

Guérison et dynamique

Au cœur du concept de rétablissement en santé mentale se situe la posture du soignant par rapport au patient, qu'on peut envisager comme un mouvement, un style, une position d'écoute. Enjeux et écueils dans la pratique.

Si l'on suggère par guérison l'idée du retour à un état antérieur à la maladie, envisagée alors comme un unique épisode ou une crise plus ou moins passagère dans la vie d'une personne, les soignants en psychiatrie ont peu à dire. En revanche, si l'on entend que le concept de guérison en santé mentale passe par la redéfinition d'une nouvelle identité après le passage d'un tsunami personnel, puis la croissance vers une vie satisfaisante qui fasse sens, on se rapproche alors de l'idée de rétablissement et les soignants redeviennent volubiles.

Mais le rétablissement est un concept aujourd'hui largement utilisé, auquel sont liés de multiples usages (1). Dans cet article, nous revenons dans un premier temps sur les origines du concept de rétablissement puis nous proposons un aperçu de la façon dont ce concept oriente les soins avec des exemples tirés de notre pratique à l'Unité de réhabilitation thérapeutique (URT) de la Fondation de Nant (Suisse). Enfin, nous soulevons quelques aspects problématiques du rétablissement, ou du moins de l'usage qui en est fait.

Audrey LINDER*, Yannis BUSSY**

*Sociologue, **Cadre de santé,
Unité de réhabilitation thérapeutique,
Fondation de Nant, Suisse.

TRAJECTOIRE DU CONCEPT

La plupart des auteurs situent les origines du concept de rétablissement dans les années 1980 (voir par exemple Lauzon & Lecomte, 2002; Noisieux & Ricard, 2005). Si c'est en effet à cette période-là que le terme apparaît en tant que tel, la philosophie qui lui est rattachée n'est pas entièrement nouvelle en psychiatrie. Au début du XIX^e siècle déjà, Pinel rompt avec l'idée de la folie « totale » dans son traitement moral (Pinel, 1809), proposant de s'adresser « au sujet de(rrière) la "folie" » (Skuza, 2013, p. 273). Un siècle plus tard, Bleuler évoque « la double comptabilité du psychotique », qui est certes ancré dans le délire mais également dans la réalité (Bleuler, 1911). Enfin, Bion (1974) différencie la part psychotique et celle non-psychotique de la personnalité.

Le point commun de toutes ces approches est de s'inscrire dans ce que Genard et Cantelli (2008) nomment une « *anthropologie conjonctive* », c'est-à-dire une vision de l'homme pouvant, dans le même moment être à la fois capable et incapable, responsable et irresponsable, « fou » et « non fou ». Il s'agit alors de s'adresser à la partie « saine » de la personne pour lui permettre de redevenir elle-même, de retrouver un sens à sa vie, que la part « malade » persiste ou non. C'est seulement à cette condition que l'on peut concevoir le rétablissement. Cette façon d'appréhender l'homme est en complète rupture avec la vision pessimiste d'inspiration kraepelinienne qui a longtemps dominé la pensée

© Catherine Metz.



À PROPOS DE LA GUÉRISON EN PSYCHIATRIE **DOSSIER**

du rétablissement



médicale, qui considérait la maladie mentale comme une maladie dégénérative. Dès lors, les personnes souffrant de troubles mentaux pouvaient espérer au mieux une stabilisation de leur état, mais jamais une guérison (Kraepelin, 1998).

L'idée principale qui sous-tend le concept de rétablissement n'est donc pas nouvelle pour qui s'inscrit dans une psychiatrie d'orientation psychodynamique. Le concept en tant que tel – ou plutôt son homologue anglophone, à savoir le *recovery* – voit le jour dans les années 1980 aux États-Unis. Dans le contexte de la récente désinstitutionnalisation, plusieurs études longitudinales sont menées sur le devenir des patients schizophrènes, notamment par Ciompi (1980). On réalise alors que « l'évolution des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie n'est pas aussi sombre que celle anticipée antérieurement par la majorité des théoriciens » (Noiseux & Ricard, 2005, p. 12). En parallèle, le retour dans la cité permet aux usagers de faire entendre leur voix. Ils dénoncent alors « la dépersonnalisation de l'individu par le système psychiatrique » (Lauzon & Lecomte, 2002, p. 7). Leur message est clair : les soignants doivent cesser de s'occuper seulement des symptômes pour s'intéresser à la personne et à sa souffrance (Deegan, 1997).

À cette période, ils sont également plusieurs « *survivants* » à publier des récits autobiographiques. De nouvelles valeurs transcendent les anciennes : le rétablissement permet le rêve d'une vie pleine et entière, qui fasse sens et soit plus satisfaisante qu'une vie dite « *normale* », comme celle du travailleur « *inséré* » avec tout ce que cela implique de monotonie, de lassitude et de stress éprouvé. C'est donc la combinaison de la recherche, de la mobilisation des anciens patients et de quelques soignants et éducateurs qui fait éclore le concept de rétablissement. Mais que recouvre-t-il ? Ce concept renvoie à un processus complexe, qui ne se laisse pas décrire au travers d'une définition simple et figée. Pour Corin (2002, p. 79) « Le rétablissement implique (...) un travail lent, progressif, de réappropriement d'un rapport à soi, de relance personnelle qui permette et soutienne une ouverture sur soi et le monde. C'est une notion qui se déploie nécessairement selon une pluralité de voies. » Le rétablissement ne consiste alors « pas uniquement, ou essentiellement, à supprimer un certain nombre de symptômes ou à acquérir des compétences instrumentales ; le rétablissement implique la possibilité de prendre ou de reprendre pied dans l'existence, de se sentir reconnu comme personne,

de retrouver une position d'acteur et de sujet » (Corin, 2002, p. 73). Il s'agit en fait de construire un « *nouveau soi* » après le ravage de « *l'ancien soi* » par l'expérience de la maladie psychique.

Dans son article de 1997, Patricia Deegan décrit longuement le processus de rétablissement, que Lauzon et Lecomte (2002, p. 11) résument en cinq points principaux : – « un processus et non un point final, une façon d'aborder les défis quotidiens ; – un moyen d'apprendre ses limites et de les reconnaître, une manière de s'ouvrir à d'autres possibilités en soi ;

– une position active de la personne malade : celle-ci ne reçoit pas des médicaments mais les utilise, elle n'est pas hospitalisée mais utilise l'hôpital quand elle en a besoin ;

– la rechute s'avère non pas un échec mais un passage vers une autre étape ;

– la nécessité de se réapproprier le pouvoir sur sa vie, car la maladie mentale s'accompagne de réactions négatives de la société créant une injustice à l'égard des personnes qui en sont affligées ».

UN PROCESSUS SUBJECTIF ET INDIVIDUEL

Dans le texte *Une vie satisfaisante avec la psychose* (p. 50), nous voyons comment le travail de réconciliation, au cœur du



processus de rétablissement de Sylvain, est d'abord personnel et individuel. Lors d'une première phase, il se déroule au détour d'une relation thérapeutique à deux. La deuxième phase de cette réconciliation prend acte dans une microsociété tolérante et soutenance, à savoir le groupe des patients de l'Unité de réhabilitation thérapeutique (URT), et se joue cette fois entre la personne en rétablissement et l'environnement direct. Le rétablissement psychique est d'abord individuel, mais pour se poursuivre et se consolider, il doit devenir social. Une étape préalable au sein d'une communauté thérapeutique peut s'avérer précieuse avant d'externaliser ces nouvelles façons d'être à soi-même et au monde dans la société. L'histoire de Sylvain est celle d'un jeune homme qui a pu trouver et donner un sens à sa vie ; il s'est octroyé la responsabilité de son rétablissement en utilisant les outils à sa disposition, à savoir une soignante référente qui croyait en son potentiel de croissance et un dispositif de soins organisé pour permettre cette expérience. Au contraire du concept de guérison classique qui se veut universel, ce processus est éminemment subjectif et individuel. Si l'on suit Corin (2002), il y aurait presque autant de chemins de rétablissement que d'individus. Le processus

de rétablissement ne fait pas référence à une vision médicale à la recherche d'une rémission complète des symptômes, mais à une approche humaniste et expérientielle s'inscrivant dans une transformation à long terme. Un dispositif de soins organisé en fonction d'un cadre de référence fidèle à l'approche psychodynamique, qui place le patient au centre des préoccupations, qui écoute autant sa part active et responsable que sa part « folle » et irraisonnable, qui le considère plus comme le chef d'orchestre de son projet de soins que comme un simple acteur, favorise l'émergence et le déroulement d'un tel processus.

En effet, le postulat de l'existence chez l'homme d'un inconscient doit pouvoir, sinon s'exprimer, du moins s'interpréter dans la relation thérapeutique, afin de réduire les zones de confusion et de clivage interne se manifestant par les symptômes et certains comportements problématiques pour la personne et les autres. En d'autres termes, il s'agit bien d'un travail de réconciliation entre des parties séparées du psychisme de l'individu, que ce soit suite à un phénomène d'éclatement, de désorganisation ou de gel de certaines zones du psychisme propre à la décompensation psychotique ou bien encore le clivage extraordinairement répétitif d'une

personnalité de type borderline. Au demeurant, Noiseux et Ricard (2005) avancent que pour entamer un processus de rétablissement, les patients activent une démarche d'introspection en se souvenant de qui ils étaient. Dans ce sens, une approche psychothérapeutique trouve sa place.

UNE UNITÉ DE VIE ET DE SOIN

L'URT vise la possibilité d'une réhabilitation interne et sociale pour le patient. Organisée sur le modèle de la communauté thérapeutique et de la psychothérapie institutionnelle (Sassolas, 2011), l'URT allie approches psychanalytique et psychosociale, au travers d'une double finalité : la transformation psychique (2) et la reconstruction de l'interaction sociale. Au pôle individuel du traitement, comprenant la reconnaissance de la subjectivité et des phénomènes inconscients, se joignent le pôle social et environnemental, avec la vie en communauté, l'approche groupale et la prise en compte des aspects concrets de la vie, comme le logement, l'activité, la pharmacologie et le revenu. La vie de groupe offre à chacun la relation avec des pairs dans un respect inconditionnel de la personne, ce qui est source d'amitié et d'espoir. La position du thérapeute, dans une relation d'« *impouvoir* », consiste à aider le patient



à augmenter son pouvoir sur lui-même, et à lui servir de guide vers le groupe-communauté, puis le groupe-société.

L'URT est donc un milieu de soin, où il « ne s'agit pas seulement d'aider le patient à vivre, en lui proposant un lieu où se poser pendant une durée plus ou moins longue. Il ne s'agit pas seulement d'amoindrir ses souffrances par des médicaments, et de favoriser sa réhabilitation sociale à travers des activités dans la cité : il s'agit de lui proposer un soin psychique » (Sassolas, 2011, p. 215). Ce soin est proposé à des personnes pour qui la vie psychique est potentiellement menaçante, ce qui oblige l'URT à adapter son organisation. Avant tout, l'Unité offre à tous les patients un environnement approprié, un milieu social tolérant et soutenant qui permet la réalisation d'expériences relationnelles ; un environnement prévisible, mais pas trop, également confrontant et mobilisateur pour favoriser un travail personnel d'implication et de responsabilisation. Ce milieu est « habité » par des soignants dont le positionnement interne et « l'attitude consiste à offrir un soutien et un holding spécifique pour permettre des épreuves de réalités nuancées et adaptées, dans le sens d'une validation des expériences positives de socialisation et ainsi, d'un renforcement des assises narcissiques » (Bussy & Panchaud, 2012, p. 32). La vie en communauté thérapeutique est l'outil par excellence et la médiation relationnelle idéale pour permettre au patient d'adopter « une position de sujet et d'acteur de la vie institutionnelle » (Sassolas, p. 216).

DE QUELQUES PRÉCAUTIONS

Comme le mentionnent Provencher et Keyes (2010, p. 582), « le rétablissement est un des principes directeurs qui guident les plans d'action en santé mentale de plusieurs pays, dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre, l'Écosse et les États-Unis ». Récemment, il a également été inscrit au cœur de la constitution de la filière de psychiatrie adulte dans le canton de Vaud, en Suisse romande. Pourtant, il nous semble que l'utilisation du concept de rétablissement ne peut se faire qu'en gardant un esprit critique, permettant d'éviter quelques dérives. Comme nous l'avons déjà mentionné, le concept de rétablissement est lié – à la base – à la volonté d'anciens patients de donner de l'espoir, de rappeler que l'on

peut mener une vie satisfaisante malgré la maladie. Cette idée a évolué et désormais, alors que de nombreux citoyens se contentent de la routine « *métro-boulot-dodo* », certains soignants souhaitent que les personnes en rétablissement aient une vie « riche », « pleine », « gratifiante ». Les histoires de rétablissement ne sont pas sans rappeler ce qu'Ehrenberg appelle « *l'épopée de l'homme ordinaire* », une « *héroïsation de l'individu qui se soustrait à sa servitude* » (Ehrenberg, 1991, p. 67). Le livre de Daniel Dorman (2003), *Dante's cure*, en est un exemple frappant : il raconte l'histoire de Catherine, une jeune femme schizophrène qui, avec l'aide de son psychiatre, se rétablit envers et contre tous et devient une « *femme active et saine qui est employée à temps plein et socialement intégrée* », danseuse de flamenco semi-professionnelle à ses heures perdues (2). Notre propos n'est pas de dire que ce type de rétablissements est impossible ou n'existe pas. Cependant, il s'agit de rester attentif au fait que le rétablissement a vite fait de s'inscrire dans les dérives du « *culte de la performance* » (Ehrenberg, 1991) dans lequel baigne notre société et que, ce faisant, il risque paradoxalement de laisser de côté un grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques. De plus, une vision « idéalisée » du rétablissement pourrait aboutir à l'assimilation de ce concept avec une machine à produire des *success stories* de personnes toutes capables de témoigner de leur parcours de vie avec aisance devant un auditoire comble, avec une rhétorique maîtrisée, en prose ou en vers, conformément à la version idyllique, expurgée de la souffrance du trajet à faire, des rechutes et des longues périodes d'ombre, de troubles, sans avancée. Il peut y avoir par moments des progrès dans un domaine, une longue stagnation dans d'autres et de la régression ailleurs. À l'image de toute vie, le rétablissement est un processus qui se poursuit sans interruption, mais avec des pauses et des moments creux. Comme le rappelle Deegan (1997, p. 21 ; notre traduction) « *être en rétablissement n'est pas une panacée. Cela ne veut pas dire que la peine ou la souffrance sont finies. Tous les jours, je dois me lever et réaffirmer mon intention de rester entière et saine et de travailler à mon rétablissement.* »

Les histoires de rétablissement sont aussi celles de ces personnes qu'Ellen Corin

(2002) a rencontrées, et qui sont parvenues à se « *réinsérer par la marge* » à l'aide d'un « *retrait positif* ». Cette dernière notion renvoie à un mode d'habiter le monde en fréquentant régulièrement les mêmes lieux publics (petits cafés, certains commerces, etc.) sans avoir à interagir avec les gens présents. Pour Corin (2002, p. 71), « *ce qui aide les personnes à rester dans la communauté semble être la possibilité de se construire un espace à la fois dedans et dehors, un monde un peu en retrait où elles puissent se reconnecter à elles-mêmes et cheminer selon leur propre rythme* ».

Mettre en avant les chemins de rétablissement menant à une vie « *riche et pleine* » fait également oublier toutes ces personnes qui ont un « *besoin d'asile* », le besoin d'un « *lieu pour les psychoses* », pour reprendre le titre du livre de Kapsambelis (2011). L'histoire clinique de Camille, que raconte Gougoulis (2011) dans ce même livre, est en ce sens exemplaire. Après plusieurs années « *asilaires* », Camille est transférée dans un appartement thérapeutique. Elle s'installe alors dans une « *lente vie monotone* » rythmée par les courses, les repas et les promenades (Gougoulis, 2011, p. 67). Au cours du travail thérapeutique avec Camille, l'équipe soignante découvre qu'elle a un frère qui habite aux États-Unis. Des « *retrouvailles* » sont organisées et donnent lieu à un projet : Camille va partir vivre aux États-Unis avec son frère. Pourtant, au moment de l'entretien avec le médecin de l'ambassade américaine pour la demande de visa, alors que Camille est stable depuis trente ans, elle « *exprime un délire de persécution avec hallucinations acoustico-verbales* » (ibid., p. 71). Le visa est refusé, Camille est emmenée immédiatement à l'hôpital, et le délire disparaît. Au bout de quelque temps, Camille interroge l'équipe : « *Je peux rentrer chez moi maintenant ?* » Elle reprend alors sa « *lente vie monotone* » et peut, petit à petit, arrêter la médication et le suivi psychothérapeutique. Cette histoire vient nous rappeler qu'à trop désirer pour nos patients, avec toute la bonne volonté du monde, on leur ôte le droit de vouloir et de décider pour eux-mêmes. Ainsi, Camille n'a pas une vie que la plupart des gens qualifierait de « *riche* », « *pleine* » ou « *gratifiante* ». Pourtant, sa vie est suffisamment bonne, pour reprendre l'expression de Winnicott (2006), dans la mesure où Camille vit de manière

autonome tout en étant en lien, et sans que son quotidien ne soit perturbé par les souffrances de la maladie psychique. Un autre aspect parfois problématique du rétablissement est la question de l'espoir. En effet, de nombreux articles soulignent qu'il faut « *donner de l'espoir* », que c'est une composante essentielle du rétablissement (voir par ex. Huguelet, 2007 ; Provencher, 2002). Certes l'espoir est nécessaire – à tout être humain d'ailleurs, qu'il souffre de maladie psychique ou non – il nous semble pourtant essentiel de rappeler qu'il ne doit pas s'agir d'un espoir « *à tout prix* », mais bien d'un espoir inscrit en miroir avec le « *principe de réalité* » (Freud, 1911). On rejoint alors les recommandations de Jacobson et Greenley (2001, p. 482 ; notre traduction) pour qui il s'agit, dans le processus de rétablissement de « *célébrer les petits pas plutôt que d'espérer un séisme dans un temps court* », tout en rappelant que le rétablissement n'est pas nécessairement un retour à une santé et un fonctionnement « *normaux* ».

CONCLUSION

Enfin, l'avènement du rétablissement comme modèle d'organisation des soins est parfois victime de son « *effet de mode* ». Si de nombreuses structures prétendent aujourd'hui « *faire du rétablissement* », ont-elles vraiment modifié leurs pratiques ? Cette inquiétude existe déjà chez Deegan (1997, p. 13 ; notre traduction) : « *Le vrai changement peut être très inconfortable et je m'inquiète du fait qu'on se contente de changements superficiels. Je m'inquiète de ces nouveaux mots accrocheurs comme l'intégration des consommateurs, l'empowerment, le rétablissement (...). Il me semble qu'à travers les décennies, nous inventons sans cesse de nouveaux mots et de nouveaux noms branchés pour s'appeler les uns les autres (...). Et en effet, les noms avec lesquels on s'appelle les uns les autres ont changé. Mais je soutiens que la relation fondamentale entre les personnes*

catégorisées comme ayant une maladie psychique et celles qui n'en n'ont pas est essentiellement restée inchangée depuis des siècles. »

Pourtant, c'est bien la position du soignant par rapport au patient qui est au cœur du rétablissement. En matière de santé, on ne rétablit pas quelqu'un, quelqu'un « *se* » rétablit. En ce sens, le soignant sera toujours seulement un accompagnateur dans le processus de rétablissement, et c'est déjà beaucoup. Prendre le rétablissement comme modèle de soin consiste donc essentiellement à changer sa posture de soignant, comme l'exprime très bien Corin (2002, p. 66) : « *[Le] récit [des patients] indique que ce qui est en cause dans la notion de rétablissement, ce qui en serait comme le cœur, est un mouvement plutôt qu'un terme, un style plutôt qu'un contenu, une façon de retrouver une position de sujet plutôt qu'une maîtrise de compétences instrumentales ou relationnelles. En fait, ce qui compterait est notre propre position d'écoute et ce qu'elle permet à la personne de dégager comme position subjective plus que le contenu de nos interventions, quels que soient par ailleurs l'intérêt et l'exhaustivité des stratégies institutionnelles et des modules d'intervention proposés* ».

1– Sur ce sujet, voir aussi *Santé mentale* n° 166, mars 2012, Rétablissement et psychose ; n° 106, mars 2006, Aujourd'hui la réhabilitation ?

2 – Dans le sens d'une expérience de maturation, plutôt que faire évoluer les comportements par l'acquisition de compétences/habiletés sociales.

3– Voir www.dantescore.com/conversation.html ; notre traduction.

BIBLIOGRAPHIE

- Bion, W. (1974). Différenciation de la part psychotique et de la part non psychotique de la personnalité, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 10, p. 61-78.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig : Deuticke.

- Bussy, Y. & Panchaud, P. (2012). Orchestrer sa propre existence, *Santé mentale*, n° 166, p. 56-57.
- Ciompi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics, *Schizophrenia Bulletin*, 6, N° 4, p. 606-618.
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie ? Retrouver sa voix ?, *Santé mentale au Québec*, 27, 1, p. 65-82.
- Deegan, P. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities, *Social Work in Health Care*, 25, 3, p. 11-24.
- Dorman, D. (2003). *Dante's cure : a journey out of madness*, New York : Other Press.
- Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*, Paris : Calmann-Lévy.
- Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du fonctionnement psychique, dans Freud, S. (1984), *Résultats, idées, problèmes* : 1, Paris : PUF.
- Genard, J.-L., Cantelli, F. (2008). Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques, *Sociologies* (En ligne), <http://sociologies.revues.org/1943>.
- Gougoulis, N. (2011). Temporalité, atemporalité et éternité chez les patients psychotiques institutionnalisés, dans Kapsambelis, V. (dir), *Le besoin d'asile. Des lieux pour les psychoses*, p. 59-78, Rueil-Malmaison : Doin.
- Huguelet, P. (2007). Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères, *Schweizer Archiv Für Neurologie und Psychiatrie*, No 158, p. 271-278.
- Kapsambelis, V. (dir.) (2011). *Le besoin d'asile. Des lieux pour les psychoses*, Rueil-Malmaison : Doin.
- Kraepelin, E. (1998). *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, Paris : L'Harmattan.
- Lauzon, G. & Lecomte, Y. (2002). Rétablissement et travail, *Santé mentale au Québec*, 27, No 1, p. 7-34.
- Noiseux, S. & Ricard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie, *Perspective infirmière*, p. 11-22.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris : Brosson.
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques, *Santé mentale au Québec*, 27, No 1, p. 35-64.
- Provencher, H. (2006). Le rétablissement : un nouveau modèle en santé mentale, *Santé mentale*, No 106, p. 63-64.
- Provencher, H. & Keyes, C. (2010). Une conception élargie du rétablissement, *L'information psychiatrique*, 86, No 7, p. 579-589.
- Sassolas, M. (2011). La vie dans une communauté thérapeutique permet-elle le soin psychique ?, dans Kapsambelis, V. (dir), *Le besoin d'asile. Des lieux pour les psychoses*, p. 213-229, Rueil-Malmaison : Doin.
- Skuza, K. (2013). *Dire la folie. Une grammaire sociologique de la schizophrénie*, thèse de doctorat, Institut des Sciences Sociales, Université de Lausanne.
- Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot & Rivages.

Résumé : Concept à la mode, le rétablissement est aujourd'hui largement répandu dans les structures de soins. Certaines de ces utilisations comportent le risque de dérives. Une orientation psychodynamique et humaniste, qui met le sujet au centre de son approche et qui conçoit l'homme sous le prisme d'une anthropologie conjonctive, nous semble favoriser de fait le rétablissement. Le rétablissement n'est alors pas un outil tout prêt à l'usage, mais plutôt une manière d'être en lien, d'être à l'écoute, afin de permettre au patient de se réconcilier avec lui-même, pour pouvoir ensuite se réconcilier avec le monde social.

Mots-clés : Accompagnement thérapeutique – Communauté thérapeutique – Concept – Guérison – Historique – Processus – Psychiatrie – Réhabilitation psychosociale – Rétablissement – Unité de soins.