



CAHIER DE RESSOURCES 1 : CONCEPTS ET DÉFINITIONS DU RÉTABLISSEMENT

Version 1.0 – 2026-06-16

Contenu

a. Différents aspects du concept de rétablissement (SAMHSA 2023).....	2
b. Cadre conceptuel pour le rétablissement personnel en santé mentale (Leamy et al. 2011).....	9
c. Les dix principes directeurs du rétablissement de la SAMHSA illustrés par une paire-praticienne en santé mentale (PPSM) travaillant en Suisse romande	12
Les autres cahiers de ressources disponibles	14

Ce cahier de ressources complète un guide sur la pair-aidance professionnelle dans le domaine des addictions, rédigé à l'attention des futurs employeurs.

La version PDF de ce guide est téléchargeable sous : [hopital-addiction.ch](https://hopital-addictions.ch) > Ressources > Pair-aidance [<https://hopital-addictions.ch/pair-aidance/>]





a. Différents aspects du concept de rétablissement (SAMHSA 2023)

Source de cet extrait :

SAMHSA, « *Incorporating Peer Support Into Substance Use Disorder Treatment Services (TIP 64)* », Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596262/>.

Projet Hôpital et Addictions – Recension du GT pair-aidance en addictions

Évolution des définitions du rétablissement

L'acceptation croissante des **Troubles liés à l'Usage de Substances (TUS)** comme conditions chroniques (semblables à l'hypertension, au diabète ou à l'asthme) transforme le concept du domaine de la santé comportementale sur ce que signifie avoir un TUS et sur les types de soutien dont les personnes ont besoin. L'idée de rétablissement précède l'émergence du traitement spécialisé des TUS et est centrale au travail des pairs et aux programmes d'entraide (p. 8, Chapitre 1)

Réf. 70 : Grigson, P. S. (2018). *Addiction : A multi-determined disease*. (référence sur les TUS comme conditions chroniques)

Réf. 71 : White, W. (2005). *Recovery: Its history and renaissance as an organizing construct*. (référence sur l'histoire du concept de rétablissement)

Réf. 72 : Alcoholics Anonymous. (1939). *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism*. (référence sur les origines des groupes d'entraide)

Les définitions de travail du rétablissement ont commencé à émerger dans la littérature au milieu des années 2000 et n'ont cessé d'évoluer (p. 8, Chapitre 1) :

- Certaines définitions se concentrent exclusivement sur l'arrêt de l'usage de substances (abstinence)
- D'autres étendent le concept pour englober la réduction de l'usage de substances
- D'autres encore incluent la réduction des méfaits, qui reconnaît les bénéfices pour l'individu de diminuer les risques liés à l'usage de substances (par exemple, utilisation de médicaments de réversion de surdose aux opioïdes et pratiques d'injection plus sûres)

Réf. 73 : Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., ... Bond, J. (2014). Elements that define recovery: The experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 999–1010.

Réf. 74 : Kelly, J. F., & Hoepfner, B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research and Theory*, 23(1), 5–9.

Réf. 75 : Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221–228.

Réf. 76 : Hawk, M., Coulter, R. W., Egan, J. E., Fisk, S., Reuel Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1–9.

L'expert du rétablissement William White a inclus l'idée que le rétablissement doit être activement géré au fil du temps (p. 8, Chapitre 1)

Réf. 77 : White, W. L. (2007). Addiction recovery : Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229–241.

Presque toutes les définitions mentionnent la réalisation de changements personnels qui promeuvent le bien-être à long terme et soutiennent une meilleure qualité de vie (p. 8, Chapitre 1)

Réf. 78 : Office of the Surgeon General. (2016). *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*. U.S. Department of Health and Human Services.



Définition de travail de la SAMHSA (2012)

La SAMHSA définit le rétablissement comme « un processus de changement par lequel les individus améliorent leur santé et leur bien-être, vivent une vie auto-dirigée et s'efforcent d'atteindre leur plein potentiel » et reconnaît que le rétablissement peut se faire par de nombreuses voies. Le rétablissement survient lorsque des changements positifs et des valeurs deviennent partie d'un mode de vie volontairement adopté (pp. xv, 9, Exhibit ES.1 et Chapitre 1)

Réf. 79 : Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery* (p. 3).

La SAMHSA a aussi établi en 2012 quatre grandes dimensions d'une vie en rétablissement : la santé, le logement (*home*), un but/objectif de vie (*purpose*) et la communauté (p. 9, Chapitre 1)

Réf. 80 : Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery*.

Les 10 principes directeurs du rétablissement (Exhibit 1.2, p. 9)

Le rétablissement est un processus multifacette qui peut être différent d'une personne à l'autre. Les principes soulignent que le rétablissement :

1. Est un prolongement de l'espoir
2. Est dirigé par la personne et centré sur ses forces, besoins et souhaits
3. Se produit de nombreuses façons, par de nombreuses voies et sous de nombreuses formes — il n'y a véritablement pas une seule « bonne » manière de trouver, d'établir et de maintenir le rétablissement
4. Est holistique, abordant non seulement les problèmes d'usage de substances mais aussi le bien-être physique, émotionnel, social et spirituel
5. Inclut le soutien de ses pairs et d'autres alliés
6. Est atteint, au moins en partie, à travers ses relations personnelles et son réseau social
7. Est façonné et soutenu par sa culture, ses valeurs, traditions et croyances
8. Nécessite des services et traitements réactifs à la situation actuelle de la personne et à son histoire de trauma
9. S'appuie sur les forces, soutiens, responsabilités et ressources des individus, des familles et des communautés
10. Promeut le respect de soi, la dignité et l'auto-acceptation

Réf. 80 : Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery*.

Principes du soutien au rétablissement

Le soutien au rétablissement se concentre sur l'établissement et le maintien du rétablissement à long terme et repose sur les principes suivants (p. 41, Chapitre 3) :

- Le rétablissement est un processus continu de changement, pas un événement ponctuel
- Le rétablissement est fluide ; les objectifs et les interventions changent au fur et à mesure que le rétablissement évolue
- Le rétablissement implique le besoin d'apprendre de nouvelles compétences et comportements pour surmonter les problèmes liés à l'usage de substances, incluant de nombreux facteurs de stress
- Le rétablissement est dirigé par la personne et holistique
- Le rétablissement peut être atteint par de multiples voies



Réf. 270 : Inanlou, M., Bahmani, B., Farhoudian, A., & Rafiee, F. (référence sur les principes du soutien au rétablissement)

Réf. 271 : Office of the Surgeon General. (2016). *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*. U.S. Department of Health and Human Services.

Le rétablissement est individuel. Les problèmes liés à l'usage de substances, les environnements et les circonstances personnelles ne sont pas tous les mêmes ; par conséquent, les voies de rétablissement ne sont pas toutes les mêmes (p. 41, Chapitre 3).

Aucune réf. spécifique (avis du panel d'experts).

Le rétablissement comme parcours individuel

Il existe de nombreuses voies de rétablissement, et chaque personne vivra ce parcours différemment (p. 48, Chapitre 3) :

- Le rétablissement pour une personne peut inclure l'abstinence, tandis qu'une autre peut se concentrer sur la réduction de son usage
- Pour certains, le rétablissement peut signifier l'abstinence d'une substance, mais pas de toutes
- L'expérience de rétablissement peut varier selon : le type de rétablissement, la manière dont il est initié, l'identité de rétablissement, les relations soutenant le rétablissement, et la stabilité du rétablissement
- Certains individus peuvent ne pas vouloir embrasser une identité de rétablissement — ils embrassent plutôt tout changement positif

Réf. 299 : White, W., & Kurtz, E. (2006). *The varieties of recovery experience: A primer for addiction treatment professionals and recovery advocates*.

Réf. 300 : Kaplan, L. (2008). *The role of recovery support services in recovery-oriented systems of care*. DHHS Publication No. (SMA) 08-4315. SAMHSA.

- Certaines personnes peuvent résoudre leur usage problématique de substances par elles-mêmes ou ne se considèrent pas comme étant « en rétablissement ». Certaines veulent adopter une approche de réduction des méfaits. Les pairs ne devraient pas supposer que les personnes qui demandent de l'aide se considèrent comme étant en rétablissement (p. 50, Chapitre 3)

Réf. 308 : Kelly, J. F., Abry, A. W., Milligan, C. M., Bergman, B. G., et al. (référence sur la variété des parcours de rétablissement)

Le rétablissement comme processus dans le temps

Bien qu'il n'y ait pas de calendrier spécifique pour atteindre le rétablissement, la recherche indique qu'il s'agit d'un processus progressif menant à des améliorations de la qualité de vie, de l'estime de soi et du bonheur au fil du temps (p. 50, Chapitre 3)

Réf. 304 : White, W., & Kurtz, E. (2006). *The varieties of recovery experience* (même source que réf. 299)

Dans un échantillon représentatif national d'adultes américains s'identifiant comme étant en rétablissement :

- Les mesures de bonheur et d'estime de soi semblaient chuter pendant les premiers mois du rétablissement, suivies d'une augmentation progressive commençant 6 à 12 mois après le début du rétablissement
- La qualité de vie, le bonheur et l'estime de soi se sont améliorés significativement pendant les 6 à 11 premières années de rétablissement
- Il faut environ 15 ans de rétablissement, en moyenne, pour atteindre la même qualité de vie que la population générale



- Le capital de rétablissement semblait augmenter au fil du temps jusqu'à 40 ans de rétablissement (p. 50, Chapitre 3)

Réf. 305, 306, 307 : Kelly, J. F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2018). Beyond abstinence: Changes in indices of quality of life with time in recovery in a nationally representative sample of U.S. adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(4), 770–780.

Le capital de rétablissement

Le concept de capital de rétablissement a changé la réflexion sur ce dont les personnes ayant des problèmes liés à l'usage de substances pourraient avoir besoin pour atteindre le rétablissement (p. 10, Chapitre 1)

Réf. 81 : Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Peers supporting recovery from substance use disorders*.

Réf. 82 : White, W. & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22–27.

Le capital de rétablissement se divise en catégories (pp. 50-51, Chapitre 3) :

- Capital personnel : « capital physique » (stabilité financière, alimentation, transport, logement sûr, santé physique) et « capital humain » (valeurs, connaissances, compétences, motivation interne, conscience de soi)
- Capital familial/social : relations intimes, famille, amis, relations sociales dans divers milieux
- Capital communautaire : attitudes, politiques et ressources communautaires qui promeuvent la résolution des problèmes par des voies diverses
- Capital culturel : disponibilité de voies de rétablissement culturellement prescrites ; valeurs et croyances culturelles soutenant le rétablissement

Réf. 309 : Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.

Réf. 310 : Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*, 43 (12–13), 1971–1986.

Avoir un plus grand capital de rétablissement est associé à des résultats positifs : achèvement du traitement, participation aux rendez-vous de suivi, atteinte des objectifs du plan de rétablissement (p. 51, Chapitre 3)

Réf. 318 : Sánchez, J., Sahker, E., & Arndt, S. (2020). The assessment of recovery capital (ARC) predicts substance abuse treatment completion. *Addictive Behaviors*, 102, 106189.

Réf. 319 : Ashford, R. D., Brown, A., Canode, B., Sledd, A., et al. (référence sur le capital de rétablissement et les résultats)

Réf. 320 : Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: A systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 349–360.

Le rétablissement et la récurrence (recurrence)

Le terme « récurrence » est préféré à « rechute » (*relapse*), qui apparaît fréquemment dans la littérature de recherche mais ne reflète pas une perspective centrée sur la personne et orientée vers le rétablissement (p. xv, Exhibit ES.1).

Aucune réf. spécifique (avis du panel d'experts).

On parle de récurrence lors d'un usage problématique de substances après une période de problèmes résolus. Les récurrences font souvent partie du rétablissement ; le rétablissement ne signifie pas une absence de récurrence (p. xv, Exhibit ES.1).

Aucune réf. spécifique (avis du panel d'experts).



Le rétablissement et la réduction des méfaits

Étant donné que chaque individu a sa propre voie et ses propres objectifs de rétablissement, les pairs devraient être familiers avec les stratégies de réduction des méfaits. Ces stratégies peuvent aider les personnes à éviter les surdoses, les infections et d'autres menaces à leur vie et à leur santé (p. 23, Chapitre 2).

Aucune réf. spécifique (avis du panel d'experts).

- La recherche suggère que les **Services de Soutien par les Pairs (SSP – Peer support services)** peuvent facilement et efficacement aider les personnes à accéder aux programmes de réduction des méfaits pour le trouble de l'usage d'opioïdes (par exemple, en offrant des échanges de seringues stériles, en administrant des trousse de naloxone) (p. 23, Chapitre 2)

Réf. 179 : Ashford, R. D., Curtis, B., & Brown, A. M. (2018). Peer-delivered harm reduction and recovery support services: Initial evaluation from a hybrid recovery community drop-in center and syringe exchange program. *Harm Reduction Journal*, 15(1), 1–9.

Si la personne choisit la modération plutôt que l'abstinence, un pair devrait honorer et soutenir cet objectif en offrant des ressources pour l'aider à avancer (p. 41, Chapitre 3).

Aucune réf. spécifique (avis du panel d'experts).

Le système de soins orienté vers le rétablissement (ROSC)

Un **système de soins orienté vers le rétablissement (ROSC – recovery-oriented system of care)** est un continuum de soins multisystémique, basé sur les forces, centré sur la personne, dans lequel un menu de soutiens coordonnés est adapté aux besoins des individus et aux voies de rétablissement choisies. Le réseau peut inclure des programmes de traitement des TUS, des **organismes communautaires de rétablissement (RCO –recovery community organizations)**, des organisations de soins primaires, des services de prévention, des systèmes de services alliés et des individus (p. 11, Chapitre 1)

Réf. 85 : DiClemente, C. C., Norwood, A. E., Gregory, W. H., Travaglini, L., Graydon, M. M., & Como, C. M. (2016). Consumer-centered, collaborative, and comprehensive care: The core essentials of recovery-oriented system of care. *Journal of Addictions Nursing*, 27(2), 94–100.

Les huit dimensions du bien-être dans le rétablissement

Le plan de rétablissement et de bien-être devrait inclure les aspects suivants (pp. 72-73, Chapitre 3) :

- **Émotionnel** : faire face efficacement à la vie et créer des relations satisfaisantes
- **Environnemental** : vivre dans des environnements soutenant la santé globale
- **Financier** : être satisfait de sa situation financière
- **Intellectuel** : reconnaître ses capacités créatives et développer de nouvelles connaissances
- **Occupationnel** : obtenir satisfaction et développement de soi par son travail
- **Physique** : reconnaître le besoin d'activité physique, d'alimentation saine et de sommeil
- **Social** : développer un sentiment de connexion, d'appartenance et un système de soutien
- **Spirituel** : élargir le sens du but et de la signification dans la vie

Réf. 367 : Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016, April). *Learn the eight dimensions of wellness*. (Poster). <https://store.samhsa.gov/product/Learn-the-Eight-Dimensions-of-Wellness-Poster-/SMA16-4953>



La planification du rétablissement

La planification du rétablissement est largement dirigée par le client. L'accent est mis sur l'avenir, le bien-être et la durabilité. Elle inclut l'identification du capital de rétablissement, des besoins et des objectifs de l'individu, puis le développement d'actions. Le plan devrait inclure des objectifs SMART (p. 10, Chapitre 1)

Réf. 83 : Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Value of peers*, 2017.

Réf. 84 : Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services & Achara Consulting Inc. (2017). *Peer support toolkit*.

Un plan de rétablissement est différent d'un plan de traitement. Le plan de rétablissement est créé par la personne elle-même, qui en revendique la propriété. Le plan de traitement est un document clinique appartenant au programme. Idéalement, les deux plans devraient se renforcer mutuellement (p. 71, Chapitre 3).

Aucune réf. spécifique (avis du panel d'experts).

Comme le rétablissement lui-même, la planification du rétablissement est un processus continu et dynamique. Le plan devra être revu et révisé au fur et à mesure que l'individu construit son capital de rétablissement et atteint ou change ses objectifs (p. 10, Chapitre 1)

Réf. 84 : Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services & Achara Consulting Inc. (2017). *Peer support toolkit*.

Le mouvement de rétablissement

Le mouvement de rétablissement de l'usage problématique de substances est un mouvement de base (*grassroots*) aux États-Unis qui apporte les idées et les valeurs du rétablissement des institutions traditionnelles de traitement et des groupes d'entraide vers la communauté plus large. Ce mouvement promeut des attitudes, croyances et valeurs clés : le rétablissement est possible pour tous ; il y a de nombreuses voies de rétablissement ; le rétablissement est un choix (p. 79, Chapitre 3)

Réf. 379, 380 : White, Kelly & Roth. (2012). New addiction-recovery support institutions : Mobilizing support beyond professional addiction treatment and recovery mutual aid. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7(2-4), 297–317.

Le rétablissement et l'identité

Le rétablissement est un processus de changement de son identité. Les pairs restent en contact avec d'autres personnes en rétablissement et renforcent ainsi leur propre identité en tant que personnes en rétablissement, notamment par le récit (*storytelling*) (p. 5, Chapitre 1)

Réf. 132 : Frings, D., & Albery, I. (2015). The social identity model of cessation maintenance: Formulation and initial evidence. *Addictive Behaviors*, 44, 35–42.

Réf. 133 : Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research & Theory*, 24(2), 111–123.

Le rétablissement et les stades de changement

Le modèle transthéorique des stades de changement illustre comment les personnes changent leurs comportements à risque pour la santé. La conscience de ces stades peut aider les pairs à comprendre la mentalité des individus : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien (p. 49, Chapitre 3)

Réf. 301 : Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.

Réf. 302 : Raihan, N., & Cogburn, M. (2021, March 3). *Stages of change theory*. StatPearls Publishing.

Réf. 303 : Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154.



Le langage du rétablissement

Le document privilégie un langage centré sur la personne et orienté vers le rétablissement :

- « Récurrence » plutôt que « rechute » (*relapse*), car ce dernier ne reflète pas une perspective centrée sur la personne (p. xv)
- « Usage problématique de substances » plutôt que « abus de substances » ou « mésusage de substances », termes considérés comme désuets (p. xv)
- « Personne ayant des problèmes liés à l'usage de substances » plutôt que « un toxicomane » ou « un utilisateur » (p. 52, Chapitre 3)
- « Personne entre deux logements » plutôt que « personne sans-abri » (p. 52, Chapitre 3)
- Le pair désigne généralement la personne avec qui il travaille comme « pair » et non comme son « client », reflétant la nature non hiérarchique de la relation impliquant collaboration, apprentissage mutuel et vécu partagé (p. xvi).

Aucune réf. spécifique (avis du panel d'experts).

Le rétablissement et le soutien des pairs comme complément au traitement

Les SSP ajoutent aux bénéfices du traitement traditionnel des TUS et des programmes d'entraide. Les pairs qui fournissent des SSP remplissent de nombreuses fonctions, incluant certaines que le personnel clinique et autre personnel non clinique n'a pas l'expérience d'accomplir ou qui seraient hors de leur champ de pratique (p. 6, Chapitre 1). Aucune réf. spécifique.

Les éléments définissant les SSP axés sur les TUS incluent : des services non cliniques ; fournis par des individus ayant une expérience de rétablissement ; impliquant une écoute efficace et le récit, un accompagnement basé sur les forces, et la reconnaissance que le rétablissement existe dans un contexte culturel et a de multiples voies (p. 8, Exhibit 1.1, Chapitre 1)

Réf. 51 White, W. (2009). *Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice, and scientific evaluation*. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center and Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.

Réf. 52 Center for Substance Abuse Treatment. (2009). *What are peer recovery support services?* HHS Publication No. (SMA) 09-4454. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Réf. 53 White, W. L. (2010). Nonclinical addiction recovery support services : History, rationale, models, potentials, and pitfalls. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(3), 256–272.

Le rétablissement comme cadre pour le passage d'un modèle aigu à un modèle chronique

L'intégration du poste de pair dans les programmes de traitement des TUS s'aligne avec le besoin ou l'objectif des programmes de passer d'un modèle aigu et épisodique de traitement des TUS à un modèle à long terme, orienté vers le rétablissement (p. 7, Chapitre 1).



b. Cadre conceptuel pour le rétablissement personnel en santé mentale (Leamy et al. 2011)

Source de cet extrait :

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011 Dec;199(6):445-52. doi: [10.1192/bjp.bp.110.083733](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733)

Projet Hôpital et Addictions — Résumé rédigé par le GT pair-aidance en addictions

Contexte et méthodologie

Leamy et al. ont réalisé la première revue systématique et synthèse narrative de la littérature sur le rétablissement personnel en santé mentale. Sur 5208 publications identifiées et 366 examinées, 97 ont été retenues. Les études provenaient de 13 pays, principalement les États-Unis (50), le Royaume-Uni (20), l'Australie (8) et le Canada (6).

Le cadre conceptuel final comprend trois niveaux articulés entre eux : les **caractéristiques du parcours de rétablissement** (13 traits identifiés), les **processus de rétablissement** (les cinq dimensions CHIME), et les **stades de rétablissement** (qui correspondent au modèle transthéorique du changement de Prochaska & DiClemente).

Les cinq processus CHIME en détail

C — Connectedness (Liens sociaux)

C'est la dimension la plus fréquemment identifiée dans la littérature. Sur les 87 études distinctes de la revue, 75 (86 %) identifiaient la connectedness comme processus de rétablissement. Elle se décline en quatre sous-catégories, avec leurs fréquences respectives dans les études :

- Soutien des autres (53 études, 61 %) — le fait de bénéficier d'un réseau d'aide (famille, amis, professionnels)
- Soutien par les pairs et groupes d'entraide (39 études, 45 %) — la relation avec des personnes ayant vécu des expériences similaires
- Appartenance à une communauté (35 études, 40 %) — le sentiment de faire partie d'un groupe social plus large
- Relations significatives (33 études, 38 %) — les liens interpersonnels de qualité, de confiance et de réciprocité

Des études plus récentes testant le cadre CHIME à travers des récits de rétablissement montrent que la connectedness est présente dans 100 % des récits analysés, quelle que soit la catégorie diagnostique, ce qui en fait la dimension la plus universellement rapportée.

En pratique, un parcours stabilisé se manifeste ici par la capacité de la personne à maintenir des liens sociaux durables, à s'inscrire dans des réseaux de soutien, et à entretenir des relations de réciprocité.

H — Hope and optimism about the future (Espoir et optimisme)

L'espoir et l'optimisme face à l'avenir ont été identifiés dans 69 études (79 %). Cette dimension comprend cinq sous-catégories :

- Croyance en la possibilité du rétablissement (30 études, 34 %) — la conviction que le changement est possible



- Motivation au changement (15 études, 17 %) — l'énergie et la volonté de s'engager dans un processus d'amélioration
- Relations inspirant l'espoir (12 études, 14 %) — la rencontre avec des personnes qui incarnent la possibilité du rétablissement (dont les pairs aidants)
- Pensée positive et valorisation des réussites (dix études, 11 %) — la capacité à reconnaître ses progrès
- Rêves et aspirations (sept études, 8 %) — la capacité à se projeter dans l'avenir

Les expériences vécues au sein des services de santé mentale peuvent soit renforcer, soit entraver la connectedness, l'espoir, une identité positive, le sens donné à la vie et le pouvoir d'agir. L'espoir est souvent décrit dans la littérature comme le « moteur » du rétablissement : sans lui, les autres processus peinent à s'enclencher.

Un parcours stabilisé au regard de cette dimension signifie que la personne a intégré durablement une vision positive de son avenir, sans la fragilité d'un optimisme de façade.

I — Identity (Identité)

L'identité a été identifiée dans 65 études (75 %) et comporte 3 sous-catégories : la reconstruction d'un sens positif de l'identité (57 études, 66 %), le dépassement de la stigmatisation (40 études, 46 %), et les dimensions multiples de l'identité (huit études, 9 %).

Ce processus renvoie au passage d'une identité « de malade » vers une identité redéfinie où la maladie n'est plus le trait dominant. Cela inclut :

- Se reconnaître des rôles sociaux au-delà du statut de patient (parent, collègue, citoyen, étudiant, etc.)
- Dépasser la stigmatisation internalisée (auto-stigmatisation) et externe
- Intégrer l'expérience de la maladie dans son récit de vie sans qu'elle le définisse entièrement

Pour les personnes issues de minorités ethniques, la revue a montré que la stigmatisation revêtait une double dimension : celle liée à la maladie mentale et celle liée à l'appartenance à un groupe discriminé, les deux se renforçant mutuellement.

Un parcours stabilisé se traduit ici par une identité reconstruite et suffisamment solide pour ne pas être ébranlée par le regard des autres ou par d'éventuels épisodes de rechute.

M — Meaning in life (Sens donné à la vie)

Le sens donné à la vie a été identifié dans 59 études (66 %), avec six sous-catégories : la qualité de vie (57 études, 65 %), les rôles sociaux significatifs (40 études, 46 %), le sens donné à l'expérience de la maladie (30 études, 34 %), la reconstruction de la vie (19 études, 22 %), les objectifs sociaux significatifs (15 études, 17 %), et la spiritualité (36 études, 41 %).

Cette dimension est la plus riche en sous-catégories et recouvre des aspects très concrets du quotidien :

- Qualité de vie — se sentir satisfait de sa vie au quotidien
- Rôles et objectifs significatifs — avoir un emploi, des études, du bénévolat, un rôle familial, des activités créatives
- Donner un sens à l'expérience de la maladie — transformer le vécu douloureux en une ressource (c'est précisément ce que fait le pair-aidant dans sa pratique)
- Spiritualité — qui peut prendre des formes variées (religieuse, philosophique, méditative)



- Reconstruction de sa vie — le sentiment de « reprendre le fil »

Fait intéressant, dans les récits de rétablissement de personnes autistes, c'est la dimension « sens donné à la vie » qui était la plus fortement représentée, devant la connectedness et l'empowerment.

Un parcours stabilisé dans cette dimension signifie que la personne a (re)trouvé des activités et des rôles qu'elle juge significatifs, et qu'elle peut donner un sens à son expérience passée.

E — Empowerment (Pouvoir d'agir)

L'empowerment est la dimension la plus massivement identifiée dans la revue : 79 études (91 %). Elle comprend trois sous-catégories : la responsabilité personnelle (79 études, 91 %), le contrôle sur sa vie (78 études, 90 %), et le fait de se concentrer sur ses forces (14 études, 16 %).

Concrètement, l'empowerment recouvre :

- La responsabilité personnelle — se sentir acteur de son rétablissement, prendre des décisions éclairées sur ses soins et sa vie
- Le contrôle sur sa vie — avoir le sentiment de maîtriser le cours de son existence, pouvoir faire des choix autonomes
- L'identification et la mobilisation de ses forces — reconnaître ses ressources personnelles, ses talents, ses compétences (plutôt que se focaliser sur les déficits)

Avec la connectedness, l'empowerment est l'une des deux dimensions les plus fortement présentes dans les récits de rétablissement toutes catégories diagnostiques confondues.

Un parcours stabilisé au regard de l'empowerment implique que la personne exerce un contrôle réel et durable sur ses décisions de vie et qu'elle s'appuie activement sur ses propres ressources.

Les 13 caractéristiques du parcours de rétablissement

En complément des 5 processus, Leamy et al. ont identifié 13 caractéristiques du parcours de rétablissement, dont les plus fréquemment mentionnées sont :

Le rétablissement est un processus actif (50 % des études), un processus individuel et unique (29 %), non linéaire (24 %), vécu comme un voyage (20 %), passant par des phases (17 %), impliquant une lutte (16 %), multidimensionnel (15 %) et progressif (15 %).

L'idée que le rétablissement est possible sans « guérison » au sens clinique est aussi relevée (10 % des études) — un point essentiel pour la pair-aidance, puisque le pair-aidant peut être stabilisé tout en vivant encore avec des symptômes résiduels.

Remarque additionnelle

Depuis sa publication, le cadre CHIME a fait l'objet d'extensions :

- **CHIME-D** (ajout de « Difficulties ») — Stuart et al. (2017) et Van Weeghel et al. (2019) ont recommandé d'ajouter une sixième dimension, les « Difficultés » (traumatismes, épreuves liées à la maladie), car les récits de rétablissement contiennent une part importante de ces expériences adverses.
- **CHIME-S** (ajout de « Secure ») — une adaptation pour les populations en milieu médico-légal, ajoutant la dimension « sentiment de sécurité »
- **Validité transdiagnostique** — des travaux récents ont testé l'applicabilité du cadre CHIME à différentes catégories diagnostiques (troubles de l'humeur, autisme, diagnostics multiples) et confirment que les cinq dimensions sont pertinentes indépendamment du diagnostic.



c. Les dix principes directeurs du rétablissement de la SAMHSA illustrés par une paire-praticienne en santé mentale (PPSM) travaillant en Suisse romande

Source de cet extrait :

SAMHSA, « 10 Guiding Principles of Recovery ». Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf>. Traduction libre

Le rétablissement est un processus à multiples facettes qui peut être différent d'une personne à l'autre. Les principes soulignent que le rétablissement :

1. Est le fruit de l'espoir

- Il m'est arrivé, dans un contexte d'accompagnement en tant que pair praticienne en santé mentale (PPSM) d'une personne concernée par des troubles de l'addiction de me sentir démunie et impuissante. Dans ces moments-là je me suis souvenue que ma posture pouvait s'ancrer dans une dimension d'espoir à condition que je me souvienne de mon propre chemin, et du miracle qu'a constitué à mes yeux, mon premier jour de rétablissement.

2. Est axé sur la personne et se concentre sur ses forces, ses besoins et ses souhaits

- Mon expérience de PPSM m'a permis de comprendre que mon travail consiste à faire levier sur ma propre expérience de la maladie et du rétablissement, pour laisser de la place à l'autre. Le modèle est le processus de transformation, le rétablissement et non pas moi, en tant que personne. La conscience de cela permet également d'évacuer la notion de sauveur pour laisser place à la notion d'accompagnateur.

3. Se produit de différentes manières, par différents chemins et sous différentes formes.

- Il n'y a pas vraiment de « bonne » façon de trouver, d'établir et de maintenir le rétablissement. Ce sont de multiples facteurs qui composent mon rétablissement et les choix que je fais aujourd'hui. Ils me traduisent en tant qu'individu unique. Il y a donc des multitudes de rétablissements, qui ont pour dénominateurs communs des ingrédients, ou des étapes, mais qui demeurent éminemment uniques et personnels.

4. Est holistique, c'est-à-dire qu'il ne s'intéresse pas seulement aux problèmes de consommation de substances d'une personne, mais aussi à son bien-être physique, émotionnel, social et spirituel.

- Ce n'est qu'après six ans de rétablissement que j'ai pu commencer à rétablir l'aspect administratif et financier de ma vie, aussi je suis aujourd'hui en pleine possession de mes moyens pour imaginer établir des relations sociales de qualité. Avec le temps j'ai compris que le rétablissement ne s'arrête jamais et ne se limite en aucun cas au fait de la substance consommée.



5. Inclut le soutien des pairs et d'autres alliés.

- Jamais je n'aurais pu me rétablir seule. J'ai rencontré des professionnels qui ont profondément marqué mon chemin de rétablissement. Ils ne le savent pas, car ils ont croisé mon chemin lorsque je n'étais pas encore sur le chemin du rétablissement. Mais moi, je me suis souvenue de certains de leurs interventions ou mots, ou regards par exemple, et c'est cela qui a servi de levier pour que je puisse me rétablir. C'est pareil pour mes pairs qui ont su faire levier sur mes forces, me permettant de m'identifier à eux.

6. Est atteint, au moins en partie, grâce aux relations personnelles et au réseau social d'une personne.

- Je ne suis plus seule. J'ai des amis, des proches et une nouvelle famille. Petit à petit la personne que la maladie transforme s'éloigne et je suis une nouvelle personne qui se reconstruit par le biais des liens aux autres.

7. Est façonné et soutenu par la culture, les valeurs, les traditions et les croyances d'une personne.

- Il a fallu que je déconstruise mes croyances, mais je sais que celle que je suis aujourd'hui peut se reposer sur ces valeurs et croyances ou traditions aussi pour continuer à se rétablir. Je ne pourrai donc pas imposer ce qui me définit à d'autres : le rétablissement est façonné à hauteur de nos expériences personnelles et ce qui nous constitue. Nous changeons et le rétablissement prend également des dimensions propres à chacun.

8. Nécessite des services et des traitements adaptés à la situation actuelle et aux antécédents de l'individu en matière de traumatisme.

- J'ai découvert que chacun exprime à hauteur de ce qui lui est possible sa souffrance. Souvent il s'agit de traumatismes, les professionnels de la santé mentale sont donc directement concernés par le rétablissement puisqu'ils disposent aussi d'outils qui permettent le travail sur ces traumatismes afin de favoriser le rétablissement.

9. Repose sur les forces, les soutiens, les responsabilités et les ressources de l'individu, de la famille et de la communauté.

- Avoir un travail, pouvoir jouer un rôle au sein de la communauté est pouvoir me reposer sur mes propres ressources est pour moi ce que j'ai de plus précieux au monde, car cela me permet d'être en lien à l'autre : à ma famille, à mon enfant ou encore à mes proches et à mes collègues. Cela n'était plus possible avant que je ne me rétablisse.

10. Favorise le respect de soi, la dignité et l'acceptation de soi.

- Je rétablis aussi l'estime de moi : c'est une chance, car j'ai l'impression d'avoir toute ma vie devant moi.



Les autres cahiers de ressources disponibles

Cahier de ressources 1 : Concepts et définitions du rétablissement

Cahier de ressources 2 : Milieux de travail et exemples de tâches des pairs-aidants en addictions (PAA)

Cahier de ressources 3 : Rôles, compétences, connaissances, valeurs et attitudes des pairs-aidants en addictions (PAA)

Cahier de ressources 4 : Apports et bénéfices des services de soutien par les pairs (SSP) et de la pair-aidance en addictions

Cahier de ressources 5 : Pratiques conseillées et outils pour la planification d'un service de soutien par les pairs (SSP) et l'embauche de pairs-aidants en addictions (PAA)

Cahier de ressources 6 : Pratiques conseillées et outils pour le recrutement de pairs-aidants en addictions (PAA)

Cahier de ressources 7 : Pratiques conseillées pour un service pérenne de soutien par les pairs (SSP) et une intégration réussie des pairs-aidants en addictions (PAA) au sein des équipes

Cahier de ressources 8 : Descriptions de poste, cahiers des charges et exemples de contrats de travail de pairs-aidants en addictions (PAA)

Cahier de ressources 9 : Points d'attention relevés par la littérature sur l'intégration des pairs-aidants en addictions (PAA)

Cahier de ressources 10 : Bibliographies annotées sur la pair-aidance professionnelle en addictions

Téléchargeables sous : hopital-addiction.ch > Ressources > Pair-aidance

<https://hopital-addictions.ch/pair-aidance/>