

# Rétablissement



Larry Davidson

# Rétablissement

Expériences de vie,  
pratiques professionnelles  
et mouvement social

Textes traduits et présentés par Eve Gardien

 érès  
éditions

Ouvrage publié avec le soutien de l'UMR CNRS 6590 ESO  
de l'université Rennes 2



Conception de la couverture :  
Anne Hébert

ISBN : 978-2-7492-8352-4  
CF – 1000

© Éditions érès 2025  
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)



Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux



Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19

Eve Gardien

*Introduction*  
*Chantiers intellectuels et engagement*  
*pour la cause du rétablissement de Larry Davidson*

Aujourd'hui en France, à l'heure où le concept de rétablissement prend toute sa place dans le champ de la santé mentale, mieux connaître son sens, son histoire et ses implications pratiques devient essentiel. Cet ouvrage a été conçu pour permettre une solide initiation à la perspective du rétablissement telle qu'elle s'est développée dans son contexte originaire des États-Unis, ainsi que pour mieux penser son avenir dans les territoires outre-Atlantique au nombre desquels la France participe. Le lecteur trouvera dans ce recueil d'articles à la fois de quoi comprendre le rétablissement dans toutes ses nuances constitutives historiquement, de quoi appréhender sa mise en pratique politique, institutionnelle, professionnelle ou personnelle. Cet ouvrage est constitué de sept articles de Larry Davidson, rédigés entre 2005 et 2019, et traduits en français par Eve Gardien. Ce recueil n'est pas le témoin des débuts du paradigme du rétablissement. Il est bien davantage la présentation du déploiement de ce cadre conceptuel et pratique sur la durée. Pour faciliter l'accès à la pensée complexe de Davidson et réduire l'écart culturel pouvant

---

*Eve Gardien, maître de conférences, université Rennes 2.*

entraîner des erreurs de compréhension, des guides de lecture ont été conçus pour chacun des articles traduits. Le lecteur a ainsi à sa disposition, en amont de chaque article, quelques réflexions introductives qui en présentent les points clefs, ainsi que quelques commentaires et analyses faisant lien avec le contexte culturel et théorique français.

L'idée de cet ouvrage est née d'une rencontre avec une œuvre et un penseur engagé pour la cause du rétablissement. Davidson est professeur de psychiatrie dans la prestigieuse école de médecine de Yale University (États-Unis), où il a fondé et dirigé jusqu'à récemment le Programme en faveur du rétablissement et de la santé communautaire (PRCH). Davidson a également une expérience personnelle des troubles psychiques, dont il a tiré des savoirs expérientiels qui teintent assurément ses activités professionnelles.

L'œuvre intellectuelle de Davidson suit étroitement l'histoire de son engagement humaniste en faveur du rétablissement dans le champ de la santé mentale aux États-Unis. Le contexte socio-historique de cette époque se caractérise par l'émergence et le déploiement de mouvements sociaux internationaux portés par des leaders eux-mêmes en situation de handicap ou malades. Davidson a été au contact, par exemple, du mouvement pour la Vie Autonome. Ce dernier a commencé à prendre véritablement de l'ampleur au début des années 1970 en Californie, avant de s'étendre à l'ensemble du territoire américain, puis dans le monde entier. Davidson a également connu le mouvement des usagers et des survivants de la psychiatrie, mouvement qui s'est également développé dans le courant des années 1970 avant de s'internationaliser. Ses amis Patricia Deegan, personne directement concernée et autrice de l'article fondateur « Recovery: The lived experience of Rehabilitation » (1988), ou encore Bill Anthony, psychologue clinicien en réhabilitation psychosociale et auteur de l'article « Recovery from mental illness [...] » (1993), ont profondément marqué le mouvement social du rétablissement. Davidson a largement puisé à ces sources pour construire sa propre pensée. Une caractéristique originale des écrits de Davidson est

l'appui systématique de sa réflexion non seulement sur la littérature scientifique mais aussi sur les ressources produites par le mouvement social du rétablissement, et – c'est particulièrement important à ses yeux – sur l'expérience de vie de personnes en rétablissement.

La pensée de Davidson a aussi été nourrie par ses études poussées en philosophie, avec une appétence particulière pour l'œuvre d'Edmund Husserl, père de la phénoménologie. Cet ancrage théorique n'est pas étranger à son attention soutenue à l'égard de l'expérience vécue par la personne, et à la façon dont cette expérience constitue la personne et son soi. Davidson est en effet un penseur qui tente de rendre compte de l'expérience de la psychose, et notamment de l'expérience du soi non constitué ou disparu. Les travaux de Davidson contribuent largement à la description et à la compréhension du rétablissement comme expérience individuelle et comme parcours de vie. Il a essayé dans plusieurs articles d'en transmettre les tenants et les aboutissants pour soutenir les pratiques professionnelles orientées rétablissement.

Davidson reconnaît volontiers tout ce qu'il doit également à son mentor et ami proche John Strauss, qu'il a rencontré lors de ses études postdoctorales à l'université de Yale (États-Unis). John Strauss est médecin et professeur de psychiatrie à Yale. Ses travaux précurseurs étudiant longitudinalement des cohortes de personnes vivant avec des troubles psychiques sévères ont connu un fort retentissement sur le plan international. Il a d'ailleurs été sollicité pour contribuer à la première recherche longitudinale et internationale de l'OMS sur la schizophrénie (1972). John Strauss a notamment montré que le rétablissement – comme guérison ou comme mieux-être – est au moins aussi fréquent sur le long terme qu'une chronicisation de la maladie mentale. Davidson s'appuie sur ces premiers résultats épidémiologiques pour développer sa pensée du rétablissement.

L'œuvre intellectuelle de Davidson a en outre puisé son inspiration dans sa pratique professionnelle de psychologue clinicien (dix ans) tout d'abord, puis comme directeur du Programme en faveur du

rétablissement et de la santé communautaire (PRCH), comme conseiller senior pour le département santé mentale et addiction de l'État du Connecticut, ou encore comme directeur du Centre de formation et d'innovation et santé mentale du territoire du New England.

Mais l'œuvre de Davidson est bien plus qu'une seule production intellectuelle. L'ampleur de son engagement ne saurait être compris sans prendre en considération son activité quotidienne orientée rétablissement. Qu'est-ce à dire ? Qu'il s'agisse du PRCH ou de ses nombreuses autres activités, tout a été prétexte et contexte pour favoriser le rétablissement de personnes vivant avec des troubles de santé mentale sévères : la recherche, la formation, le management, le conseil, etc. Par exemple, les activités de recherche sont menées avec des personnes directement concernées, non seulement parce qu'elles peuvent amener leurs savoirs expérientiels mais aussi, et surtout, car toute activité sociale est une opportunité pour se relier à soi-même, aux autres et à la société. L'inscription dans la vie ordinaire de sa pensée théorique est une orientation forte de Davidson. Celle-ci s'exprime également par le fait que ses publications contiennent toutes des préconisations pour l'action, généralement pour les professionnels, mais aussi pour les proches ou pour les politiques.

Venons-en maintenant aux travaux ici présentés. La première partie de cet ouvrage est consacrée au processus individuel de rétablissement, et s'ouvre sur un article consacré à l'expérience de la perte de la perception de soi, l'expérience de la perte d'une volonté propre et de la possibilité de s'autodéterminer. C'est véritablement au cœur de l'expérience de la psychose que s'adresse la pensée du rétablissement de Davidson. Sa réflexion est enrochée sur une phénoménologie de la constitution du Soi. Se rétablir n'est pas redéfinir son Soi, comme une compréhension en vogue aujourd'hui en France pourrait le laisser penser. Le challenge éclairé par la phénoménologie de l'expérience du rétablissement de la psychose de Davidson est bien de (re)constituer son Soi, également de se (re)constituer en tant qu'être humain, membre à part entière de l'humanité. Ce premier article tente de

répondre à la question suivante : « Comment retrouve-t-on la perception de soi, sa volonté et son autodétermination ? » Il se termine par des préconisations pratiques pour les professionnels orientés rétablissement, afin qu'ils puissent soutenir cet effort personnel de (re) constitution de Soi qu'est le rétablissement.

Davidson s'interroge : comment soutenir autrui dans son rétablissement de la psychose ? Cette formulation pourra en faire réagir beaucoup dans notre contexte hexagonal. Pourtant, c'est bien de rétablissement de la psychose qu'il s'agit, au sens de guérison (disparition des symptômes et des déficits), comme au sens de mieux-être (reprise de contrôle sur le cours de sa vie et gestion de certains symptômes ou déficits persistants dans le temps). Le propos de Davidson ne porte pas sur la question de la structuration psychotique ou névrotique du psychisme, et ne la discute pas. La possibilité du rétablissement de la psychose n'est pas une idée hors sol, une perspective purement intellectuelle dénuée de tout contact avec la réalité, une création *ex nihilo*. Bien au contraire, cette compréhension du rétablissement s'appuie entre autres sur les résultats de recherches scientifiques internationales de type épidémiologique, datant du début des années 1970. Ces recherches, dont certaines ont été à l'initiative de l'OMS, ont démontré la double possibilité de la guérison comme celle d'un mieux-être permettant le retour à une vie ordinaire, en sus de celle de la chronicisation de la maladie, bien davantage (re)connue. Davidson (1997) a commis une recension de la littérature scientifique de cette époque. Par manque de place, elle n'a malheureusement pas pu être introduite dans cet ouvrage.

Si la possibilité du rétablissement est scientifiquement attestée, alors comment expliquer que cette possibilité de guérison de la psychose n'ait pas été appréhendée par la communauté médicale et scientifique pendant environ un siècle ? Davidson s'est posé cette seconde question de la façon suivante : « Pourquoi, après deux siècles de documentation scientifique de cas de rétablissement, cette notion d'incurabilité persiste-t-elle ? » C'est dans un chapitre d'ouvrage collectif qu'il propose

plusieurs éléments de réponse. Intitulé « Cure and recovery » (2013), son texte revient sur l'histoire de la psychiatrie scientifique. Il analyse et discute les travaux de psychiatres de grande renommée : Emil Kraepelin, considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique et de la catégorie nosologique de « démence précoce », puis ceux d'Eugen Bleuler, qui ont institué en 1908 le changement de dénomination de la démence précoce en « schizophrénie », enfin, ceux du psychiatre Manfred Bleuler, fils et critique du précédent. Plusieurs hypothèses sont avancées.

Le deuxième article ouvre sur les débats ayant eu cours dans le champ de la santé mentale aux États-Unis à propos de la nature même du rétablissement. Au sein de ce mouvement social du rétablissement porté tant par des usagers que des professionnels, et rejoints ensuite par des chercheurs, les multiples perspectives n'ont pas toujours convergé. La complexité des écarts de conception ne peut pas être réduite aux deux catégories de rétablissement médical (ou guérison) et de rétablissement expérientiel, couramment en usage aujourd'hui en France. Aussi, ce texte ici présenté discute tout d'abord la possibilité de l'existence du rétablissement : « Un nouveau vin ou juste une nouvelle bouteille ? », à comprendre comme : s'agit-il juste de nouveaux mots pour dire la même chose, ou bien le sens a-t-il véritablement changé avec ce nouveau vocabulaire ? L'exploration proposée ensuite par Davidson des quatre grandes significations du rétablissement mobilisées par les acteurs de terrain est l'occasion d'une réflexion permettant de mieux appréhender la complexité du processus de rétablissement et ses différentes formes, non exclusives les unes des autres : le retour à un état normal (guérison d'un point de vue médical), un processus de changement inscrit dans une temporalité, un état acquis suite à une longue et douloureuse épreuve pour reprendre le contrôle sur soi et sur sa vie, la capacité à se développer et à vivre une vie pleine et entière avec certains symptômes et déficits persistants.

Le troisième article approfondit la discussion déployée dans le précédent, en se focalisant sur un point de crispation entre les parties prenantes du champ de la santé mentale aux États-Unis : parle-t-on de se rétablir *de* la maladie<sup>1</sup> ou de se rétablir *dans* la maladie ? Cette distinction est primordiale, en ce qu'elle modifie en profondeur la compréhension du processus de rétablissement et les pratiques professionnelles qui en découlent. Cet article présente de façon détaillée chacun des deux types de rétablissement et leur possible articulation au sein d'une même personne. Il montre également que toute personne vivant avec des troubles de santé mentale n'est pas en rétablissement. Comme à l'accoutumée, le texte de Davidson se termine par des préconisations en direction des professionnels, notamment, comment se positionner favorablement vis-à-vis d'une personne qui n'est pas en rétablissement.

La seconde partie de cet ouvrage s'intéresse à la mise en pratique des savoirs acquis sur le rétablissement d'un point de vue professionnel ou politique. Le premier article témoigne de l'ouverture du débat public à d'autres perspectives que celle biomédicale, de l'introduction de la question des droits civils. Dans ce texte, Davidson propose une analyse, mais aussi prend position en tant que citoyen sur l'absence ou la faible application des droits civils des personnes vivant avec un trouble psychique aux États-Unis. Sa réflexion s'appuie sur une mise en perspective avec un précédent historique : la faible application des droits civils des personnes noires aux États-Unis, jusqu'à

---

1. Larry Davidson a une formation et une pratique de psychologue. Le Programme en faveur du rétablissement et de la santé communautaire (PRCH) est inscrit dans le département de psychiatrie de l'École de médecine de Yale University. Sa pensée est fondée sur les idées de pathologie, de psychose, ou encore de troubles psychiques. L'usage de ces termes traduit donc la volonté d'être fidèle à la pensée de Larry Davidson. Ce dernier appréhende également la question des situations de handicap. Il s'agit d'ailleurs d'un argument phare de sa réflexion concernant les conditions sociales de l'émergence de la maladie tout comme ses conséquences sociales.

(Sans mention contraire, les notes sont d'Eve Gardien.)

il y a peu. Sans jamais affirmer l'identité en nature ou en origine de ces deux manquements à l'application des droits civils concernant deux populations différentes, Davidson reformule certains arguments de Martin Luther King d'une façon qui fait mouche : « Un rétablissement trop longtemps repoussé est un rétablissement refusé. » Les motivations sous-tendant les positions contre l'application des droits civils des populations noires ou encore de celles vivant avec un trouble psychique sont évidemment interrogées. Mais l'originalité du texte vaut surtout pour sa réflexion sur les positions se voulant neutres d'une part beaucoup plus large de concitoyens américains, autrement dit, les positions de ceux qui ne se prononcent pas fermement en faveur de l'application des droits civils des personnes vivant avec une maladie mentale.

L'article suivant poursuit cette mise en contexte en déployant les arguments ayant permis de concevoir l'action politique au plus haut niveau : le vote et l'application de la loi en faveur des Américains en situation de handicap (ADA). En effet, dans le cadre des mouvements sociaux internationaux portés par les personnes directement concernées, un virage franc vers les dimensions sociales et environnementales des situations de handicap a été pris. Cela vaut également pour le mouvement des usagers et des survivants de la psychiatrie, dont plusieurs leaders se sont associés à la lutte pour la Vie Autonome. Dans cet article, le propos de Davidson met clairement en avant le parallèle pouvant être effectué entre la situation des personnes vivant en fauteuil et celles vivant avec des troubles psychiques. Il discute le principe d'aménagements nécessaires pour les personnes vivant avec une maladie mentale, rappelant que le principe d'accessibilité de la société à l'ensemble de ses citoyens ne s'applique pas seulement aux personnes vivant avec un handicap physique. Quels aménagements pourrait apporter aux personnes vivant avec une maladie mentale l'équivalent de ce qu'apporte le fauteuil roulant aux personnes en situation de handicap ? Plusieurs réponses sont avancées et argumentées.

C'est ensuite le thème de la transformation de l'offre de soins, passant de la réhabilitation psychosociale aux soins orientés rétablissement, qui est abordé. L'idée que la réhabilitation psychosociale soit historiquement distincte et largement antérieure au rétablissement pourra en surprendre certains en France. C'est pourtant bien ainsi que les choses se sont déroulées aux États-Unis. La réhabilitation psychosociale s'y est développée à la fin de la Seconde Guerre mondiale, pour faire face au grand nombre de personnes blessées, mutilées ou en situation de handicap. L'idée était de développer et d'améliorer autant que possible les capacités fonctionnelles des personnes, pour limiter les conséquences d'un état séquellaire irréductible. En santé mentale, la réhabilitation psychosociale pouvait prendre la forme d'entraînements pour développer des compétences sociales ou pour réduire des déficits cognitifs, entre autres exemples... L'éducation thérapeutique s'inscrivait dans cet ensemble de moyens visant un meilleur fonctionnement de l'individu. La remédiation cognitive est un apport bien plus récent, mais également à situer dans cet ensemble d'interventions soignantes réhabilitantes. Le passage à des soins orientés rétablissement, quant à lui, a été marqué par plusieurs changements majeurs. Tout d'abord, l'action principale est celle de la personne elle-même : c'est elle qui se rétablit, selon sa manière et sa temporalité propres. Pour cela, elle a besoin de soutiens et de ressources. Il s'agit donc pour les soignants de soutenir la personne dans sa dynamique singulière de rétablissement, de l'aider à poursuivre ses aspirations, à (re)trouver une vie qui ait du sens à ses yeux, à se développer. Son autodétermination est recherchée, et les objectifs de soins et d'accompagnement poursuivis sont directement articulés à ses aspirations, ses centres d'intérêts, ses goûts et ses choix. Autrement dit, le travail de réduction des déficits cognitifs prend sens au regard des objectifs de la personne, et non pour restaurer le fonctionnement de la personne. L'*empowerment* est au cœur des pratiques orientées rétablissement.

Comment passer d'une pratique centrée sur l'individu et ses singularités à une politique du rétablissement sur un territoire et pour une population donnée ? C'est le challenge relevé dans l'État du Connecticut dès le début des années 2000 par Davidson et son équipe, bien avant que le rétablissement devienne une politique de santé portée par l'État fédéral des États-Unis. Le troisième article de cette partie vise précisément à décrire quel a été le projet de changement de l'offre de soins de l'État du Connecticut, les modalités de sa conception et de sa mise en œuvre : comment les orientations renouvelant l'offre de soins en santé mentale ont été fondées sur les savoirs et les attentes des associations d'usagers et de survivants de la psychiatrie, des consommateurs de substances addictives ; comment l'ensemble des parties prenantes – usagers, professionnels, décideurs, financeurs et chercheurs – ont été associés dans cette démarche territoriale ; pourquoi le rétablissement ne correspond pas à l'ajout de nouveaux dispositifs de soins mais bien à une nouvelle orientation de l'ensemble des pratiques de soins en santé mentale. Autant d'aspects qu'aborde ce texte. L'article fait également le point sur le déploiement de cette nouvelle offre de soins, à un moment où la quatrième étape de cette politique innovante vient d'être franchie.

Le dernier article traduit dans cet ouvrage concerne les résultats d'une recherche menée par un collectif d'usagers du système de santé mentale, soutenus par des chercheurs et des experts. Les quatre axes d'investigation portaient sur : 1) le point de vue des personnes vivant avec une maladie mentale sévère sur leur vie quotidienne, 2) la vie à laquelle elles aspirent, 3) leur avis sur les soutiens apportés par les établissements et services de santé mentale en matière de vie quotidienne, 4) les soutiens souhaités. Ce texte aurait pu être une évaluation de l'évolution de l'offre de soins en santé mentale au Connecticut ; or, il est bien plus que cela : il permet de s'immerger dans la perspective de personnes vivant avec une maladie mentale sévère, de mieux comprendre leurs attentes réelles en matière de soins et d'accompagnement. « Je ne sais pas comment trouver mon chemin dans ce

monde » est le titre de cet article. Et, de fait, sa lecture est troublante par l'écart qu'il donne à voir entre les pratiques et les innovations investies par les soignants ou les accompagnants, et la perception de manques importants de la part des usagers du système de soins. Cette immersion analytique dans une perspective usagère permet d'envisager de nouveaux développements dans l'offre de soins. Il s'agira non plus seulement de soigner mais également d'accompagner de façon proche et singulière la personne pour lui permettre de reprendre progressivement pied dans le monde ordinairement partagé, de se (re)constituer en tant qu'être humain et membre d'une ou plusieurs communautés, de se rétablir progressivement et à sa manière. « (Ré)apprendre à être un humain » est conçu comme un exploit nécessitant plusieurs années d'efforts, parfois même davantage.

Le rétablissement est aujourd'hui reconnu au point d'être devenu une politique publique aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne notamment. Son institutionnalisation s'est accompagnée de nombreux débats, des polémiques secouent aujourd'hui encore le champ professionnel et activiste. Un exemple parmi tant d'autres est le mouvement « Recovery in the bin<sup>2</sup> », fustigeant le développement du rétablissement en tant que politique publique. Ce dernier est ainsi compris comme un symptôme du néolibéralisme et de la crise du capitalisme, rappelant combien les conditions d'existence et d'inscription dans la société sont primordiales pour pouvoir individuellement se rétablir.

Au-delà de la diversité des perspectives contemporaines concernant le rétablissement, et plus précisément ses usages parfois dévoyés, il n'en reste pas moins que cette conception de la santé mentale a contribué à un important changement dans le rapport aux personnes. Ce sont maintenant elles les maîtres d'œuvre de leur rétablissement, tandis que les professionnels et leurs proches peuvent les soutenir dans leur cheminement.

---

2. « Recovery in the bin » peut être traduit par « le rétablissement à la poubelle ».



I

POURQUOI S'INTÉRESSER  
AU RÉTABLISSEMENT ?



## *Au cœur de la schizophrénie, retrouver son soi<sup>1</sup>*

De nombreux travaux théoriques et scientifiques ont permis d'élaborer les tableaux cliniques au fondement du diagnostic psychiatrique, de construire les catégories de la psychopathologie. Dans ce cadre, la perte de la perception de soi ou sa distorsion, l'impossibilité de se concevoir comme une personne agissante et produisant des effets sur le monde environnant, sont des expériences généralement considérées comme se trouvant au cœur de la schizophrénie.

Ce premier article approche ces expériences humaines à partir des résultats de recherches longitudinales faisant la preuve de la possibilité du rétablissement, également à partir de récits de rétablissement à la première personne. Ce texte introduit le lecteur à l'expérience de n'être « personne, nulle part », à l'expérience de ne plus se percevoir comme un soi, après s'être pourtant déjà connu et reconnu au cours des années de vie précédant la maladie. Se posent alors deux grandes questions : comment expliquer la perte de la perception de soi ou de l'accès à soi ? Et comment expliquer le retour du soi au cœur des parcours individuels de rétablissement ?

Ces deux questions supposent la possibilité et l'existence du rétablissement. Aussi, dans une première section, le lecteur trouvera une discussion apportant des éléments de compréhension sur :

- quelques raisons expliquant l'ignorance de la possibilité du rétablissement par la psychiatrie pendant plusieurs siècles ;
- la nature du processus de rétablissement : non prévisible, complexe, non linéaire, découlant couramment d'actions ou d'activités n'ayant pas pour objectif explicite le rétablissement.

---

1. L. Davidson, « Recovering a sense of self in schizophrenia », *Journal of Personality*, 2019, p. 1-11, <https://doi.org/10.1111/jopy.12471>

L'analyse proposée dans la suite de ce texte éclaire et détaille des micro-processus psychiques et sociaux, indispensables et favorables, pour que la personne puisse retrouver son soi, sa volonté et son autodétermination. Lorsque les médicaments psychotropes et les thérapies cognitivo-comportementales ne suffisent pas à restaurer le soi, quels autres constituants du soi sont alors nécessaires ? Voici la liste proposée et explicitée par Davidson dans cet article :

- se sentir/être accepté par autrui, s'accepter soi-même ;
- être capable de diriger volontairement sa propre conscience ;
- exister en tant que sujet d'expérience, au présent ;
- se sentir/être confirmé par d'autres dans sa valeur en tant que personne ;
- affirmer sa propre existence en tant que personne dans un environnement social/être reconnu et traité comme une personne ;
- avoir le sentiment d'être utile à autrui, de donner en retour/se voir reconnu cette utilité ;
- avoir le sentiment d'appartenir à un environnement social/se voir reconnu cette appartenance ;
- explorer d'autres rôles sociaux que celui de « malade mental » / être reconnu pour autre chose que la maladie ;
- explorer ses centres d'intérêts, faire des activités ayant sens et valeur aux yeux de la personne/être soutenu dans cette exploration ;
- se voir proposer/prendre le risque de s'inscrire dans une ou des relations de confiance ;
- éprouver de l'espoir.

Il est à noter que la quasi-totalité de ces constituants découle tout autant du travail de la personne que de celui de son environnement social proche. Retrouver son soi nécessite la mise en œuvre de processus psychosociaux. Une fois ces premiers processus de rétablissement amorcés, d'autres encore seront nécessaires, notamment le « déboisement » et « l'alpinisme » (Strauss et coll., 1985) ; également, apprendre à utiliser la nouvelle perception de soi pour amortir les effets de la maladie et ceux de la dure façon dont parfois l'on peut être traité par autrui.

Ce texte se termine par une discussion adressée aux professionnels du champ de la santé mentale qui souhaiteraient soutenir les processus de rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. Davidson évoque quelques éléments d'une posture professionnelle utile à cette restauration du soi, avant que la personne évolue plus largement vers la réappropriation d'une vie à part entière au sein de la société :

- mesurer l'importance de la qualité de la relation entre le praticien et la personne ;
- accepter en tant que professionnel que l'on ne puisse rétablir une personne, mais seulement soutenir son processus de rétablissement ;

Formation des professionnels aux soins orientés rétablissement.....	165
Changer les établissements, les services et les dispositifs .....	169
Ce que nous pensons avoir appris jusqu'à présent .....	173
« JE NE SAIS PAS COMMENT TROUVER MON CHEMIN DANS CE MONDE » : CONTRIBUTIONS D'UNE RECHERCHE MENÉE PAR DES USAGERS À LA TRANSFORMATION DES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE .....	
Méthode.....	177
Résultats .....	180
<i>Des pertes multiples et profondes</i> .....	183
<i>Exister seulement</i> .....	184
<i>Être bloqué, sans aucune issue</i> .....	187
<i>Besoin d'une carte pour retrouver le chemin vers une vie     « normale »</i> .....	189
<i>Des guides utiles</i> .....	193
<i>Les choses ne se font pas d'un seul coup de baguette magique</i> .....	195
Discussion .....	199
ÉLÉMENTS BIOGRAPHIQUES DE LARRY DAVIDSON.....	203

