au concept d'accompagnement de la Maison Béthel. La Maison Béthel a choisi d'orienter son approche en s'appuyant sur les points suivants:

a) **Le sens donné à la maladie**

- Par des liens avec le passé qui peuvent permettre au bénéficiaire de progresser vers l'espoir et la quête de sens.
- Par une approche mettant en évidence les besoins spirituels des bénéficiaires de soins.

Ainsi l'intervention d'un aumônier formé aux soins psychiques, permet d'accueillir et d'évaluer la détresse spirituelle dans un cadre de soins orientés vers l'espoir et l'avancée vers une vie meilleure et remplie de sens.

b) **L'importance de mieux comprendre l'histoire du bénéficiaire** qui permet de replacer le trouble mental et « par là de mieux comprendre les obstacles qui pourraient se dresser par rapport à l'avancée du traitement. Ce travail « peut aider à restituer une identité positive » (Huguelet); ce qui s'inscrit dans la deuxième et aussi dans la quatrième dimension du concept du « Rétablissement ».

c) **Les liens sociaux, l'accueil et le partage** : Les liens avec les autres bénéficiaires de soins de la maison sont favorisés dans le sens d'une expérience bénéfique de vie communautaire s'inscrivant dans le parcours individuel vers le rétablissement. Les expériences de liens sains et sécurisants sont expérimentées, notamment avec l'équipe soignante, en vue d'un renforcement du Soi.

d) **Des objectifs thérapeutiques pendant le séjour** : Ainsi le travail de soins est basé sur des objectifs thérapeutiques qui sont discutés avec le bénéficiaire lors de sa visite de préadmission. Ils sont réévalués régulièrement en-cours de séjour afin de favoriser l'Empowerment du bénéficiaire par la prise en compte du stade de rétablissement auquel il se trouve. Ces objectifs se traduisent concrètement par la mise en place d'un planning individuel hebdomadaire constitué d'entretiens individuels, d'activités thérapeutiques ou récréatives, de sorties vers l'extérieur.

e) **Des activités thérapeutiques ou récréatives individuelles ou en groupe** visant le cheminement de chacun vers l'espoir, l'expérimentation de liens sociaux, la connaissance de soi avec l'intégration de la maladie tout en renforçant l'individualité et l'auto-détermination.

f) **Le projet après le séjour** : La suite du séjour est travaillée dans la perspective d'une meilleure autonomie dans son lieu de vie. Le projet de suite du séjour est réfléchi avec le bénéficiaire, avec son réseau médical extérieur. Selon la durée et les objectifs du séjour les axes « lieu de vie » et « socio-professionnel » sont travaillés pour préparer la suite après le séjour.

g) **L'approche interdisciplinaire** constituée d'une prise en soins globale bio-psycho-sociale-spirituelle dans une dynamique harmonieuse des compétences de chacun, visant uniquement les objectifs thérapeutiques du bénéficiaire. Ainsi l'équipe est constituée de médecins (généraliste et psychiatre), infirmières spécialisées, assistantes en soins (ASSC), assistantes socio-éducatives (ASE), auxiliaires de santé, aumônier, psychologues, pairs-praticiens, assistant-e social-e, bénévoles, étudiants et apprentis.

En lien avec le concept du « Rétablissement », les objectifs thérapeutiques du séjour sont travaillés, par l'expression individuelle soit librement en groupe, soit dans le cadre d'entretiens individuels ; par la progression de la connaissance de soi et l'avancement dans la conscience de ses propres mécanismes ; par la mise en évidence de ses propres ressources, l'accès à ses « parties saines » ; par l'augmentation du sentiment d'efficacité

## Le concept d'accompagnement

personnelle, ainsi par la construction d'un sens et d'une « lueur de l'espoir », l'estime de soi. Les contacts avec les proches sont favorisés. Des sorties progressives sur l'extérieur sont travaillées et encouragées.

### Les activités

Les activités se déclinent en six groupes :

- **Vivre ensemble** : vie communautaire, affirmation de soi
- **Prendre soin de soi** : gérer son rétablissement, gestion des émotions, gestion des limites, prendre soin de son corps, se relaxer, gymnastique douce, sport et fitness
- **Retrouver un rythme** : gestion du sommeil, repas réguliers, cuisine en groupe et individuelle, atelier pâtisserie
- **S'exprimer, créer** : art-thérapie, expression créative, musicothérapie, activités récréatives,
- **Se divertir** : promenades accompagnées, sorties en bus, jeux de société
- **Spiritualité** : parler d'un sujet et moments de partage avec l'aumônier ouverts à tous.

### Les critères d'admission

- Âge adulte 18 - 65 ans
- Stabilité psychique et somatique – pas de situation d'urgence
- Indication psychiatrique avec un traitement adéquat
- Engagement dans un processus visant l'abstinence (alcool, substances) ou son maintien (prévention de la rechute)
- Personnes sevrées (alcool, substances) ; si nécessaire sevrage en milieu hospitalier avant l'entrée
- Autonomie minimale dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)
- Orientation aux 3 sphères
- Pour adultes de plus de 65 ans : à discuter au cas par cas.

### Indications possibles

- Les indications psychiatriques sont variées :
  - Epuisement, dépression, décompensation légère d'un problème psychiatrique chronique comme: troubles psychotiques, trouble de l'humeur/ bipolarité, troubles de la personnalité, dépendances (alcool, substances).
- Une évaluation par l'équipe d'admission de la maison Béthel est réalisée en collaboration avec le médecin responsable de la maison et avec ses collègues du réseau.

### Motifs principaux d'admission

1. Eloignement du quotidien
2. Décharge familiale
3. Pause thérapeutique
4. Transition hôpital-domicile
5. Attente de placement
6. Mise en danger à domicile / Mise à l'abri :
  - a) Autonomie/AVQ en péril
  - b) Idées suicidaires avec engagement de non passage à l'acte
  - c) Consommations actives (phase de sevrage maîtrisée)
  - d) Relations conflictuelles/violences
7. Alternative à l'hospitalisation :
  - a) Refus du patient d'aller en milieu hospitalier
  - b) Critères d'hospitalisation aigüe insuffisants ou pas de place en milieu hospitalier
  - c) Demande de construction de projet

# Annexe : Le concept du Rétablissement

## Origine du concept

Le concept du Rétablissement<sup>3</sup> en santé mentale est issu de deux courants en Amérique du Nord vers la fin des années 70: d'une part celui d'anciens patients atteints de maladie psychique grave qui veulent montrer qu'il est possible de se rétablir de la maladie psychique. Ces anciens patients ont fait le récit de l'expérience de la maladie vers le rétablissement, puis accompli des recherches scientifiques pour montrer que par un processus interne de transformation vis-à-vis de sa maladie, il est possible d'accéder à une meilleure qualité de vie. Les anciens patients montrent que l'entraide entre usagers est au cœur de la prise en charge. Le premier groupement d'usagers avait d'ailleurs été créé aux E.-U. en 1943 à New York sous le nom WANA (« We are not Alone »). C'est ainsi que « dans les années 80-90, des places de plus en plus nombreuses leur ont été réservées dans ces commissions mettant en place les politiques de santé » (Duplantier, 2012, p. 9). Ainsi ces anciens ont pu témoigner de leur propre expérience pour accéder à une vie « pleine et significative » (Favrod, 2012).

Dans l'histoire de la psychiatrie, suite à l'introduction des neuroleptiques dans les années 50, suit un processus de désinstitutionalisation des patients avec le concept dit de réhabilitation psychosociale qui se met en place. Ce mouvement est issu lui-même de plusieurs courants dont le modèle de vulnérabilité-stress. La réhabilitation psychosociale telle que résumée par Duplantier (2011) dans sa thèse « constitue un état d'esprit de la psychiatrie, organisée en un mouvement, un courant, constitué de plusieurs groupes (familles, usagers, aidants, soignants, décideurs) dont les intérêts sont convergents et qui œuvrent à une meilleure accessibilité aux soins et à une meilleure qualité de vie par une insertion sociale préservée ou retrouvée. » (pp. 37-38). La réhabilitation a pour objectif d'améliorer le fonctionnement de la personne atteinte de troubles psychiques dans ses dimensions sociales, professionnelles et biologiques afin qu'elle puisse s'autonomiser le mieux possible dans son quotidien au sein de la « cité ». « L'émergence du concept du Rétablissement est intimement liée à l'éclosion puis à la croissance du mouvement de la réhabilitation » (Duplantier, 2012, p.11). P. Deegan en tant qu'ancienne usagère de soins en santé mentale, fut une des premières à introduire scientifiquement le terme anglophone de Recovery (Rétablissement). Le premier modèle conceptuel du Rétablissement, selon Jacobson et Greenley (2001), fut réellement défini à la fin des années 90 par un groupe américain de personnes issues de tous milieux (consommateurs, fournisseurs de soins, avocats, politiciens) ayant pour objectif de mettre au point « un modèle de rétablissement en santé mentale » accessible facilement aux usagers de santé mentale. C'est ainsi que selon Jacobson et Greenley (2001) : « les attitudes, les expériences et les processus de changement des individus composent les conditions internes au rétablissement alors que les conditions externes comprennent les circonstances, les événements, les politiques et les pratiques qui peuvent faciliter ce rétablissement » (p. 482, traduction libre).

Hélène L. Provencher, docteur en sciences infirmières et professeur à la Faculté des sciences infirmières de Laval (Québec), propose en 2002 une « tentative de conceptualisation de l'expérience du Rétablissement ».

---

<sup>3</sup> Je nommerai *Rétablissement* avec un R majuscule lorsqu'il s'agit du concept lui-même et *rétablissement* lorsqu'il s'agit de l'action de se rétablir.

### Définition

Les auteurs sont tous d'accord sur le fait que le *Rétablissement*, *Recovery* en anglais, est avant tout un **processus de transformation intérieure de l'individu basé sur l'expérience de sa maladie et de sa façon de retrouver ce qu'il nomme subjectivement sa santé dont « le processus s'amorce par l'acceptation du trouble mental, le désir et la motivation d'effectuer des changements et l'espoir que procurent les ressources spirituelles ou les personnes perçues comme des modèles »** (Young et Ensing, 1999 cité par Provencher, 2002). Le Rétablissement fait appel aux ressources intérieures du patient et sa capacité à les mettre en œuvre (nommé de l'anglicisme « Empowerment »).

**« Un processus par lequel les individus ... reconstruisent et ensuite développent des liens personnels, sociaux, environnementaux et spirituels. Le Rétablissement est un processus d'ajustement de sa propre attitude, de ses sentiments, ressentis et objectifs dans la vie, ainsi qu'un processus de découverte intérieure, de renouvellement personnel et de transformation intérieure. »** (Provencher (2002), Spaniol et al. (1994) p.1, (traduction libre) )

Pour J. Favrod (2012) : **« C'est un peu comme si la personne se rétablissait de la « catastrophe psychologique » de la maladie. »**,

**« La plupart des personnes rétablies se sentent grandies par l'expérience de la maladie et du rétablissement, même si elles ont un statut social inférieur à celui qu'elles avaient avant de tomber malade. (p.8)**

**La personne qui a choisi la voie du rétablissement se sent différente ; elle a évolué et peut exprimer que « le sens des événements a changé pour elle ».** Les récits autobiographiques de plus en plus nombreux font état de la reconnaissance par la personne d'indices et par son environnement de signes d'un mieux-être dans ses dimensions bio-psycho-sociales » et spirituelles. (Barbès-Morin & Lalonde, 2006, p.535)

### Les étapes du rétablissement

Les différents auteurs ont proposé plusieurs étapes dans le cheminement vers le rétablissement, des étapes similaires à celles du deuil où « l'individu franchit une série d'étapes le conduisant à une résolution du deuil lié à la présence du trouble mental. » (Provencher, 2002, p.40) :

- **Le moratoire** : Cette « étape est caractérisée par le **déni, la confusion, le désespoir, le repli et la révolte** » (Favrod, 2012, p. 10). La personne évalue son fonctionnement actuel en référence à son fonctionnement passé ou à fonctionnement idéal (habitat, couple, travail). Selon Pettie et Triolo (1999), « la personne attache une plus grande importance à « qui elle veut être » plutôt qu'à « celle qu'elle n'est plus » (Provencher, 2002, p.40). Dans cette phase, la personne n'a plus d'espoir dans le futur, se sent impuissante dans sa maladie et ses difficultés ; elle peut être en colère contre des personnes, des éléments extérieurs. La souffrance envahit la personne qui se sent figée dans cette étape.
- **La conscience** : Cette étape est caractérisée par la perception d'une **première lueur d'espoir** avec un mécanisme inconscient qui se met en route pour stopper la souffrance intérieure. L'aide médicamenteuse peut aider la personne à passer de la phase du moratoire à la phase de la conscience. (Duplantier, 2012, p.27). Il se passe comme un déclic soit interne, soit provoqué par une personne externe, thérapeute ou proche. La personne va pouvoir envisager un nouveau Soi, imaginer une nouvelle vie. C'est dans cette étape que la personne commence réellement à cheminer vers un allègement de la souffrance, vers une vie meilleure, vers l'acceptation de sa maladie et de ses déficits.

## Le concept d'accompagnement

---

- **La préparation** : Lors de cette étape, la personne est motivée et décidée à agir pour l'amélioration des symptômes de sa maladie. Cette phase se manifeste par la **volonté de changement**. Elle est prête à faire un inventaire de « sa partie saine, de ses valeurs, de ses forces et de ses faiblesses » (Favrod, 2012, p.10). Elle devient de plus en plus autonome pour demander de l'aide. La personne commence à petits pas à prendre confiance en ses propres capacités. Sa motivation vers un mieux-être se renforce pour être prête à entamer la phase de *reconstruction* qui suit.
- **La reconstruction** : Le véritable cheminement vers le rétablissement commence ici par un dur travail sur elle-même. « La personne travaille à se forger une identité positive. Elle établit et avance vers des buts personnels importants. » (Favrod, 2012, p.10). La caractéristique de cette phase est la **prise de responsabilité dans la gestion de sa maladie et la prise de contrôle sur sa vie**. Elle devra aussi accepter la prise de risques, de même que les échecs inévitables qu'elle devra aussi assumer. La personne a besoin dans cette phase du soutien de ses proches, des intervenants externes. Elle a besoin de renforcement positif, surtout en cas de rechute ou d'échec. (Duplantier, 2012, p.29).
- **La croissance** : Cette phase est un peu comme « l'aboutissement du processus » ; « la maladie prend une part beaucoup moins importante dans sa vie ». (Duplantier, 2012, p.30). Les symptômes de la maladie n'ont pas forcément disparu complètement mais la personne a appris à les gérer, à les anticiper. Elle se sent renforcée et grandie à travers l'expérience de la maladie. « Elle a confiance en ses capacités et maintient une vision positive ; elle est tournée vers le futur » (Favrod, 2012, p.10).

### Les dimensions du Rétablissement

Les différents auteurs identifient quatre dimensions au processus du Rétablissement. A chaque phase ces dimensions sont impactées et en évolution. Chaque dimension n'est pas décrite ou nommée exactement de la même façon selon les auteurs. J'ai décidé de présenter ci-dessous les dimensions telles décrites par Provencher (2002) et Jacobson & Greenley (2001), bien qu'elles diffèrent légèrement:

- **L'espoir** : la présence de l'espoir est indispensable au début de la démarche de Rétablissement. Il représente le « catalyseur du rétablissement », « la perfusion qui va permettre au processus de se mettre en route » selon Favrod (2012). **L'espoir est ce qui permet à la personne de croire que les choses peuvent changer et s'améliorer**. Elle peut esquisser des projets et redonner du sens à sa vie. Le temps prend alors un autre sens puisque la personne commence à croire à un futur. La spiritualité peut être un facteur soutenant, permettant de donner du sens à l'existence et à la souffrance. Elle permet d'intégrer une certaine sacralité dans sa vie. « Cette spiritualité passe par la relation à une Puissance supérieure qui ne se réfère pas obligatoirement à Dieu, mais parfois à un être bienveillant » (Duplantier, 2012, p.34). Dans la Foi chrétienne, ce peut être nommé l'Espérance.
- **La redéfinition de soi**: La personne se découvre une **identité** en-dehors de sa maladie. Cette dimension correspond à l'introspection que fait la personne pour **identifier ses ressources et besoins d'aide**. C'est dans la redéfinition du soi que la personne va pouvoir découvrir et apprécier de nouvelles facettes d'elle-même, des stratégies pour soulager ses symptômes de maladie et se définir de nouveaux rôles.
- **L'« Empowerment » et la prise de responsabilité** : ou « **le pouvoir d'agir** » ou « **le retour au contrôle** » : C'est ici que la personne prend des responsabilités et le contrôle sur sa vie. Dans cette dimension la personne retrouve la confiance en elle et la consolide en appliquant des stratégies pour contrôler la maladie et ses symptômes. Trois composantes sont essentielles selon Jacobson & Greenley (2001) : **l'autonomie, le courage** avec la volonté d'agir, et enfin **la responsabilité** avec l'assomption de ses obligations et des conséquences de ses choix.

- **La relation aux autres** : La dimension sociale du processus de rétablissement se caractérise par la capacité de la personne à renouer des contacts avec d'autres, à pouvoir s'appuyer activement sur des amis proches, la famille ou des intervenants extérieurs (sociaux, médicaux), voir sur des pairs-aidants (autres usagers de soins en santé mentale). Le fait de pouvoir avoir du plaisir à nouer des relations sociales et de pouvoir utiliser ces relations comme soutien, par exemple des groupes d'entraide mutuelle, peut augmenter l'estime de soi et créer un sentiment d'appartenance. (Duplantier, 2012, p.36). Cette dimension n'est pas décrite par Favrod (2012) de cette façon.

### Liste de références bibliographiques (en gras les références-clés)

- Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J. & Conus, P. (2013).** Le stigmatisme de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Revue médicale suisse*, 9, 588-92. Accès [http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Frms.medhyg.ch%2Fnumero-377-page-588.htm&ei=w1s8VLWLBOW5ygO98ILgAw&usq=AFQjCNHTT0JeXqMYdU9XwcuZBBs\\_FqjEg&sig2=tipVnFuGWBISv9-1XQabYA&bvm=bv.77161500,d.bGQ](http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAC&url=http%3A%2F%2Frms.medhyg.ch%2Fnumero-377-page-588.htm&ei=w1s8VLWLBOW5ygO98ILgAw&usq=AFQjCNHTT0JeXqMYdU9XwcuZBBs_FqjEg&sig2=tipVnFuGWBISv9-1XQabYA&bvm=bv.77161500,d.bGQ)
- Borg, M., Kristiansen K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, October, 13(5): 493 – 505. Accès [http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fcoverydevon.co.uk%2Fdownload%2FRecovery\\_Recovery\\_oriented\\_professionals-Borg\\_and\\_Kristiansen.pdf&ei=w1k8VN7IPOe7ygP59IKAAw&usq=AFQjCNEuYaGLd6ucRVaEiFHPHkONqTjDrQ&sig2=iJlIdly-nn9HR9r7prakA&bvm=bv.77161500,d.bGQ](http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fcoverydevon.co.uk%2Fdownload%2FRecovery_Recovery_oriented_professionals-Borg_and_Kristiansen.pdf&ei=w1k8VN7IPOe7ygP59IKAAw&usq=AFQjCNEuYaGLd6ucRVaEiFHPHkONqTjDrQ&sig2=iJlIdly-nn9HR9r7prakA&bvm=bv.77161500,d.bGQ)
- Duplantier, M. (2011). *Le concept de Rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : Prise en compte et implications pour la pratique courante.* (Thèse présentée en vue de l'obtention du doctorat en médecine, Faculté de médecine de Grenoble). Accès [http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdumas.ccsd.cnrs.fr%2Fdocs%2F00%2F63%2F92%2F68%2FPDF%2F2011GRE15103\\_duplantier\\_maxime\\_1\\_D\\_.pdf&ei=tVA8VNWGBOHiywOR\\_4LIDg&usq=AFQjCNEpC5TC1vSXaPTQ3DohMDJGzziNoQ&sig2=3tt6JnRwAUwrTvCzrK8tqw&bvm=bv.77161500,d.bGQ](http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdumas.ccsd.cnrs.fr%2Fdocs%2F00%2F63%2F92%2F68%2FPDF%2F2011GRE15103_duplantier_maxime_1_D_.pdf&ei=tVA8VNWGBOHiywOR_4LIDg&usq=AFQjCNEpC5TC1vSXaPTQ3DohMDJGzziNoQ&sig2=3tt6JnRwAUwrTvCzrK8tqw&bvm=bv.77161500,d.bGQ)
- Favrod, J. (2012).** *Se rétablir de la schizophrénie : guide pratique pour les professionnels.* Paris : Elsevier Masson
- Favrod, J., Rexhaj, S. & Bonsack, C. (2012).** Le processus du rétablissement. *Santé mentale, mars*, 166, 32-37.
- Jacobson, N. et Greenley D. (2001).** What is recovery ? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*, Avril, 52 (4), 482-485.  
Accès <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=85752>
- Gravel H., Bernier F. (2011). Maître d'œuvre de mon projet de vie : Témoignage expérientiel et personnel de deux intervenantes pivots du Centre de traitement et de réadaptation de Nemours utilisant l'outil d'intervention « Maître d'œuvre de mon projet de vie ».  
*Le Partenaire*, 20 (3), automne, 23-25. Accès <http://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/volume-20-no-3-automne-2011/>



**Huguelet, P. (2007).** Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères.

*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 158 (6), 271-278. Accès

[http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDQQFjAD&url=http%3A%2F%2Farchive-ouverte.unige.ch%2Farchive%3A40414%2FATTACHMENT01&ei=s1U8VNOgFIXgyQOS\\_4DwBw&usq=AFQjCNHcAd8fqHSJH9jFeXtfCH-6f\\_7i9g&sig2=ysiAGszF8-xPI8D9fxurQA&bvm=bv.77161500,d.bGQ](http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDQQFjAD&url=http%3A%2F%2Farchive-ouverte.unige.ch%2Farchive%3A40414%2FATTACHMENT01&ei=s1U8VNOgFIXgyQOS_4DwBw&usq=AFQjCNHcAd8fqHSJH9jFeXtfCH-6f_7i9g&sig2=ysiAGszF8-xPI8D9fxurQA&bvm=bv.77161500,d.bGQ)

**Provencher, H. L. (2002).** L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27 (1), 34-65. DOI : 10.7202/014538ar