

DE LA DÉTÉRIORATION AU RÉTABLISSEMENT DANS LA SCHIZOPHRÉNIE : HISTOIRE D'UN CHANGEMENT DE PARADIGME

FROM DETERIORATION TO RECOVERY IN SCHIZOPHRENIA: HISTORY OF A NEW PARADIGM

RÉSUMÉ

L'émergence internationale du concept de rétablissement dans la schizophrénie vient bouleverser profondément les représentations classiques du trouble. Contre l'idée d'un *déterminisme évolutif*, le rétablissement désigne la possibilité d'un *devenir favorable* des personnes qui en sont atteintes. Cet article propose de restituer les grandes avancées qui, sur un plan théorique, clinique et sociétal, ont contribué durant ce dernier siècle au passage du statut de "dément inéluctablement déficitaire", à celui de "patient-acteur de sa prise en charge", pour enfin évoluer vers celui "d'utilisateur-citoyen expert de son vécu". Cet éclairage historique oriente la compréhension des enjeux contemporains du concept de rétablissement dans le champ de la santé mentale en France. Dans cette perspective, le rétablissement est discuté et envisagé dans sa qualité de paradigme, à la lumière notamment de pratiques et modèles de soins internationaux.

Mots-clés : schizophrénie, rétablissement, santé mentale.

ABSTRACT

The international emergence of the recovery concept in schizophrenia deeply changes classical representations of the disease. Against the vision of an *ineluctable deterioration*, recovery advocates the possibility of a *positive become* for the majority of persons with the trouble. This article aims to trace the great theoretical, clinical and societal advances that contributed over the past-century to change the status of "a patient with irreversible dementia", to "a patient-actor of his therapeutic program" to finally evolve into "a user-citizens expert of his lived-experience". This historical perspective highlights the understanding of contemporary issues on the concept of recovery in the field of mental health in France. Finally, recovery is discussed on his quality of paradigm, particularly in the light of international practices and models of care.

Key words: schizophrenia, recovery, mental health.

1. De la *détérioration* au *rétablissement* dans la schizophrénie : un siècle de profondes mutations

Les données contemporaines de la recherche en santé mentale nous invitent à modifier profondément notre regard porté sur l'entité nosographique « schizophrénie ». La trajectoire évolutive du trouble s'est inversée au fil de ce dernier siècle. D'une *pente naturelle vers un certain déclin* décrite par Henri Ey [12] (p. 300) et corroborée par les statistiques de son temps (70% d'évolution démentielle ou déficitaire avant l'ère pharmacothérapeutique), les études témoignent aujourd'hui d'une *pente favorable* pour cette même proportion de patients. Cette donnée figure dans le rapport final des études internationales sur la schizophrénie menées par l'OMS [16] et se trouve aujourd'hui soutenue par plus de onze études longitudinales internationales [7]. La compréhension classique de la schizophrénie, associée à des concepts tels que « détérioration », « chronicité », « invalidité », s'en trouve bouleversée.

L'émergence du concept de rétablissement (*recovery*) dans le champ des troubles dits « psychotiques » tels que la schizophrénie, représente un marqueur fort de cette mutation pronostique [18]. Il existe de multiples définitions du rétablissement depuis trente ans mais la caractérisation la plus couramment retenue aujourd'hui met l'accent sur l'expérience vécue des personnes :

« Un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale. » (W. A. Anthony [2], trad. B. Pachoud *in* [26])

Soulignons quelques dimensions essentielles à une telle conceptualisation :

(1) Le rétablissement en ce sens se distingue d'une conception médicale classique centrée sur les facteurs objectifs d'amélioration pronostique. Le rétablissement ne désigne pas tant l'atténuation de symptômes et de déficits du trouble (rémission), ni même l'adaptation à des normes sociétales (réinsertion), que *la qualité de l'expérience de vie quotidienne des personnes*.

(2) Contre l'idée d'une détérioration inéluctable, le courant du rétablissement revendique la possibilité d'un *devenir favorable des sujets* atteints de schizophrénie [26]. L'expression « devenir favorable » met nécessairement en jeu des critères d'évaluation subjective, et c'est en cela que réside à la fois l'originalité principale, mais aussi la complexité du concept de rétablissement.

(3) Le rétablissement se comprend dès lors comme une posture, une attitude, une démarche personnelle [9] plutôt que comme un état. Il s'agit d'un cheminement singulier fondé sur le désir de la personne [24], d'une « conversion du regard » porté sur le trouble et ses conséquences [26].

(4) La recherche étiologique cède progressivement la priorité à l'étude des conséquences du trouble sur le plan existentiel. Dans la lignée des témoignages d'usagers de service de santé mentale dans les années 90 aux Etats-Unis à l'origine de son émergence, les études du processus de rétablissement privilégient de plus en plus les recherches qualitatives. Sans occulter les facteurs médicaux objectifs, les facteurs socio-culturels et subjectifs reviennent donc au centre de l'attention dans l'abord des schizophrénies. En particulier, la « double peine » [3] associée au diagnostic est mise en lumière : le poids du regard stigmatisant est mieux reconnu comme une souffrance psychique à part entière.

Le rétablissement peut-il alors prétendre s'imposer en tant que nouveau paradigme, notamment en France, alors qu'il sous-tend désormais les politiques de santé mentale dans de

nombreux pays même si son usage et les pratiques qui s'en réclament doivent être clarifiés [33] ? L'écart mis en lumière par les recherches qualitatives entre « savoirs experts » et « savoirs expérientiels » *peut-il et doit-il s'atténuer ?*

Certes le chemin était déjà depuis longtemps engagé, et nous devons reconnaître l'ensemble des avancées qui, sur un plan théorique, clinique et sociétal, ont contribué au cours de ce dernier siècle au passage du statut de « dément » inéluctablement déficitaire, à celui de « patient » acteur de sa prise en charge, pour enfin évoluer vers celui d'« usager-citoyen » expert de son vécu.

Mais si les dimensions (1)-(4) mentionnées ci-dessus ont toutes été présentes de façon plus ou moins explicite dans nombre de conceptions novatrices en psychiatrie tout au long du XXème siècle, on peut soutenir que le concept de rétablissement vient néanmoins créer des points de ruptures signifiants avec le modèle psychiatrique classique, sur les plans épistémologique, psychopathologique, et éthique, notamment en raison des opérateurs pour la pratique clinique que ce courant a suscité concrètement. En ce sens, il représente une véritable « révolution » [14]. Pour mieux comprendre l'apport original du concept de rétablissement aujourd'hui, en particulier pour l'abord d'un trouble psychique aussi stigmatisé que la schizophrénie, il convient de restituer son émergence sur le plan historique.

2. De l'étude du déficit à la compréhension de l'expérience vécue.

Les premières conceptualisations de la schizophrénie étaient empreintes d'une vision hautement fataliste concernant l'évolution du trouble et le devenir des personnes qui en sont atteintes. Que ce soit à travers les concepts de dégénérescence, de dissociation ou d'organisation (ou structure) psychotique, le malade tendait à être confondu avec le désordre psychique dont il était affecté. Or la triple superposition entre le diagnostic de schizophrénie,

son pronostic et le devenir de la personne revient à conditionner l'existence du sujet à l'évolution supposée péjorative du trouble. Il importe de comprendre l'empreinte déterministe commune aux différentes théories classiques à la lumière du contexte scientifique dans lequel elles s'inscrivaient. La précarité des moyens thérapeutiques disponibles à cette époque représente une voie d'explication majeure mais non suffisante.

A la recherche d'un déficit fondamental

La nosologie de la schizophrénie est née principalement de deux théories : l'une Kraepelinienne dans une perspective biologique, et l'autre Bleulérienne, dans une perspective davantage psychodynamique. Quelle que soit la place accordée aux facteurs organiques ou psychologiques, le mécanisme ou le processus à l'œuvre dans la genèse de la schizophrénie constitue une énigme scientifique focalisant la pensée des théoriciens classiques. En effet, l'idée de cause et de causalité apparaissent, en se référant au modèle médical issu du 19^{ème} siècle, comme garante d'une rationalité nécessaire à la cohérence du champ de la connaissance. A ce titre, Schweitzer et Puig-Verges [31] rappellent que « la démarche propre à la psychiatrie s'est structurée autour du développement d'un discours portant sur la recherche de la cause comme présumée, et en référence à la causalité comprise dans le sens de l'enchaînement de perspectives et de finalités explicatives » (p. 324).

Les aliénistes de la fin du 19^{ème} siècle sont ainsi en quête d'un fil conducteur susceptible de regrouper, puis d'expliquer, des connaissances disparates produites par l'observation asilaire des malades. La « démence précoce » de Kraepelin (1899) s'inscrit parfaitement dans cette démarche : elle constitue un unificateur nosologique puissant permettant de rassembler des tableaux cliniques variés tels que l'hébéphrénie, la catatonie et les délires paranoïdes. Le diagnostic du trouble est alors subordonné à *l'état d'affaiblissement intellectuel global des malades*, critère évolutif qui ne peut être établi que rétrospectivement.

Ce raisonnement médical conférant une valeur diagnostique à l'évolution démentielle sera maintenu dans la description du *groupe des schizophrénies* (Bleuler, 1911). Selon Bleuler, le trait d'union entre la diversité des manifestations du trouble réside dans son évolution négative. L'existence d'un *état final commun* à plusieurs formes de manifestations pathologiques nourrit l'hypothèse selon laquelle *un processus pathogénique* (la scission ou *spaltung*) est à l'origine de ces tableaux cliniques. Cependant Bleuler avait déjà reconnu que la détérioration était loin d'être inéluctable, et les travaux de son propre fils, Manfred Bleuler, devaient d'ailleurs montrer qu'après 20 ou 25 ans d'évolution, plus de la moitié des personnes atteintes accèdent à un degré satisfaisant d'autonomie et d'intégration sociale [26].

Psychopathologie et évolution/involution

Le puissant déterminisme associé au diagnostic de schizophrénie trouve également sa source dans la *théorie de l'Evolution* dont le rayonnement influença les conceptions psychopathologiques à la fin du 19^{ème} siècle. En appliquant la logique Darwinienne à la théorie de la dégénérescence de Morel, la maladie mentale devient un « contre-sens » du projet normatif et se conçoit ainsi comme la résultante d'un processus « d'involution » [35]. Les concepts de régression et d'involution ont largement nourri la théorie libidinale de Freud, et plus largement, les modèles structuralistes, qui ont contribué à guider une pensée fondée sur *la nature* de la maladie mentale. Nous comprenons alors que l'idéologie scientifique de l'époque ait été peu propice au développement d'un discours portant sur les possibilités d'évolution favorable de la schizophrénie. Plus tard, la théorie organo-génétique de Ey, qui prolonge la pensée de Bleuler, n'échappera pas à cette influence : malgré des conceptions plus nuancées et la description à cette époque de cas de *rémissions durables*, la trajectoire évolutive de la schizophrénie reste *naturellement* associée à une *déchéance progressive* et ainsi à un *état régressif* [12] (p. 300). Comme toute tendance scientifique forte, les premières

théories de la schizophrénie ont difficilement cédé aux avancées de la recherche. Force est de constater qu'elles continuent à marquer aujourd'hui les conceptions du trouble et participent à nourrir les résistances à l'égard du concept de rétablissement.

Multifactorialité et ouverture des perspectives évolutives

Tout au long du 20ème siècle, la diversification des connaissances dans les domaines scientifiques et les mutations sociales, culturelles, idéologiques qui les accompagnent vont conduire à mieux prendre en compte la complexité inhérente à la psychopathologie. L'approche multifactorielle de la schizophrénie, en desserrant l'étai étiologique dans lequel était prise la trajectoire du trouble, apporte un nouveau souffle à ces conceptions évolutives.

La démarche Bleulérienne constitue sans doute une source d'inspiration féconde des modèles de compréhension plurifactoriels de la schizophrénie. Malgré la persistance d'un diagnostic rétrospectif contraint par une évolution déficitaire, *la théorie fonctionnelle de la dissociation* présente en effet un degré de complexité contrastant avec l'argument étiologique unique et purement organique de la *démence précoce* de Kraepelin. Mais il faudra attendre la découverte des neuroleptiques pour que l'approche multifactorielle de la schizophrénie reçoive une pleine assise scientifique.

Le modèle *vulnérabilité-stress* de Zubin et Spring [36] contribuera à sa large diffusion. Selon ce modèle, trois composantes essentielles peuvent interagir et influencer de façon circulaire le développement de la maladie : la vulnérabilité neuropsychologique, le stress environnemental et les facteurs de protection tels que la pharmacothérapie. Le patient aurait la capacité de ne pas se soumettre passivement à une situation, mais de chercher des solutions pour s'adapter (*coping*) à des événements de vie sources de stress. Le modèle vulnérabilité-stress trouve son application-phare dans le courant de la *réhabilitation* [1]. La collaboration du patient aux

interventions thérapeutiques est ici considérée comme favorisant le développement de ses potentialités. La reconnaissance des ressources des malades contraste ainsi avec une conception largement axée sur le déficit véhiculée par les théories classiques. D'autres approches théoriques ont permis d'offrir un nouveau regard sur le trouble schizophrénique et la personne qui en est atteinte.

Approche phénoménologique et compréhension de l'expérience vécue

La phénoménologie, notamment avec des auteurs majeurs tels que Minkowski ou Binswanger, contribue à redonner au patient sa place de sujet dans l'humanité. La méthode de compréhension propre à la démarche phénoménologique permet de se situer au plus proche du *vécu* du patient. Les recherches sur le processus de rétablissement s'inscrivent dans cette démarche dans la mesure où elles se nourrissent de l'expérience dont témoignent les sujets.

Rappelons que l'attitude phénoménologique a été définie par Husserl (1900) comme *retour aux choses-mêmes*. La structure fondamentale de la méthodologie phénoménologique est constituée par la suspension de tout jugement ou *epochè*. Cette méthode vise à saisir la vie intentionnelle de l'homme dans ses modes et ses processus de constitution, en mettant hors circuit toute théorie de la réalité antérieure à celle-ci. Aussi, Tatossian [34] insiste-t-il sur la fonction épistémologique de la phénoménologie en psychiatrie. En tant qu'attitude « préthéorique », elle tend à se dégager d'une démarche de recherche guidée par des exigences de validations théoriques. Elle échappe de ce fait à une forme de réductionnisme scientifique inhérent, nous l'avons vu, à la prépondérance du raisonnement causal.

Au-delà de ces considérations épistémologiques, le courant phénoménologique soutient une conception de la psychopathologie qui se distingue du cadre de pensée classique fondée sur l'idée d'*involution*. Puisque tout sujet porte en lui un potentiel d'actualisation, il se constitue

dans le devenir, à travers ses expériences de vie. Ces dernières ne conditionnent pas tant un destin, qu'une manière d'*être-au-monde* (Heidegger, 1927) en perpétuelle construction.

Binswanger définit en effet les différentes maladies psychiques comme autant de modalités d'existence. De la même manière, Minkowski [23] remplace *l'être malade* par *l'être différent* et se dégage ainsi d'une conception déficitaire : « mettons maintenant à la place d'un "moins" un "différemment" » (p. 233). Dans ce cadre, la maladie psychique constitue un aléa de l'existence qui vient entraver le potentiel d'actualisation du sujet sans pour autant l'abolir. Dès lors, comment qualifier l'expérience schizophrénique ? Pour Minkowski [22], il s'agit d'une *perte de contact vital avec la réalité*. Puisque la perte n'est pas un manque, un défaut, il est possible de rétablir le contact avec le champ de l'expérience. Le devenir du sujet n'est plus contraint par ses déficits psychiques ou organiques mais demeure potentiellement réactualisable. Cette conception dynamique place au cœur de la démarche clinique l'influence de l'attitude des cliniciens sur la relation thérapeutique. En effet, selon Minkowski [22] (p. 270) : « la notion de curabilité peut avoir par elle-même une valeur curative » car, dit-il « elle embrasse non seulement les symptômes du malade mais encore notre attitude à son égard et contient ainsi une indication sur la conduite que nous devons tenir vis-à-vis de lui [...] ». Le clinicien reconquiert ainsi une place dans l'espace thérapeutique de la schizophrénie : « on est allé jusqu'à dire que la schizophrénie, en raison de l'extension qu'elle prenait, devenait le synonyme de folie. Ceci est exact, avec la réserve toutefois que "fou" veut dire fou et rien de plus, tandis que "schizophrène" veut dire : susceptible d'être compris et d'être guidé par nous » (*ibid.*, p. 273). Le « schizophrène » jusqu'alors considéré comme « insensé » est ainsi progressivement compris dans sa différence, à travers ses expériences. D'autres mouvements de pensée plus militants prendront le relais de cette défense de l'expérience schizophrénique.

3. Les évolutions sociétales : un patient-citoyen militant pour ses droits

Durant la seconde moitié du 20ème siècle, des facteurs tant sociaux, humanitaires, scientifiques, qu'économiques contribuent au passage d'une politique « asilaire » à un grand mouvement de « désinstitutionnalisation ». Parallèlement à une profonde réorganisation du système de soins psychiatriques – par transfert progressif des lieux de soins et des professionnels de l'hôpital vers la cité – le statut des personnes vivant avec des troubles psychiques se modifie pour qu'elles soient mieux considérées dans leurs droits et leur citoyenneté.

L'institution psychiatrique en question

Les années de l'après-guerre voient l'éclosion de pratiques nouvelles se proposant de remanier la psychiatrie. De la psychothérapie institutionnelle à la politique de secteur, l'antipsychiatrie représente la pointe extrême de ce mouvement. Cette contestation de l'institution asilaire trouve ses sources entre 1950 et 1960 aussi bien dans les discours en faveur des droits de l'Homme après la Libération, dans les travaux d'auteurs comme Michel Foucault, que dans les possibilités qu'ouvre la découverte des premiers neuroleptiques.

Un vaste processus de « désinstitutionnalisation » s'opère au bénéfice des soins ambulatoires avec le développement de structures de soins dans la communauté. Des modalités de soins plus légères et alternatives à l'hospitalisation (suivi à domicile, famille d'accueil) se multiplient. Le développement de l'accès au logement (appartement associatif, foyer d'hébergement spécialisé) et au travail [29] initie *la prise en charge sociale des patients*. La politique de secteur (1960) vient instituer cette réorganisation des lieux de soins. Le patient sera désormais traité en principe dans son cadre de vie. Depuis lors, deux tiers des patients suivis par le service public le sont hors des murs de l'hôpital [3]. Néanmoins, cette désinstitutionnalisation s'est parfois faite de manière autoritaire. La mise en place de cette

nouvelle orientation s'est heurtée à des contraintes économiques, organisationnelles et politiques. La carence de lieux thérapeutiques extrahospitaliers est souvent venue mettre à mal la continuité des soins pour un certain nombre de patients. Les familles, alors fréquemment démunies et esseulées face au manque de suivi thérapeutique de leur proche, dénoncent, pour reprendre l'expression de l'association UNAFAM, un système « d'externement abusif » [3]. Le mouvement de la psychiatrie communautaire, favorisant la prise en charge des individus dans leur contexte de vie, viendra bien plus tard en France, répondre en partie à ces écueils.

La « révolution thérapeutique » que constitua la découverte des neuroleptiques, puis le mouvement de désinstitutionalisation, en interrogeant le rôle de la psychiatrie dans la société, va contribuer au développement du courant de l'antipsychiatrie à partir des années 1960 [30]. L'antipsychiatrie, portée entre autre par Laing et Cooper en Angleterre et le mouvement « anti-institutionnel » soutenu par Basaglia en Italie, viennent contester l'organisation classique des soins. Le système psychiatrique est accusé de négliger le discours des malades, et ce davantage depuis la découverte et l'utilisation massive des neuroleptiques. Nous retrouvons au sein de ce courant de pensée une volonté de déconstruire l'entité « folie » en refusant de la penser comme incompréhensible. Ainsi, le courant de l'antipsychiatrie tente de dégager la folie de sa désignation négative. Notons que les premières revendications « antipsychiatriques » se développent à partir de témoignages de sujets ayant fait l'expérience de l'internement, comme le rappelle Di Vittorio [11] : « le premier aspect de l'antipsychiatrie, celui qu'il ne faudrait jamais oublier, c'est le témoignage de ceux qui ont joué leur vie à l'intérieur de l'appareil psychiatrique » (p. 314). Le courant du rétablissement répond aussi à ce devoir de mémoire et vient renouveler cet appel éthique à mieux entendre la voix des usagers.

L'antipsychiatrie a fabriqué de nouvelles institutions, alternatives à la psychiatrie, quand cette dernière était pensée comme un système autoritaire et hiérarchique, dépersonnalisant les patients, voire source de leurs troubles et de leur violence. A titre d'exemple, la clinique de La Borde à Cour-Cheverny créée par Oury dès 1953 a toujours pour projet fondateur d'être un lieu de vie dans lequel les patients sont considérés sur un pied d'égalité avec les soignants. Ainsi, le soin est étendu à toute l'institution. Ces tentatives thérapeutiques, toujours actuelles, ont notamment montré la nécessité de rendre la relation soignant-soigné moins asymétrique et moins paternaliste.

Le statut de « malade » en question

Le chemin de la « psychiatrie citoyenne » [29], au-delà d'une réorganisation du système de soin, appelle à une transformation du statut même de la personne soignée. Si les courants présentés précédemment ont favorisé un profond remaniement du statut social des malades, les associations de défense des droits des patients en psychiatrie vers la fin du 20ème siècle ont pris le relais de cette lutte pour la reconnaissance des droits des usagers [6]. « *Nothing about us without us* »¹, tel est le mot d'ordre de ces mouvements d'usagers qui se mobilisent pour une réappropriation de leur pouvoir d'agir, et s'extraire ainsi d'une logique de dépendance, d'invalidité et de chronicité.

La considération de la voix des usagers est progressivement rendue manifeste dans de multiples domaines :

- Dans le champ de la recherche tout d'abord, dans la mesure où les témoignages d'usagers « survivants de la psychiatrie » sont en grande partie à l'origine des conceptualisations de l'évolution favorable des troubles psychiques. A titre d'exemple, Andreasen et ses collaborateurs (2005) expliquent comment le groupe de travail ayant abouti à la définition

¹ "Rien sur nous, sans nous."

du concept de rémission dans la schizophrénie est né à la suite de la pression des usagers des soins psychiatriques.

- Au cœur même des pratiques cliniques, dont les orientations récentes se préoccupent de donner au patient les moyens d'être acteur de sa santé et à son entourage d'être partenaire du projet de soin.
- Par des mesures législatives enfin, actant la reconnaissance des droits des usagers, tant en termes de compensation sociale, que d'accès aux informations médicales les concernant.

En France, on peut évoquer la loi du 4 mars 2002 relative *aux droits des malades*. Cette dernière insiste sur les informations à donner au patient sur sa santé et l'obligation de lui annoncer le diagnostic de la maladie dont il est atteint. En actant d'une nécessaire considération de la personne malade comme un partenaire de santé, cette mesure traduit une modification de la relation thérapeutique. En effet, la communication de l'information médicale est une forme de partage du savoir qui tend à diminuer le caractère asymétrique de la relation patient-soignant [27]. Cette mesure législative a eu ainsi un impact fort en psychiatrie, tant les malades psychiques – et *a fortiori* ceux atteints de schizophrénie – ont été longtemps considérés comme inaptes à recevoir une quelconque information sur leur trouble.

En France, il importe également de mentionner la loi sur le *handicap* de 2005 issue de demandes récurrentes d'associations d'usagers tels l'UNFAM. Pour la première fois, les troubles psychiques ont été reconnus comme pouvant constituer une source spécifique de handicap. Cette mesure législative s'inscrit ainsi dans la lignée des évolutions précédemment mentionnées qui, en ce décentrant des préoccupations étiologiques, tendent à mieux considérer les conséquences sociales des troubles psychiques. Néanmoins, la notion de handicap psychique comporte une certaine ambivalence dans son rapport à la détérioration et au déterminisme évolutif. D'un côté, sa définition marque une volonté de se distinguer de l'aspect irréversible d'autres handicaps. Par exemple, la différenciation établie relativement à

une atteinte purement neuro-cognitive va à l'encontre d'une conception dégénérative des pathologies psychiques (telles que la schizophrénie). D'un autre côté, le seul terme de « handicap » véhicule l'idée de dépendance et de chronicité venant s'opposer au principe *d'empowerment* (« appropriation du pouvoir d'agir ») inhérent au paradigme du rétablissement. Le terme de « handicap » comporte dès lors un potentiel stigmatisant dont l'intériorisation par la personne est susceptible d'avoir un impact sur son processus de rétablissement. En outre, cette mesure comporte le risque d'une *conformité nécessaire* à ce statut défini par la loi afin de pouvoir justifier d'aides et de droits. Puisque le handicap psychique est en parti défini par des habiletés adaptatives, le risque serait plus globalement de réduire la souffrance individuelle à un indicateur de dysfonctionnement social qu'il conviendrait alors d'effacer ou de compenser [5]. Néanmoins les conséquences de cette loi de 2005 pour *les personnes en situation de handicap* ont été importantes, malgré les controverses suscitées et les réserves liées à ces risques. Outre la possibilité d'une reconnaissance inédite sur le plan des aides sociales, financières et humaines, cette loi a suscité la création des *Groupes d'Entraide Mutuelle* (GEM), dispositifs gérés et animés par les personnes elles-mêmes. Ces derniers viennent concrétiser la considération nouvelle de l'expertise des usagers.

4. Les évolutions cliniques : un patient-acteur de sa santé et expert de son vécu

Les évolutions évoquées précédemment amènent à considérer la *réinsertion* et l'*autonomie* du patient comme étant les principaux enjeux de la psychiatrie de la fin du 20ème siècle. Le déplacement des modes de traitement de l'hôpital vers la cité conduisent à une modification profonde des objectifs thérapeutiques : du traitement de la maladie à la considération de ses répercussions sur la vie quotidienne de la personne. Le mouvement de la *réhabilitation psychosociale* va progressivement gagner du terrain en France, attestant le passage d'un

modèle de santé purement médical à un modèle intégrant les dimensions sociales et politiques. Ce mouvement s'accompagne d'une considération accrue des individus dans leur contexte mais aussi de l'*empowerment* comme outil et objectif thérapeutique. L'objectif d'une réinsertion des personnes atteintes de schizophrénie s'étend progressivement à celui d'une réappropriation par les personnes du contrôle de leur existence. Le concept de rétablissement s'inscrit dans ce nouveau paradigme qui conjugue un modèle de soin à une forme plus active et participative, et davantage centré sur la personne dans sa globalité.

De la réadaptation à la réhabilitation (du « savoir-faire » au « savoir-être »)

Le terme de réhabilitation psychosociale désigne tout autant un objectif à atteindre que le processus favorisant cette finalité [24]. Ce processus met en œuvre une palette variée de traitements (psychoéducation, remédiation cognitive, pharmacothérapie) et comprend ainsi des interventions de *réadaptation* et de *réhabilitation*. Les modalités d'interventions sous-tendues par ces deux processus peuvent être précisées en tant que « savoir-faire » et « savoir-être » [1]. La *réadaptation* vise le développement d'un « savoir-faire » afin de pallier un déficit, alors que la *réhabilitation* s'inscrit dans l'émergence d'un « savoir-être » avec l'objectif d'une réinsertion sociale. Le processus de réhabilitation prend ainsi davantage en considération le handicap sous l'angle de l'interaction entre la personne et son environnement. L'alliance thérapeutique avec l'entourage des patients peut rejoindre cette perspective dans la mesure où il s'agit de favoriser le potentiel étayant et sécurisant de l'environnement proche du patient.

La valorisation du processus de réhabilitation, au point d'observer dans le langage sa substitution à celui de réadaptation, semble traduire une évolution signifiante des préoccupations thérapeutiques : du traitement des déficits et symptômes de la maladie à la

considération de leur retentissement sur le fonctionnement de la personne [20]. La réduction des incapacités et la création de nouvelles habiletés visent de manière privilégiée la diminution du handicap de la personne et ainsi la restauration de sa place de citoyen dans la société. En d'autres termes, le développement d'un *savoir-faire* est au service de celui d'un *savoir-être*. La stabilisation et la rémission des symptômes tendent à ne plus être considérées comme les seuls objectifs thérapeutiques : ces derniers s'étendent à l'amélioration du fonctionnement de la personne. L'opérationnalisation de concepts tels que la « rémission fonctionnelle »² ou la « rémission psychosociale »³ s'inscrit dans cette perspective. Elle répond au besoin d'établir des évaluations plus « écologiques » en vue d'améliorer les dimensions en jeu dans la réinsertion des patients dans leur environnement [17]. Parallèlement à l'introduction de ces concepts et de ces pratiques évaluatives, les approches psychothérapeutiques de la schizophrénie se développent et se diversifient avec le souci de mieux considérer les capacités du patient à s'adapter aux contraintes du quotidien, de la maladie et de la vie en société. Le développement des « habiletés psychosociales » constitue ainsi progressivement l'enjeu des nouvelles thérapies des psychoses, notamment dans l'approche familiale et cognitivo-comportementale.

De la réhabilitation au rétablissement (du « savoir-être » au « pouvoir d'agir »)

Le modèle de la réhabilitation s'inscrit dans le contexte sociétal précédemment décrit visant à mieux considérer le handicap induit par la pathologie psychotique afin de favoriser la réinsertion de la personne dans les domaines socio-professionnels. Néanmoins, penser les répercussions pour la personne uniquement en référence à la qualité de son insertion sociale comporte le risque de privilégier l'adaptation à des normes collectives au détriment de l'appréciation subjective de la personne. Selon Lysaker et Lysaker [21], on a tendance

² The Functional Remission of General Schizophrenia [FROGS] Scale: Llorca et coll., 2009.

³ The Psychosocial Remission in Schizophrenia [PSRS] Scale: Barak, Bleich, Aizenberg, 2010.

aujourd'hui à expliquer les difficultés psychosociales chez les personnes atteintes de schizophrénie comme la conséquence de processus biologiques (e.g. une insuffisance de la coordination de l'activité cérébrale) ou de processus sociaux (e.g. la perte de l'estime de soi qui résulterait de la stigmatisation des maladies mentales). Ces postulats, bien qu'ayant grandement contribué à améliorer notre compréhension contemporaine du handicap psychique, ne tiennent pas compte de *la façon que l'individu a de vivre lui-même, d'interpréter, et de répondre à sa maladie en tant que personne*. Dans cette même perspective, Pachoud [25] met en lumière une conception implicite de la psychiatrie contemporaine basée sur un mode d'appréhension quantitatif des troubles. Cette conception largement répandue se révèle être réductrice dans la mesure où les dimensions quantitativement mesurables (e.g., la symptomatologie, les déficits cognitifs) ne s'avèrent que très partiellement corrélées⁴ à la qualité du fonctionnement de la personne (*ibid.*). Ce constat contraint à considérer d'autres paramètres impliquant la subjectivité, l'histoire du sujet et une dimension sociale et relationnelle [26]. Tenir compte du retentissement subjectif, c'est considérer que la capacité adaptative de la personne est intrinsèquement singulière et dynamique, et ne doit pas être pensée qu'en référence à des déficits objectivement mesurables. Cette posture implique de considérer l'amélioration des habiletés psychosociales au service d'un processus allant au-delà de la réinsertion sociale : celui de la *réalisation de la personne*, autrement dit, du *rétablissement expérientiel*. Le développement du « pouvoir d'agir » (*empowerment*) de la personne, intimement lié au rétablissement expérientiel, ouvre davantage sur une réappropriation autonome de son existence que ne le permet le « savoir être » visé par la réhabilitation.

⁴ Selon la méta-analyse de Bernard Pachoud [25], seuls la symptomatologie négative et certains des troubles cognitifs (*i.e.*, les troubles des fonctions exécutives et de la mémoire verbale) constituent des facteurs prédictifs de l'aptitude au travail.

Méthodes	But/compétences à acquérir	Concepts organisateurs
70s : Traitements comportementaux	Contrôler les symptômes gênants « <i>savoir</i> »	<i>stabilisation,</i> <i>rémission symptomatique</i>
90s : travail sur les habiletés sociales	Favoriser l'insertion sociale « <i>savoir-faire</i> », « <i>savoir-être</i> »	<i>réadaptation, réhabilitation,</i> <i>rémission fonctionnelle</i>
2000+ : approche centrée sur la personne	Favoriser la réalisation personnelle « <i>pouvoir d'agir</i> », « <i>pouvoir d'être</i> »	<i>rétablissement expérientiel</i>

Evolution des pratiques cliniques

Le tableau ci-dessus illustre l'évolution des pratiques cliniques dans le champ psychiatrique, des traitements visant à réduire les symptômes et les déficits du trouble, à ceux tendant vers la prise en compte du sujet dans sa globalité.

5. Le rétablissement expérientiel : une transformation du regard porté sur le trouble

La reconnaissance de *l'expertise* des « citoyens-usagers-acteurs » [30] constitue l'axe central des évolutions inhérentes au concept de rétablissement. Il ne s'agit plus seulement de considérer l'évolution de la maladie psychique, ni même l'insertion sociale des personnes, mais bien la réappropriation par les sujets du sens de leur existence. Cette nouvelle perspective vient modifier les cadres de pensée classiques en santé mentale. Rappelons que le rétablissement expérientiel ne désigne pas *un point de retour* à l'état de fonctionnement pré-morbide, mais bien *une dynamique de transformation* identitaire. La conception expérientielle du rétablissement se distingue ainsi d'une conception médicale classique selon laquelle la santé exclut la maladie et réciproquement. Le sujet en rétablissement se comprend dans son rapport à un nouvel équilibre existentiel reconstruit *au décours de et par* l'expérience de la

maladie. A côté d'une valeur négative, le pathologique revêt ici une signification positive, celle d'une réorganisation des relations existant entre le vivant et son milieu⁵. Dans cette perspective existentielle, la norme perd son statut de moyenne statistique pour se muer en projet singulier. Dans ce cadre, les composantes associées au rétablissement expérientiel (telles que l'espoir, l'autodétermination, le contrôle des symptômes, le soutien par autrui) ne constituent pas des facteurs prédictifs d'une amélioration du trouble, mais bien des expériences, valeurs, dispositions, susceptibles de « révéler » les ressources et le potentiel de croissance des personnes. En ce sens, ce modèle soutient l'idée forte et porteuse d'espoir selon laquelle toute personne peut connaître le chemin du rétablissement, quand bien même elle présenterait des facteurs classiquement reconnus comme étant de « mauvais pronostic ».

Le rétablissement expérientiel n'est donc pas considéré en rapport à la présence ou l'absence de symptômes mais se comprend au regard d'un autre axe qui implique de se tourner vers le futur, de faire de nouveaux investissements dans le domaine du travail, des relations sociales et familiales, des domaines artistiques ou spirituels. Dans ce dernier, il ne s'agit pas tant d'atténuer des déficits, ni même d'accompagner le développement de nouvelles habiletés pour pallier ces déficits, mais bien de s'étayer sur les ressources déjà présentes en chaque sujet. Sur le plan thérapeutique, la priorité n'est plus de contenir la maladie, mais de soutenir un projet, en veillant à optimiser le recours aux ressources de la personne et à respecter la singularité de sa démarche [26]. Ce changement de regard sous-tendu par le concept de rétablissement peut-il avoir un impact durable et significatif sur le champ de la santé mentale en France ?

⁵ Cette perspective rejoint la thèse de Canguilhem (1966) sur les rapports entre normal et pathologique. Selon cette thèse, la maladie est définie comme la perte d'une créativité normative qui permet à un individu de chuter, puis de se relever, et la santé comme le recouvrement de cette dynamique de réajustement, de rééquilibrage.

6. Vers un nouveau paradigme en santé mentale

Le rétablissement expérientiel apparaît comme un cheminement au fil duquel le sujet modifie son rapport au trouble, à son histoire, aux autres, à son existence. Cette métamorphose, si elle reflète le vécu intérieur de nombreux sujets, concerne aussi nécessairement le regard porté, le discours tenu, les théories construites, à leur égard. Pourtant, force est de constater la persistance de profonds *hiatus* dans le champ de la santé mentale entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels, conceptions « naturalistes » et « humanistes ». L'enclage de ces divergences semble nuire aux transformations des représentations sociales de la maladie psychique (en particulier de la schizophrénie) et *a fortiori*, à l'émergence d'un nouveau paradigme dans la politique de santé mentale en France. En effet, ce changement de paradigme, dont le 21^{ème} siècle pourrait voir l'émergence, suppose une modification des représentations savantes des professionnels eux-mêmes, quelles que soient les orientations dont ils se réclament [10]. Lantéri-Laura [19] définit le terme de *paradigme* comme « un ensemble de conceptions admises par tous pendant une certaine période, ensemble à l'intérieur duquel peuvent s'affronter des théories qui, sans cet ensemble, resteraient inconcevables les unes comme les autres ». Ainsi, l'enjeu n'apparaît pas tant celui d'une homogénéisation des courants de pensée qui traversent le champ de la santé mentale (« conformisation » dont le risque premier est d'ailleurs celui de l'idéologie), mais bien celui de la construction d'un cadre qui garantirait la cohérence d'un ensemble, c'est-à-dire qui pourrait accueillir et faire coexister différents éclairages théoriques et pratiques cliniques. C'est dans cette double fonction de « réforme » et « d'organisation » des pratiques et des savoirs que le rétablissement semble pouvoir être conceptualisé. Nous proposons ainsi quelques pistes de réflexions, non exhaustives, permettant d'envisager l'assise paradigmatique

du rétablissement en France, à la lumière notamment de pratiques et de modèles de soins bénéficiant déjà d'une large reconnaissance internationale.

Favoriser le décloisonnement des savoirs et des pratiques

La problématique inhérente à la définition d'un nouveau paradigme dans le champ de la santé mentale pourrait se décliner comme suit : comment penser un modèle de soin qui viendrait garantir la cohérence d'un ensemble (pour reprendre les termes de Lantéri-Laura), sans tomber dans l'écueil d'un système hégémonique ? Pour Hardy-Baylé et Bronnec [15], il s'agirait de créer une « théorie des pratiques » organisée autour du projet de soins des patients. Dans cette perspective, la mise en réseau devient incontournable, car elle permettrait de formuler des hypothèses de soins issues de la complémentarité des pratiques en créant un lieu d'échange entre praticiens et théoriciens [5]. Mais l'éthique du rétablissement, invitant à ne pas dépersonnaliser le trouble psychique, nous amène à envisager cette mise en réseau dans une plus large perspective. Au côté du discours « savant », il s'agirait finalement de favoriser la considération de l'expertise des sujets et la mise en perspective de la voix des « non-spécialistes » (tels que l'entourage de la personne, les associations d'usagers et finalement tout acteur concerné par les questions de santé mentale). Le paradigme se comprend ici en termes de *posture* plutôt qu'en termes de corpus de connaissances. L'expérience des sujets est au cœur de la démarche thérapeutique et non seulement sa maladie.

Considérer le sujet en tant qu'expert

Une meilleure articulation entre le savoir professionnel et le savoir expérientiel passe, sur le plan épistémologique, par une valorisation de la démarche auto-évaluative. Dans le domaine de la recherche, ce principe revient à considérer le sujet dans son expertise, c'est-à-dire comme un véritable partenaire [9]. Autrement dit, le sujet participe à l'élaboration d'un savoir

sur lui, sur ce qui le constitue. Cette garantie éthique, déployée dans le domaine des soins, consiste à soumettre également les interventions thérapeutiques aux personnes et groupes de personnes concernées. Ce mouvement de réciprocité tend vers la définition d'un *dispositif de modification psychique consentie* [32] et constitue la condition même du développement du « pouvoir d'agir » des sujets.

Se centrer sur les valeurs des personnes soignées

La considération grandissante de la « voix » des usagers dans les pratiques de soins psychiatriques fait aujourd'hui l'objet d'une réflexion renouvelée et oriente la définition de nouveaux cadres de références, tel que celui de la « médecine fondée sur les valeurs » (*Values-Based Medicine* [VBM]) développée depuis vingt ans au Royaume-Uni par le psychiatre et philosophe Fulford [13]. Ce cadre conceptuel voit en l'intervention des valeurs en psychiatrie, non une marque d'immaturité scientifique, mais bien au contraire le reflet des avancées d'une discipline complexe concernée par la totalité de l'expérience humaine [28]. La démarche de soin centrée sur les valeurs (VBM) ne prétend pas s'opposer à celle centrée sur les faits (*Evidence-Based Medicine* [EBM]), mais la compléter. Elle vise à répondre à la complexité croissante des valeurs pertinentes dans une décision de soins par la formulation explicite de certains principes pratiques et théoriques. Ces derniers constituent des orientations précieuses lorsqu'apparaissent des conflits de valeurs, comme nous le rencontrons presque quotidiennement dans nos pratiques professionnelles.

A titre d'exemple, le principe théorique dénommé *person-centered practice* en appelle, en cas de conflit, à s'informer en priorité de la perspective de la personne ou du groupe de personnes concernées par une décision. Les valeurs partagées par la collectivité, même opérationnelles, ne peuvent se substituer aux valeurs effectives d'un individu. Cependant, si les valeurs de la personne soignée sont déterminantes, les valeurs d'autres personnes (membres de la famille,

cliniciens, tout autre membre de l'équipe impliqué), voire celles de l'environnement socio-culturel, sont aussi importantes à prendre en compte [28]. Ainsi Fulford [13] considère qu'il n'y a pas d'unique perspective correcte : la pluridisciplinarité est essentielle à l'expression d'une diversité de valeurs. Cette diversité ne doit pas être réduite par consensus, mais explorée par *dissensus*, c'est-à-dire par un processus qui fonde la décision en confrontant et équilibrant les multiples perspectives, sans les hiérarchiser arbitrairement.

Quel travail pour le regard du professionnel ?

De la qualité de notre accueil des sujets atteints d'une maladie psychique dépend la tolérance de la société à leur égard. La compréhension du rétablissement expérientiel place éminemment l'expérience schizophrénique dans un *continuum* singulier entre le pôle de la normalité et celui de la pathologie. Ce dynamisme inhérent au processus de rétablissement risque cependant d'échapper au regard des professionnels de santé, confrontés quotidiennement aux cas les plus problématiques et aux expériences les plus douloureuses. Ainsi en est-il particulièrement des soignants qui exercent dans les secteurs de soins d'urgence ou d'hospitalisation fermée. Par exemple, la confrontation aux répétitions des décompensations chez un même sujet peut tendre à une appréhension déterministe du trouble, voire à un sentiment d'impuissance thérapeutique. La théorie de Cohen [8] illustre particulièrement bien ce phénomène. Les auteurs parlent d'« illusion des cliniciens » pour qualifier la tendance des soignants à généraliser leurs observations réalisées à partir d'un échantillon de patients à toute une population portant le même diagnostic. Afin d'atténuer ce biais de représentation, il s'agirait par exemple de favoriser le décroisement entre les professionnels d'un même secteur de soin en privilégiant la communication entre les services intra et extra hospitaliers. Dans cette même optique, les échanges avec les réseaux associatifs d'utilisateurs apparaissent riches d'enseignements. Notre perception d'un trouble psychique se

trouverait élargie et nuancée au contact de personnes ne se définissant plus seulement à travers le prisme de la maladie.

« Si l'on continue de penser que les schizophrénies ne peuvent guérir, alors nos patients ne guériront jamais » [4]. Ces propos nous rappellent que si le processus de rétablissement constitue prioritairement une démarche personnelle, son déploiement apparaît nécessairement s'inscrire dans la rencontre intersubjective. *L'espoir* du rétablissement, dans le respect du temps psychique du sujet, n'est pas la perception réconfortante d'un devenir, mais sa *condition même de possibilité*. Sur le plan de la rencontre thérapeutique, ce postulat sous-tend une conversion du regard porté sur la schizophrénie et le sujet qui en est atteint : elle suppose une ouverture inconditionnelle à l'autre dans son potentiel de croissance et de mobilité existentielle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Anthony W.A., Liberman R.P. 1986. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin* 12 : 542-559.
2. Anthony W.A. 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16: 11-23.
3. Besançon M.N., Jolivet B. 2009. *Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne*. Paris : Les éditions de l'Atelier.
4. Bottéro A. 2008. La question de la guérison des schizophrénies. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* : 9-11.
5. Bouleau J.H. 2011. Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau. *Annales Médico-Psychologiques* 169 : 188-191.
6. Caria A. 2007. La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions. In Guelfi J.D. et Rouillon F. *Manuel de Psychiatrie*. Paris : Elsevier-Masson.
7. Ciompi L., Harding C., Lehtinen K. 2010. Deep concern. *Schizophrenia Bulletin* 36 : 437-439.
8. Cohen P., Cohen J. 1984. The clinician's illusion. *Arch Gen Psychiatry* 4 : 1178-1182.
9. Davidson L. 2003. *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New-York: New York University Press.
10. Desmons P. 2006. *Changement de syntagme – de la classification à la déclassification : laïciser la santé mentale*. Communication au séminaire du 22-23 juin 2006 : contributions à une théorie de la construction sociale du trouble psychique. EPSM-Lille Métropole.

11. Di Vittorio P. 2008. Oublier l'antipsychiatrie ? In Arveiller J., *Psychiatries dans l'histoire*. Caen : P.U.C, 313-322.
12. Ey H. 1955. Formes évolutives. Rémissions. Formes terminales. Problème du pronostic des schizophrénies. In Garrabé J. (1996), *Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, 61-79.
13. Fulford K.W.M., Peile E., Carroll H. 2012. *Essential Values-Based Practice: Clinical stories linking science with people*. Cambridge : Cambridge University Press.
14. Greacen T. Jouet E. 2012. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Toulouse : Érès.
15. Hardy-Baylé M.C., Bronnec M. 2003. *Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner ?* Paris : Odile Jacob.
16. Hopper K., Harrison G., Janca A., Sartorius N. 2007. *Recovery from schizophrenia. A report from the WHO collaborative project, The International Study on Schizophrenia*. Oxford : Oxford University Press.
17. Koenig M., Castillo M.-C., Blanchet A. 2011. Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie* 214 : 339-346.
18. Koenig M., Castillo M.-C., Schaer V., Le Borgne P., Bouleau J.-H., Blanchet A. 2012. Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *L'Information Psychiatrique* 88 : 279-285.
19. Lantéri-Laura G. 1998. *Essais sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris : Editions du temps.
20. Lecomte T., Leclerc C. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Québec : Presses de l'université du Québec.
21. Lysaker P.H., Lysaker J.T. 2011. La schizophrénie et les troubles de l'expérience en première personne : convergence et divergence de six points de vue. *Psychiatrie, Sciences Humaines et Neurosciences* 9 : 31-40.
22. Minkowski E. 1927. *La schizophrénie* (éd. 2002). Paris : Payot.
23. Minkowski E. 1933. *Le temps vécu* (éd.1995). Paris : P.U.F.
24. Lalonde P. 2007. Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico-Psychologiques* 165 : 183-186.
25. Pachoud B. 2009. Evaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? *Recherches en psychanalyse* 7 : 52-61.
26. Pachoud B. 2012. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'Information Psychiatrique* 88 : 257-266.
27. Petitjean F., Beaufils B. 1999. Information du patient atteint de troubles schizophréniques et information de l'entourage. *Annales Médico-Psychologiques* 157 : 484-490.
28. Plagnol A. 2013. Psychiatrie et médecine fondée sur les valeurs. *Annales Médico-Psychologiques* 171 : 716-719.
29. Roelandt J.L. 2005. Où va la psychiatrie ? Je ne sais pas... en tout cas elle y va ! *Santé Mentale au Québec* 1 : 97-114.
30. Saïas T. 2009. Premiers pas de la psychologie communautaire en France. *Pratiques Psychologiques* 15 : 3-5.
31. Schweitzer M., Puig-Verges N. 2005. Psychopathologie, Neurosciences et Postgénomique. Causalité et Etiopathogénie dans l'histoire de la psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques* 163 : 323-328.
32. Sironi F. 2003. Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. *Pratiques Psychologiques* 4 : 3-13.

33. Slade M., Amering M., Farkas M., Hamilton B., O'Hagan M, Panther G. et al. 2014. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13 : 12-20.
34. Tatossian A. 1996. La phénoménologie : une épistémologie pour la psychiatrie ? *Confrontations psychiatriques* 37 : 177-191.
35. Wallon H. 1951. Psychopathologie et psychologie génétique. *Enfance* 16 : 35-41.
36. Zubin J., Spring B. 1977. Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86 : 103-124.