THÈSE PRÉSENTÉE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE

L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE : Sociétés, Politique, Santé Publique (SP2)
SPÉCIALITÉ : Psychologie

Par Simon FELIX

Le rétablissement dans les pratiques en santé mentale : outils et leviers de transformation

Sous la direction du Professeure Antoinette PROUTEAU

Soutenue publiquement le 14 Octobre 2025

Membres du jury :

M. LANÇON Christophe	PU-PH – Aix-Marseille Université	Rapporteur
M. RAFFARD Stéphane	PU – Université de Montpellier	Président
M. CORBIERE Marc	PU – Université de Montréal	Examinateur
Mme SEBBANE Déborah	Dr. – Centre Collaborateur de l'OMS	Examinatrice
Mme PROUTEAU Antoinette	PU – Université de Bordeaux	Directrice de thèse
Mme REYREAUD Hélène	Université de Bordeaux	Invitée

« Recovery is no longer the exception.
Recovery is the expectation. »

Lauren J. Tenney (2000)

Unité de recherche

Laboratoire de Psychologie (LabPsy) – Université de Bordeaux, UR 4139, 3 Ter Place de Victoire, 33000 Bordeaux

Conditions optionnelles de réutilisation : 

Remerciements

Aux membres du jury

Mes premiers remerciements vont à l'ensemble des membres du jury, qui ont accepté de lire et d'évaluer ce travail de thèse : Pr. Christophe LANÇON, Pr. Stéphane RAFFARD, Pr. Marc CORBIERE, Dr. Déborah SEBBANE et Mme Hélène REYREAUD. Merci à chacun pour votre enthousiasme, je suis honoré de pouvoir bénéficier de vos expertises respectives, et me réjouis à l'avance de nos futurs échanges. Merci à la Pr. Antoinette PROUTEAU d'avoir encadré ce travail doctoral.

Aux rencontres professionnelles et humaines

Merci à tous nos collaborateurs et aux membres du Comité de Pilotage, pour le temps consacré à ces projets et la richesse de nos échanges. Vos retours ont été inestimables pour améliorer la qualité et la portée de ces recherches. Merci à Hélène Reyreaud, pour son soutien et ses encouragements dans ce travail.

Merci aux collègues Jonzacais et Royannais, d'ESPPAIR comme du SAMSAH, qui m'ont d'abord accueilli en tant que stagiaire avant de devenir des collaborateurs. Merci à Tiffany, Caro, Sonia, Romane, Simon, Romain, Benoît, Aurore, Florian… J'ai une pensée particulière pour vous, Camille et Anthony qui m'avez appris les rudiments du métier avec tant de bienveillance. Merci à toi Julien, pour ta grande accessibilité, gentillesse et authenticité. Je suis reconnaissant d'avoir pu partager avec toi tous ces moments de travail et d'amitié, que je souhaite ne marquer qu'un début. Merci à toi Jean-Marc, pour ta sagesse et ton profond humanisme, qui ont grandement marqué ma conception de la pratique en santé mentale. J'espère pouvoir continuer d'apprendre à vos côtés.

Merci à toute l'équipe du Quality Rights, Julia, Rémi et les personnes rencontrées dans ce cadre : Fanny, Claire, Charlotte, Nicolas, Barbara, Laurence, Laurent, Isabelle… Participer à cette aventure est à la fois si riche de sens et porteur d'espoir.

I would also like to express my deepest sympathy towards the people at the Nottingham Institute of Mental Health, Mike, Yasu, Stefan, Fiona, Simran, Kara and others. Thank you so much for your warm welcome in the Recovery Research Team, I thoroughly enjoyed discovering your exciting research. My time here has been invaluable, and made me grow up both as a researcher and human being. I look forward to future collaborations.

Aux doctorants du laboratoire de psychologie

Merci du fond du cœur aux doctorants et anciens du LabPsy, vous avez su créer un cadre accueillant et bienveillant pour la jeune recrue que j'étais, et avez égayé ces longues journées de travail. Merci à vous Hélène et Natalia, pour votre infinie gentillesse et authenticité. Merci à vous Caroline et Yoann, pour ces collaborations et amitiés. Merci à vous, Jérémy et Hugo, pour ces soirées endiablées de cinéma. Merci à Widad, Adèle et Camille pour ces moments de rires et d'échanges. Merci à tous les autres, vous avez étés de formidables soutiens : Alyzée, Lisa, Mathilde, Clément, Nico, Margot, Mathieu, Camille, Jordan, Sandra, Alejandro, Aurélien, Vincent, Laura, William, Wilfried … Un immense merci à vous, Elisabeth, Marie et Amandine, pour votre travail acharné au quotidien qui rend tout tellement plus facile. Merci pour votre flexibilité et votre aide.

A mes amis, qui rendent la vie tellement plus douce

Dédicace toute particulière aux « Petits Indiens », que je côtoie depuis si longtemps et qui comptent tellement à mes yeux. Vous voir avancer chacun dans la vie est un bonheur immense. Je vous embrasse, Victoire, Luc, Théo, Aglaé, Paul, Thibault, Simon(bis), Thomas, Titouan, Romain, Hugo, Charles, Gigi, Greg, Vincent, Yanis, Samy, Sarah et tous les autres… Merci pour votre soutien indéfectible, chacune de nos retrouvailles a été une bouffée d'air frais pendant cette thèse.

Mention spéciale à tous les « Psycho'potes », rencontrés sur les bancs de l'Université. Et quelle rencontre ! Merci à vous, Meryl, Sonia, Loris, Lou, Aurélia, Nolwenn, Yon (et al.) pour toutes ces belles années. Vous m'avez donné l'énergie et l'envie de me lancer dans cette thèse. Sonia et Nicolas, vous avez été pour moi de véritables piliers, et je vous en suis tellement reconnaissant. Prenez grand soin de vous.

A ma famille, qui élargit le champ des possibles

Merci à toute ma famille pour leur soutien et amour inconditionnel. A mes parents, j'exprime ma plus profonde reconnaissance : vous m'avez sans cesse encouragé à suivre ma propre voie, avec tellement de bienveillance, et m'avez donné le cadre idéal pour le faire. Merci de m'avoir accueilli pendant la rédaction, votre soutien a été déterminant. A mon frère et à ma sœur, avec qui chaque moment partagé a été si précieux. Merci d'avoir été là, vous voir grandir et vous épanouir est une source inépuisable de bonheur. Merci à mes grands-parents, à mes oncles et tantes, à mes cousins, pour leurs encouragements.

Inès, je n'ai pas assez de mots pour t'exprimer ma gratitude. Je me sens tellement chanceux d'évoluer à tes côtés au quotidien, partager ta vie me rappelle constamment quelles sont les choses

qui comptent vraiment. Tu as suivi au plus près cette étape de ma vie, et m'a soutenu contre vents et marées avec tant de bienveillance. Dans les moments de doute, tu as su trouver les mots pour me redonner confiance et me permettre d'avancer. Merci d'avoir été là pour moi dans les bons moments comme dans les plus difficiles, je n'y serais pas arrivé sans ton aide. Ton amour et ton soutien infaillible ont été des moteurs puissants pendant ces années. Merci de m'encourager et de me tirer sans cesse vers le haut.

A la fine équipe, ou « travailler en chantant »

Quelle chance d'être bien entouré ! Dans la vie comme au travail, ça fait toute la différence.

Maud, je suis heureux de te compter parmi nous, et j'ai beaucoup apprécié le temps passé ensemble cette dernière année. Merci encore pour tes encouragements et ton soutien.

Emma, je suis si reconnaissant d'avoir appris à te connaître, malgré notre absence initiale d'affinité (20% tout au plus si ma mémoire est bonne…). Ton attention et empathie pour les personnes qui t'entourent m'ont beaucoup touché, et ont été d'un grand soutien. Je garderais bon souvenir de nos parties de Mario-Kart et de ma rencontre décisive avec Youri le chien. Plus sérieusement, merci pour ta grande gentillesse et ton enthousiasme communicatif, qui ont été un vent de fraîcheur dans mes journées.

Adrien, on se connaît depuis moins longtemps mais finalement on a déjà partagé tant de choses, entre nos escapades à Florence ou à « Tchikagow » et nos tennis hebdomadaires. Je suis heureux d'avoir participé à t'accueillir dans l'équipe et d'y avoir trouvé un ami. Merci pour ta simplicité, ton authenticité et ton envie de bien faire. Je te souhaite tout le meilleur pour la suite, qui s'annonce déjà prometteuse. J'ai hâte que l'on continue à travailler ensemble.

Kevin, tu as été une grande inspiration pour moi. Je garde un souvenir marqué de ce cours de master que tu donnais sur le rétablissement, qui m'avait alors passionné. Merci de m'avoir accueilli dans l'équipe avec la bienveillance qui te caractérise. Merci pour la ferveur de tes engagements et pour ton regard résolument optimiste et orienté vers les solutions, qui m'a été d'une grande d'aide. J'aurais beaucoup de plaisir à continuer nos collaborations.

Sarah, je suis tellement reconnaissant de t'avoir comme amie. C'est drôle car il nous a fallu du temps pour se le dire alors que ça me paraît si évident. Pouvoir compter sur toi au quotidien a été un soutien immense pour avancer dans ce travail. Tu as souvent su trouver les mots justes pour me bousculer quand il le fallait, et j'ai le sentiment d'avoir changé en mieux grâce à toi. Merci pour tes grandes qualités humaines, ta loyauté et ta profonde gentillesse. De belles années nous attendent, j'en suis certain !

Meryl, évidemment quelques lignes ne suffisent pas pour rendre justice à toutes ces années, qui auront été si douces. Je chéris précieusement tout ce que l'on a pu partager : une colocation à Jonzac puis à Royan ; ces heures passées dans notre bureau à découvrir les bons et les mauvais aspects du travail de thèse, à rire et à pleurer ; nos soirées à échanger de tout et de rien, à faire des plans sur la comète et à réinventer la science ; ces séances de badminton effrénées ; nos innombrables soirées, vacances, etc. Je suis tellement reconnaissant d'avoir parcouru ce chemin avec toi, et tellement fier de voir là où tu en es. Je n'aurais pas pu rêver meilleure acolyte pour cette thèse. Ton départ pour le Canada a laissé un grand vide, il me tarde de venir te rendre visite. Bref, merci de m'avoir fait rentrer dans ton monde et dans ta vie, merci pour ton amitié qui m'est si précieuse, et merci d'être toi.

Enfin, il ne me reste qu'à te remercier Antoinette, et qu'il est difficile de le faire à la juste hauteur. Un immense merci d'avoir cru en moi et en ce projet, de m'avoir donné une chance en acceptant d'encadrer cette thèse. Ta capacité à cristalliser le meilleur des gens qui t'entourent a permis de créer un cadre de travail tellement agréable pour les membres de notre petite équipe. Je t'en suis extrêmement reconnaissant. Merci de m'avoir transmis cette culture et ces valeurs si essentielles, qui sont déjà et resteront de véritables balises dans ma vie, à la fois professionnelle et personnelle. Merci de m'avoir poussé à me dépasser. Je suis fier du travail réalisé ensemble, et mon regard est déjà tourné vers la suite.

Le rétablissement dans les pratiques en santé mentale : outils et leviers de transformation

Résumé

Le rétablissement personnel transforme en profondeur les pratiques d'accompagnement en santé mentale. L'approche orientée rétablissement est désormais adoptée dans plusieurs pays, et fait l'objet de recommandations par l'Organisation Mondiale de la Santé pour promouvoir les droits fondamentaux des personnes concernées (OMS, 2021). En France, malgré un intérêt croissant au cours de la dernière décennie, l'intégration de cette approche dans les politiques publiques et les pratiques professionnelles demeure limitée. C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail doctoral, qui vise à produire des connaissances scientifiques utiles au déploiement des pratiques orientées rétablissement (POR) en santé mentale. Pour répondre à cet objectif, deux phases de recherche ont été menées.

Une première phase a porté sur le développement d'outils adaptés au contexte francophone. Une revue systématique des mesures auto-rapportées du rétablissement personnel a mis en évidence la grande hétérogénéité des instruments disponibles et l'insuffisance critique d'outils validés en français. En réponse, deux échelles ont été adaptées et validées : le *Questionnaire About the Process of Recovery* (QPR-Fr) et la *Recovery Self-Assessment scale Revised* (RSAR-Fr), pour évaluer respectivement le rétablissement personnel et l'orientation rétablissement des services. Ces outils constituent des supports standardisés pour mieux intégrer le rétablissement dans les pratiques cliniques et les démarches d'amélioration de la qualité des accompagnements.

La seconde phase de recherche a exploré les POR et leurs déterminants, à travers une enquête nationale auprès de professionnels de santé mentale (RECOR-PRO). Deux niveaux de pratique ont été étudiés : les POR individuelles des professionnels, et les POR collectives au sein des structures. Les résultats suggèrent qu'ils constituent des niveaux distincts, et reposent sur des mécanismes différenciés. En outre, des facteurs associés spécifiques à ces deux niveaux ont été mis en évidence. Cette étude permet de préciser les besoins de formation des professionnels aux POR, et identifie des leviers possibles d'implémentation.

En conclusion, ce travail doctoral s'est inscrit dans une perspective de pratique basée sur les preuves pour appuyer le déploiement des POR. A cet effet, il offre une base actualisée des connaissances issues de la recherche internationale, et identifie des pistes prometteuses d'implémentation pour le contexte français. Plus concrètement, ce travail fournit des outils fiables en langue française qui permettront d'intégrer pleinement le point de vue des personnes concernées dans les nécessaires transformations du système de santé mentale.

Mots clés. Santé mentale ; Troubles psychiques sévères ; Rétablissement personnel ; Pratiques orientées rétablissement ; PROMs ; PREMs ; Changement organisationnel

Recovery within mental health practice: instruments and levers for change

Abstract

Personal recovery profoundly transforms mental health practice. A recovery-oriented approach to mental healthcare has now been adopted in many countries, and is recommended by the World Health Organization to promote people with mental illness' fundamental human rights (WHO, 2021). In France, in spite of a growing interest during the last decade, the recovery approach integration within public policies and professional practices remains limited. Positioned within this context, this doctoral research aims to produce scientific knowledge useful for the deployment of recovery-oriented practices (ROP) in mental health. To meet this objective, two research phases were conducted.

A first phase focused on developing tools adapted to the French-speaking context. A systematic review of self-reported personal recovery measures highlighted the important heterogeneity of available instruments, as well as the critical lack of validated tools in French language. In response, two instruments were adapted and validated: the *Questionnaire About the Process of Recovery* (QPR-Fr) and the *Recovery Self-Assessment scale - Revised* (RSAR-Fr), to respectively assess personal recovery and services' recovery-orientation. These tools constitute standardized supports to improve the integration of recovery into clinical practices as well as quality improvement efforts within services.

The second research phase explored ROP and their determinants through a national survey of French mental health professionals (RECOR-PRO). Two practice levels were studied: professionals' individual ROP, and service-level collective ROP. Results suggest that these two levels should be distinguished, and may rely on different mechanisms. Additionally, specific associated factors were identified for each level. This study specifies the training needs of professionals in regards to ROP, and identifies potential implementation levers.

In conclusion, this doctoral work relied on an evidence-based practice perspective to support the deployment of ROP. To this end, it offers an updated synthesis of international research, and identifies promising perspectives for implementation within the French context. More concretely, this work provides reliable French-language tools that will allow for the full integration of service users' perspectives in the necessary transformations of the mental health system.

Keywords. Mental Health; Severe Mental Illness; Personal Recovery; Recovery-Oriented Practice; Patient-Reported Outcome Measures; Patient-Reported Experience Measures; Organizational change

Table des matières

Partie 1. Introduction générale : la santé mentale, un enjeu majeur 7

Chapitre 1. Se rétablir d'un trouble psychique 10

1.1 Introduction : l'évolution des conceptions en psychiatrie 10

1.2 Rétablissement clinique 11

1.3 Rétablissement personnel / subjectif 21

Chapitre 2. Le rétablissement personnel dans les pratiques de soin et d'accompagnement 38

2.1 Approche orientée rétablissement en santé mentale 38

2.2 Pratiques et services orientés rétablissement 44

2.3 Interventions promouvant le rétablissement 51

Chapitre 3. Problématique et cadre du travail doctoral 63

3.1 Problématique du travail doctoral 63

3.2 Présentation et objectifs du travail doctoral 64

Partie 2. Contributions scientifiques 66

Chapitre 1. Mesurer le rétablissement personnel du point de vue des personnes concernées 67

1.1 Introduction : Enjeux actuels de la mesure du rétablissement personnel 67

1.2 Etude 1 : Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties 69

1.3 Synthèse et ouverture 121

Chapitre 2. Mesurer l'orientation rétablissement des services de santé mentale du point de vue des personnes concernées 124

2.1 Introduction : L'orientation rétablissement, un indicateur de la qualité des soins 124

2.2 Etude 2 : Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr) 126

2.3 Synthèse et ouverture 158

Chapitre 3. Identifier des leviers d'implémentation des pratiques orientées rétablissement 160

3.1 Introduction : Déterminants connus des pratiques orientées rétablissement 160

3.2 Etude 3 : Two levels, two logics ? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey. 162

3.3 Synthèse et ouverture 212

Partie 3. Discussion générale 215

3.4 Synthèse des résultats principaux et implications 215

3.5 De l'intérêt des données scientifiques pour la transformation des pratiques 220

3.6 Limites du travail doctoral 222

3.7 Perspectives de recherche 225

Conclusion 233

Références 234

Annexes 268

Annexe 1. Publication : Pouvoir d'agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale 269

Annexe 2. Comité de Pilotage de l'enquête RECOR-PRO 286

Annexe 3. Publication : Characterizing personal recovery in severe mental illness: French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr) 287

Annexe 4. Questionnaire sur le Processus de Rétablissement (QPR-Fr) 317

Annexe 5. Echelle d'évaluation de l'orientation rétablissement (RSAR-Fr) 319

Annexe 6 : Curriculum Vitae 322

Liste des tableaux

Partie 1. Introduction générale : la santé mentale, un enjeu majeur

Chapitre 1. Se rétablir d'un trouble psychique
Tableau 1. Les différences conceptuelles entre rétablissement clinique et rétablissement personnel selon Slade & Longden (2015) 25

Chapitre 2. Le rétablissement personnel dans les pratiques de soin et d'accompagnement
Tableau 2. Valeurs clés des pratiques orientées rétablissement selon Farkas et al. (2005) 45
Tableau 3. Liste des mesures de l'orientation rétablissement des pratiques et services (Leamy et al., 2023) 50

Partie 2. Contributions scientifiques

Chapitre 1. Mesurer le rétablissement personnel du point de vue des personnes concernées
Table 1. Summarized Results of PROMs Measurement Properties and Associated Quality of Evidence Ratings 82
Appendix A. List of Abbreviations 112
Appendix C. Characteristics of Included PROMs 115
Appendix D. Mapping of PROMs Items onto the CHIME Framework 119

Chapitre 2. Mesurer l'orientation rétablissement des services de santé mentale du point de vue des personnes concernées
Table 1. Sample Sociodemographic Characteristics 137
Table 2. Descriptive Statistics of RSAR-Fr Items 138
Table 3. Multiple Linear Regression Analysis: Predictors of the QPR-Fr Total Score 142
Table 4. Mapping of RSAR-Fr Items on LeBoutillier et al. (2011) Domains of Recovery-Orientation 143

Chapitre 3. Identifier des leviers d'implémentation des pratiques orientées rétablissement
Table 1. Participants Sociodemographic and Professional Characteristics 176
Table 2. Descriptive Statistics of Main Variables 179
Table 3. Descriptive Statistics of ROP and ROSD According to Profession, Structure Setting and Familiarity to Mental Illness 181
Table 4. Multiple Linear Regression Analysis of Individual ROP Predictors (F-RPRS Total Score as Criterion) 184
Table 5. Multiple Linear Regression Analysis of Collective ROSD (RSAR Total Score as Criterion) 187

Liste des figures

Partie 1. Introduction générale : la santé mentale, un enjeu majeur

Chapitre 1. Se rétablir d'un trouble psychique
Figure 1. Modèle du rétablissement psychologique (Andresen et al., 2011) 29
Figure 2. Modèle CHIME du rétablissement personnel (Leamy et al., 2011) 32

Chapitre 2. Le rétablissement personnel dans les pratiques de soin et d'accompagnement
Figure 3. Modèle théorique des pratiques orientées rétablissement (Le Boutillier et al., 2011) 48

Partie 2. Contributions scientifiques

Chapitre 1. Mesurer le rétablissement personnel du point de vue des personnes concernées
Appendix B. Flow Diagram of Study Searches 114

Chapitre 2. Mesurer l'orientation rétablissement des services de santé mentale du point de vue des personnes concernées
Figure 1. RSAR-Fr Exploratory Factor Analyses Models 139

Partie 1. Introduction générale : la santé mentale, un enjeu majeur

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (OMS, 1948). Le bien-être mental est donc une composante essentielle de la santé. Au même titre que le bien-être physique, il peut être profondément affecté par des troubles, appelés troubles psychiques ou troubles mentaux. Les troubles psychiques désignent des syndromes pouvant perturber significativement la cognition, la régulation des émotions et le comportement des individus (Crocq et al., 2023). Ces syndromes englobent un spectre hétérogène de manifestations cliniques, classifiées dans des manuels diagnostiques de référence tels que le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V-TR) ou la Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Les troubles psychiques sont dits « sévères » lorsqu'ils causent une altération majeure du fonctionnement dans un domaine important de la vie (NIMH, s. d.).

Les troubles psychiques ont une **prévalence considérable** tant à l'échelle mondiale qu'au niveau national. Selon l'OMS, avant la crise de la Covid en 2019, ils concernaient une personne sur huit, soit environ 990 millions d'individus dans le monde (OMS, s. d.). Les troubles psychiques les plus fréquents sont de très loin les troubles anxieux et dépressifs (touchant respectivement 295 et 288 millions de personnes), suivis des troubles bipolaires (36 millions) et troubles du spectre de la schizophrénie (22 millions). En France, les estimations indiquent qu'entre 20 % et 25 % de la population adulte (une personne sur cinq) présente un trouble psychique à un moment donné de la vie, soit environ 13 millions d'individus, dont 3 millions seraient concernés par des troubles psychiques sévères (Ministère Chargé de la Santé et de l'Accès au Soin, 2025). Ces troubles ne se limitent pas à une tranche d'âge spécifique, affectant aussi bien les individus jeunes que les adultes et les personnes âgées, et étendus à l'ensemble des strates socio-économiques.

En plus d'être fréquents, les troubles psychiques ont des **répercussions importantes sur la santé** des individus. Ils sont associés à une mortalité deux à trois fois supérieure à celle de la population générale, et représentent une réduction de l'espérance de vie moyenne de 15 à 20 ans (Wahlbeck et al., 2011). Ensemble, les troubles psychiques représentaient en 2019 environ 418 millions d'années de vie en bonne santé perdues (Arias et al., 2022). Cette perte de chance

s'explique par la concomitance de plusieurs éléments : les effets iatrogènes des traitements pharmacologiques utilisés en psychiatrie ; des taux plus importants de suicides, accidents et morts violentes ; une présence plus importante de facteurs de risque pour des maladies chroniques ; et un moindre accès aux soins de santé somatique (Thornicroft, 2011). En France, l'analyse du Système National des Données de Santé (SNDS) confirme cette tendance internationale : les individus suivis pour des troubles psychiques connaissent une réduction de leur espérance de vie de 13 ans pour les femmes et 16 ans pour les hommes en moyenne, avec des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale (Gandré et al., 2022). Les cancers et maladies cardiovasculaires sont les deux premières causes de décès, suivies des décès par causes externes (suicides, accidents de transports et chutes). Les personnes accompagnées pour un trouble psychique présentent un risque quadruplé de mortalité prématurée (décès avant 65 ans).

Les troubles psychiques constituent également une **source majeure d'invalidité**. En effet, les difficultés qu'ils entraînent génèrent des limitations et des gênes dans les grands domaines de la vie (autonomie au quotidien, relations sociales, exercice professionnel, etc.), menant à des restrictions importantes dans l'exercice des rôles sociaux (OMS, 2001; Prouteau et al., 2012). Par exemple, alors qu'elles en expriment massivement le souhait, seule une faible proportion de personnes concernées par un trouble psychique exerce un travail en milieu ordinaire (de Pierrefeu, 2017). Il en est de même dans les relations interpersonnelles, avec des taux de célibat particulièrement élevés pour ces individus, malgré des besoins exprimés dans ce domaine de la vie (Caïada, 2024). La stigmatisation et la discrimination demeurent également des problématiques persistantes, qui aggravent les souffrances individuelles et freinent l'inclusion dans la société (Valery, 2021; Violeau Beaugendre, 2020). Selon l'étude Global Burden of Disease (OMS, 2024), les troubles psychiques représentaient en 2021 l'équivalent de 176 millions d'années de vie vécues avec un handicap (Years Lived with Disabilities, YLD), correspondant à 19% du nombre total des YLD estimées. Ainsi, les troubles psychiques sont parmi les premières causes de situations de handicap dans le monde.

Enfin, les troubles psychiques représentent un **coût économique considérable**, qui met en tension les systèmes de santé : ce coût est estimé à cinq mille milliards de dollars américains à l'échelle internationale (Arias et al., 2022). En France, l'Assurance Maladie déploie 23 milliards d'euros par an pour les soins des troubles psychiques, ce qui représente son premier poste de dépenses devant les cancers et les maladies cardiovasculaires. Le coût global annuel des troubles psychiques en France est estimé à plus de 100 milliards d'euros si l'on y inclut les

pertes de revenus et de bien-être induites (Ministère Chargé de la Santé et de l'Accès au Soin, 2025).

Les troubles psychiques ont donc des conséquences importantes tant au niveau individuel que sociétal. Leur prévalence élevée, associée aux coûts économiques et sociaux qu'ils engendrent, font de la prévention, de l'accompagnement et du traitement des troubles psychiques un enjeu de santé publique majeur au 21e siècle.

Chapitre 1. Se rétablir d'un trouble psychique

1.1 Introduction : l'évolution des conceptions en psychiatrie

L'histoire de la psychiatrie est traversée par l'espoir de pouvoir guérir les troubles psychiques. Dès sa constitution comme discipline médicale au tournant du 19e siècle, la psychiatrie s'est construite autour d'une double ambition : comprendre les causes des troubles psychiques et proposer des traitements susceptibles d'améliorer l'état de santé des personnes concernées (Hochmann, 2015). Ainsi, des personnages pionniers comme Philippe Pinel et Jean-Étienne Esquirol ont participé à développer les premières approches thérapeutiques des troubles psychiques, fondées sur l'observation clinique et le traitement moral. A une époque où les personnes étaient emprisonnées et enchaînées, ils furent les fondateurs du modèle français des asiles, ancêtres des hôpitaux psychiatriques.

Toutefois, malgré ces intentions réformatrices, l'isolement hors de la cité, la chronicisation des personnes dans ces structures et les tentatives infructueuses pour identifier les causes et traitements efficaces des troubles ont fini par structurer progressivement la discipline autour **d'une vision essentiellement déficitaire et incurable** des troubles psychiques. Cette conception pessimiste est présente au début du 20e siècle dans les travaux d'Emil Kraepelin. En systématisant les premières classifications nosographiques, Kraepelin introduit la notion de *Dementia Praecox* (future schizophrénie), qu'il décrit comme une maladie mentale dégénérative, évoluant vers un état de détérioration chronique et irréversible. Selon lui, « *la grande majorité des cas prononcés aboutit à une infirmité mentale chronique, souvent sévère, nécessitant un internement à vie* ». Il ajoute que « *les cas de rétablissement complet sont incertains, bien qu'on ne puisse nier l'existence d'améliorations durables qui y ressemblent* » (Kraepelin, 1916). Cette vision pessimiste a façonné durablement les pratiques cliniques, les politiques de soin, et surtout les représentations sociales : les troubles mentaux, et notamment la schizophrénie, ont longtemps été synonymes d'un destin figé, d'un « pronostic de malheur » (Deegan, 1997), marqué par le désespoir, l'exclusion, la dépendance. Jusque dans les formulations plus récentes des classifications psychiatriques, comme dans le DSM-III publié en 1980, la notion de rétablissement restait envisagée comme rare et exceptionnelle. Le manuel note à propos de la schizophrénie qu'« *un retour complet au fonctionnement pré-morbide est inhabituel, si rare en fait que certains cliniciens remettraient en question le diagnostic initial. Cependant, le rétablissement ou la rémission complète est toujours possible, bien que sa fréquence soit inconnue. La trajectoire la plus fréquente est faite de phases d'exacerbations*

aigües, accompagnées de déficits résiduels progressifs entre les épisodes » (American Psychiatric Association, 1980). C'est dans ce contexte ambivalent, entre espoirs de guérison et croyance dans l'incurabilité, que le concept de rétablissement s'est progressivement transformé jusqu'à aujourd'hui.

Comme nous allons le voir dans ce premier chapitre, il ne fait plus de doute que cette vision d'une incurabilité des troubles psychiques ne peut plus tenir face aux données scientifiques disponibles (Lieberman et al., 2008; Slade & Longden, 2015; Warner, 2010). Les recherches ont permis de démontrer que le rétablissement, y compris dans les troubles psychiques les plus sévères, est non seulement possible, mais relativement fréquent. Ainsi en l'espace de quelques décennies, la psychiatrie est passée d'un paradigme centré sur l'incurabilité à une reconnaissance large, bien que toujours en évolution, de la possibilité de se rétablir d'un trouble psychique. Aujourd'hui, deux principales conceptions du rétablissement co-existent dans les usages contemporains du terme, produits de dynamiques et racines historiques différentes : le « *rétablissement clinique* », issu des études longitudinales sur les indicateurs objectifs de santé dans les troubles psychiques, et le « *rétablissement personnel* », issu des récits autobiographiques des personnes concernées et des mouvements militant pour la reconnaissance de leurs droits (Davidson et al., 2005; Slade, 2009b). Les sections suivantes abordent de manière plus détaillée ces deux conceptions.

1.2 Rétablissement clinique

1.2.1 Historique et définition

Définir le rétablissement dépend de notre compréhension de ce que sont (ou ne sont pas) les troubles psychiques. Or, la psychiatrie moderne est, de par son histoire, largement dominée par un **modèle biomédical** de la maladie mentale (Hochmann, 2015; Read et al., 2013). Le modèle biomédical considère les troubles psychiques comme des maladies biologiques/physiologiques du cerveau. Cette approche suppose i) que les troubles psychiques sont causés par des anomalies physiologiques principalement localisées dans le cerveau, ii) qu'en ce sens, ces troubles sont comparables à des maladies somatiques/physiques, et iii) que leurs traitements doivent donc être de nature biologique (pour revue, voir Deacon et al., 2013).

Dans cette perspective biomédicale dominante, le concept de rétablissement prend une signification particulière. Le terme lui-même est polysémique, mais une première définition, issue de la médecine somatique, fait référence à **un retour à l'état de santé antérieur à la maladie** (Davidson et al., 2005)**.** Par exemple, dans le cas d'une grippe le virus est éliminé par

le système immunitaire, entraînant la disparition des symptômes. De même, une fracture du poignet guérit par immobilisation et consolidation osseuse. Par analogie, on parle de « rétablissement clinique » ou « médical » lorsqu'on applique cette conception aux troubles psychiques. Le rétablissement clinique désigne ainsi « *une amélioration des symptômes et autres déficits associés au trouble avec un degré suffisant pour qu'ils n'interfèrent plus avec le fonctionnement quotidien, ce qui permet à la personne de reprendre des activités personnelles, sociales et professionnelles à un niveau considéré comme normal* » (Davidson et al., 2005). Une définition plus concise du rétablissement clinique est : « *la disparition des symptômes et le retour au fonctionnement prémorbide* » (Warner, 2004). Cette conception du rétablissement présente des avantages certains, notamment pour la recherche et la pratique, car elle repose sur des critères relativement objectifs, facilement mesurables et standardisables (Davidson & Roe, 2007).

C'est dans ce cadre que, tout au long du 20e siècle, la communauté scientifique s'est attachée à étudier les trajectoires cliniques de personnes concernées par un trouble psychique. Ces recherches ont porté en particulier sur les troubles du spectre de la schizophrénie, souvent considérés comme les troubles les plus sévères. Les données issues d'études longitudinales ont permis à des consensus d'experts de formaliser des **critères objectifs et opérationnels de rétablissement**, basés sur des indicateurs cliniques à la fois de rémission symptomatique et de rétablissement fonctionnel (Ponce-Correa et al., 2023). Nous détaillons ces critères ci-dessous.

1.2.1.1 Rémission symptomatique

Le terme de rémission désigne « *l'atténuation temporaire des symptômes d'une maladie ou d'une manifestation pathologique* » (CNRTL, s.d.). Selon les critères du « Remission in Schizophrenia Working Group » (RSWG, Andreasen et al., 2005), pour être considérée en rémission symptomatique, la personne doit présenter un niveau de sévérité au maximum léger sur l'ensemble des symptômes phares du trouble. Ce niveau de sévérité est défini par des scores seuils sur trois échelles cliniques hétéro-rapportées (i.e., administrées et cotées par le professionnel lui-même) : la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Kay et al., 1987), la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, Overall & Gorham, 1962) et les deux échelles complémentaires Scale for the Assessment of Positive / Negative Symptoms (SAPS/SANS, Andreasen & Olsen, 1982). À ce critère de sévérité des symptômes s'ajoute une notion temporelle : pour caractériser la rémission symptomatique, les symptômes doivent rester stables sur une période continue d'au moins six mois. D'autres critères de rémission symptomatique ont depuis été formulés dans la littérature (pour revue voir Binbay et al., 2021). Par exemple,

le DSM-V-TR propose une gradation, en distinguant la rémission complète des symptômes (aucun symptôme n'est présent) d'une rémission partielle (la personne remplit partiellement les critères diagnostiques).

1.2.1.2 Rétablissement fonctionnel

En plus de la rémission symptomatique, le rétablissement clinique implique une amélioration du fonctionnement de la personne au quotidien. La communauté scientifique peine encore à trouver un consensus sur des critères précis de « rétablissement fonctionnel » (Harvey & Bellack, 2009; Lahera et al., 2018). Une définition commune dans la littérature désigne ce dernier comme « *la capacité d'une personne ayant des symptômes stables à vivre de manière indépendante et sans rechute, pour une période continue d'au moins deux ans* » (Ciudad et al., 2011 dans Ponce-Correa et al., 2023). Cela implique d'évaluer et de démontrer la capacité de la personne à participer activement à la société, à la fois par une activité vocationnelle (emploi, formation, bénévolat, loisirs), par le maintien d'une vie autonome (gestion de ses ressources, tâches ménagères, hygiène sans supervision), et par l'engagement régulier dans des relations sociales. Là encore, cette évaluation fonctionnelle est principalement réalisée à l'aide d'échelles standardisés comme la Global Assessment of Functioning scale (GAF, American Psychiatric Association, 1987), la Personal and Social Performance scale (PSP, Morosini et al., 2000) ou encore la World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0, Üstün et al., 2010), qui permettent d'établir des seuils de « bon fonctionnement psychosocial ».

La dimension fonctionnelle du rétablissement a été intégrée plus tardivement dans la recherche, à partir des années 1970 (Davidson, Rowe, et al., 2009). Ces années ont vu émerger une nouvelle spécialité en psychiatrie, la réhabilitation psychosociale, qui a étudié les conséquences des troubles psychiques sur le fonctionnement au quotidien des personnes, et en a fait un objectif à part entière des prises en charge (Anthony, 2002). Cette prise de conscience de l'importance des limitations fonctionnelles associées aux troubles psychiques s'est également reflétée dans le développement des premiers modèles internationaux du handicap psychique (OMS, 1980, 2001).

Après avoir rappelé les origines historiques du rétablissement clinique, et défini ses deux principales dimensions, les sections suivantes abordent les preuves empiriques du rétablissement issues de la littérature scientifique.

1.2.2 Rétablissement clinique : les preuves empiriques.

1.2.2.1 Etudes longitudinales pionnières

Les fondements des recherches empiriques sur le rétablissement reposent sur plusieurs études longitudinales pionnières, publiées dès le début du 20e siècle. On peut par exemple citer les recherches innovantes de Bleuler (1911), qui documenta l'existence de rémissions symptomatiques partielles, voire complètes dans la schizophrénie, selon des trajectoires conceptualisées sous le terme de « *guérison laissant des cicatrices* » (Lieberman et al., 2008). Parmi cette abondante littérature, nous avons retenu trois études que nous exposons ci-après, en raison de leur contribution substantielle à ce champ de recherche.

L'étude du Vermont a été l'une des premières études longitudinales majeures sur le rétablissement (Harding et al., 1987a, 1987b). Elle a permis d'explorer les trajectoires de 269 individus, diagnostiqués majoritairement d'une schizophrénie, décrits comme très sévèrement handicapés et chronicisés. Ces personnes avaient été inclues dans un programme de réhabilitation dans les années 1950, suite au mouvement de désinstitutionalisation aux Etats-Unis. Les résultats ont révélé qu'à très long terme (entre 20 et 25 ans), plus de la moitié des 168 participants encore en vie avaient connu **une amélioration significative, voire un rétablissement**. En effet, 50% vivaient de manière autonome, un tiers occupaient un emploi, 77% disposaient de ressources financières jugées suffisantes, et 68% affichaient un niveau de fonctionnement psychosocial satisfaisant. Plus remarquable encore, une réévaluation diagnostique d'un sous-échantillon de 82 participants selon les critères du DSM-III[1] a montré que 68% ne présentaient plus aucun symptôme de schizophrénie et 45% ne présentaient plus aucun symptôme psychiatrique. Cette étude a eu un impact majeur, en démontrant avec rigueur des possibilités importantes de rétablissement.

L'étude de Chicago (Harrow et al., 2005), a également marqué la communauté scientifique. Menée à partir de 1975 sur une cohorte jeune de 274 personnes suivies pendant plus de quinze ans, elle a apporté une contribution méthodologique cruciale en adoptant une **définition opérationnelle rigoureuse du rétablissement**. Cette définition exigeait trois critères cumulatifs : l'absence de symptômes psychotiques majeurs, un fonctionnement psychosocial adéquat incluant une activité professionnelle au moins à mi-temps, et l'absence

[1] Depuis l'inclusion des participants entre 1950 et 1955, les critères diagnostiques des troubles psychotiques avaient évolué, avec la parution en 1980 de la troisième version du DSM, ce qui rendait obsolète la classification initiale réalisée par les auteurs.

d'hospitalisation psychiatrique. Malgré ces critères stricts, les résultats se sont révélés encourageants. Parmi les participants avec schizophrénie, 19% remplissaient les critères de rétablissement après cinq ans. Ce taux, stable jusqu'après 15 ans, était significativement plus élevé pour les autres troubles (43-50%). Plus révélateur encore de la complexité des trajectoires, 41% des personnes atteintes de schizophrénie avaient rempli les critères de rétablissement à au moins une occasion durant le suivi (et jusqu'à 78% pour les troubles non psychotiques), soulignant la **nature fluctuante et non linéaire** des parcours.

Enfin, les études longitudinales menées par l'OMS ont apporté une dimension internationale cruciale à la compréhension du rétablissement. L'International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS, OMS, 1973, 1979), débutée dans les années 1960, puis prolongée par DOSMeD (Jablensky et al., 1992) et ISoS (Harrison et al., 2001), a suivi des cohortes de milliers de participants, dans plus de douze pays sur cinq continents. Les résultats de l'IPSS montrent qu'après cinq ans de suivi, 17% des participants étaient en rémission complète sans nouvel épisode psychotique, 13% en rémission partielle sans nouvel épisode, et 15% supplémentaires avaient connu au moins un épisode subséquent mais retrouvaient une rémission complète entre les épisodes (Leff et al., 1992). L'étude ISoS, avec un suivi de 15 à 25 ans sur 1379 participants, a confirmé ces résultats avec près de 50% d'évolutions favorables sur le plan des symptômes ou du fonctionnement psychosocial. Mais l'apport le plus surprenant de ces études de l'OMS réside dans la mise en évidence, dès les résultats de l'IPSS, de variations géographiques importantes : les participants des pays en développement (Inde, Nigeria, Colombie) présentaient systématiquement **de meilleures trajectoires** / taux de rétablissement que ceux des pays développés. Après des décennies d'investissements dans des systèmes de santé de pointe, dans la recherche et l'élaboration de traitement médicamenteux efficaces, cette découverte a profondément impacté la communauté scientifique, et accéléré les recherches sur le rétablissement et ses déterminants.

Ces premières études longitudinales sont d'une importance majeure, car elles ont établi que les trajectoires de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques sévères ne suivent pas nécessairement une course de déterioration, mais au contraire présentent fréquemment des améliorations importantes sur les plans symptomatique, fonctionnel et social. Ces travaux pionniers ont ainsi ouvert la voie à une nouvelle génération de recherches longitudinales et posé les bases conceptuelles et méthodologiques de ce qui allait devenir un champ de recherche à part entière sur le rétablissement clinique.

1.2.2.2 Synthèse de la littérature actuelle

Depuis les premières études longitudinales, plusieurs revues systématiques et méta-analyses ont tenté de synthétiser les données issues des différentes cohortes longitudinales à travers le monde. Ces publications constituent **les données les plus fiables** sur le rétablissement des troubles psychiques, bien qu'elles ne soient pas exemptes de biais comme nous le verrons par la suite. Nous détaillons ci-dessous les principaux enseignements de cette littérature.

Message clé n°1 : Le rétablissement clinique est possible et relativement fréquent

Les données empiriques accumulées au cours des dernières décennies remettent fondamentalement en question la conception traditionnelle des troubles psychiques comme des pathologies à évolution inexorablement défavorable. L'analyse approfondie des trajectoires longitudinales révèle au contraire que le rétablissement clinique constitue un phénomène non seulement possible, mais également relativement fréquent, y compris dans les troubles considérés comme les plus sévères.

Dans le domaine des **premiers épisodes psychotiques (PEP)**, les méta-analyses de Lally et al. (2017) portant sur 79 études et 19 072 participants, ainsi que celle plus récente de Catalan et al. (2021), convergent vers des estimations encourageantes : près de 58% des personnes atteignent une rémission symptomatique et fonctionnelle supérieure à six mois, tandis qu'environ 35% remplissent les critères plus stricts du rétablissement clinique complet, avec une stabilité pendant au moins deux ans. Ces proportions demeurent substantielles même lorsque l'analyse se restreint spécifiquement aux premiers épisodes de schizophrénie, où Hansen et al. (2023) rapportent un taux de rétablissement de 21% sur un échantillon de 3 877 individus suivis en moyenne 9,5 ans.

L'examen des **troubles psychotiques chroniques**, traditionnellement associés aux pronostics les plus réservés, révèle des perspectives similairement encourageantes. La méta-analyse historique de Warner (2004), analysant 85 études longitudinales menées au cours du 20e siècle, établit qu'environ 20% des personnes avec une schizophrénie atteignent un rétablissement complet, caractérisé par la disparition des symptômes et le retour au fonctionnement prémorbide, tandis que 20% supplémentaires parviennent à un rétablissement fonctionnel et social. Les travaux plus récents de Jääskeläinen et al. (2013), synthétisant 50 cohortes représentant environ 9 000 individus, confirment cette tendance. En caractérisant le rétablissement comme une rémission symptomatique et fonctionnelle stable pendant au moins deux ans, les auteurs ont pu calculer un taux moyen de rétablissement de 16,4%. Cette moyenne

masque cependant une variabilité considérable entre les études, avec des taux allant de 0% à 58%.

Enfin, les **données à très long terme** renforcent ces conclusions. Peritogiannis et al. (2020) ont analysé 16 études longitudinales ayant des périodes de suivi supérieures à 15 ans : des évolutions favorables sont observées pour entre 8% et 74% des participants selon les études. Molstrom et al. (2022), examinant des suivis longitudinaux d'au moins 20 années, estiment que 24% des personnes avec une schizophrénie atteignent un rétablissement complet, 36% connaissent des améliorations importantes, et jusqu'à 60% présentent des améliorations modérées mais significatives. Au-delà d'améliorations stables, certains participants de ces cohortes ne remplissent tout simplement plus les critères diagnostiques du trouble initial. En outre, cette réalité du rétablissement clinique s'étend au-delà des troubles psychotiques. Dans la dépression, Steinert et al. (2014) rapportent que 35 à 60% des participants atteignent un rétablissement stable sans rechute, tandis que 70 à 85% remplissent au moins une fois les critères de rétablissement au cours de leur suivi. Les troubles de l'usage de substances présentent des profils similaires, avec des taux de rémission oscillant entre 35 et 54% selon la méta-analyse de Fleury et al. (2016).

Message clé n°2 : Les trajectoires de rétablissement clinique sont hétérogènes

L'analyse approfondie des cohortes longitudinales révèle que l'hétérogénéité constitue la caractéristique fondamentale des trajectoires de rétablissement, se manifestant tant au niveau inter-individuel qu'intra-individuel (Davidson, 2003; Davidson & McGlashan, 1997; Habtewold et al., 2020; Warner, 2010). Contrairement à la croyance d'une trajectoire uniforme de dégradation, les données longitudinales révèlent qu'au moment du premier épisode psychotique, les personnes semblent avoir atteint un plateau de dysfonctionnement correspondant à leur niveau le plus altéré (Davidson & McGlashan, 1997). À partir de ce plateau, les trajectoires deviennent **remarquablement hétérogènes**, pouvant aller d'une dégradation à un rétablissement clinique rapide, complet et stable. La **non-linéarité temporelle** est également une caractéristique centrale. Les données longitudinales démontrent que le rétablissement peut survenir à tout moment de la trajectoire, y compris plusieurs décennies après l'apparition initiale du trouble (Davidson & McGlashan, 1997; Hansen et al., 2023; Molstrom et al., 2022; Warner, 2004). L'étude de Chicago illustre bien ce phénomène, avec des améliorations significatives encore observées 15 ans après l'inclusion (Harrow et al., 2005). Cette temporalité étendue nuance les conceptions déterministes suggérant des « fenêtres critiques » limitées pour le rétablissement, bien que les données s'accordent largement sur la

plus-value de l'intervention précoce. Par ailleurs, les critères de rétablissement peuvent être remplis de manière intermittente, certaines personnes pouvant alterner entre des phases de rétablissement clinique et des périodes de rechute (e.g., Tramazzo et al., 2024). Ces fluctuations ne compromettent pas nécessairement les possibilités d'amélioration ultérieure : l'étude ISoS de l'OMS (Harrison et al., 2001) identifie un effet de « rétablissement tardif », environ 16% des participants qui avaient une trajectoire dégradée ayant connu une amélioration 15 ans après l'inclusion.

Message clé n°3 : De nombreux facteurs influencent les trajectoires de rétablissement

Les études internationales de l'OMS (IPSS, DoSMeD, ISoS) ont bousculé la communauté scientifique, en démontrant que les participants des pays en développement présentaient systématiquement des trajectoires de rétablissement plus favorables que ceux des pays occidentaux industrialisés. Cette différence toujours d'actualité (Peritogiannis et al., 2020) transcende les variations méthodologiques de ces études, suggérant **l'influence de facteurs socioculturels et économiques** plus larges (Warner, 2009). Andresen et al. (2011) identifient quatre mécanismes spécifiques qui pourraient impacter le rétablissement dans des contextes culturels différents : 1) la stigmatisation des troubles psychiques, particulièrement présente dans les sociétés occidentales (Valery & Prouteau, 2020) ; 2) des différences de dynamique familiale, une sur-implication émotionnelle des familles étant associée à des taux de rechute plus importants (Leff, 1988) ; 3) les modalités de prise en charge, le maintien communautaire étant privilégié dans les contextes culturels traditionnels, contrastant avec les approches occidentales d'hospitalisation et de ségrégation hors de la communauté (Bresnahan et al., 2002) et 4) le contexte économique, l'économie informelle des pays en développement pouvant permettre à chacun de contribuer selon ses capacités, tandis que le fonctionnement économique occidental marginaliserait les personnes avec des troubles psychiques (Warner, 2004).[2]

Depuis, d'autres facteurs permettant d'expliquer en partie l'hétérogénéité des trajectoires de rétablissement clinique ont été identifiés. Parmi les principaux, on peut citer certaines variables **sociodémographiques** (e.g., âge, genre, niveau d'éducation), **cliniques** (e.g., durée de psychose non traitée, durée de la maladie, fonctionnement et sévérité initiale des

[2] Les travaux de Warner (2004) dans la schizophrénie établissent notamment des corrélations très importantes entre les taux de rétablissement moyens des études longitudinales et les taux de chômage au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. L'auteur montre également que les taux de rétablissement ont exceptionnellement chuté lors de la Grande Dépression des années 1930.

symptômes), **cognitives** (e.g., attention, vitesse de traitement, mémoire de travail) ou encore **psychologiques** (e.g., ajustement à l'adolescence, régulation émotionnelle, expériences traumatiques précoces) (Binbay et al., 2021; Peritogiannis et al., 2020; Santesteban-Echarri et al., 2017; Solmi et al., 2023; van Dee et al., 2023; Vita & Barlati, 2018). En outre, l'effet des **traitements neuroleptiques** sur les trajectoires de rétablissement clinique est au cœur des recherches actuelles. Les cohortes du Vermont et de Chicago avaient déjà montré que de nombreux participants rétablis ne prenaient plus de traitement neuroleptique (Harding et al., 1987b; Harrow et al., 2005; Harrow & Jobe, 2007). Les données actuelles, limitées, suggèrent une temporalité différentielle des effets : dans les premiers épisodes psychotiques, l'arrêt des neuroleptiques pourrait augmenter le risque de rechutes symptomatiques à court et moyen terme (Thompson et al., 2018), tandis qu'à plus long terme, cet arrêt pourrait prédire un meilleur rétablissement fonctionnel (Béchard et al., 2024; Schlier et al., 2023; Wunderink et al., 2013).

1.2.2.3 Limites de la littérature et sous-estimation probable des taux de rétablissement

L'examen critique de cette littérature révèle néanmoins plusieurs limites méthodologiques qui remettent en question la validité des conclusions, et pointent vers une **sous-estimation probable** des taux de rétablissement dans la population générale (pour revue, voir Slade & Longden, 2015). **L'hétérogénéité définitionnelle** du rétablissement clinique constitue une limitation fondamentale de cette littérature (Åsbø et al., 2022; Leucht, 2014). Les critères de rétablissement varient considérablement d'une étude à l'autre, oscillant entre des définitions restrictives exigeant une rémission complète des symptômes et du fonctionnement, et des approches plus nuancées acceptant des améliorations significatives dans l'un ou l'autre domaine (e.g., Jääskeläinen et al., 2013; Molstrom et al., 2022). Cette variabilité pourrait expliquer en partie l'amplitude des taux rapportés de rétablissement, allant par exemple de 0% à 58% dans la méta-analyse de Jääskeläinen et al., (2013). Plus problématique encore, de nombreuses études adoptent des **critères particulièrement stricts** de rétablissement, comme l'exigence d'une stabilité temporelle de ces critères sans rechute symptomatique (e.g., >2 ans), ou l'exigence d'un emploi à mi-temps. En plus de ne pas tenir compte de facteurs sociaux plus larges (e.g., stigmatisation et discrimination à l'embauche ; chômage), cette exigence pourrait amener à exclure des formes légitimes de rétablissement. L'utilisation même du terme de « rémission » reflète un raisonnement épistémologique orienté : plutôt que d'attendre une possible dégradation future, il pourrait être aussi recevable de considérer qu'**une personne qui ne remplit plus les critères d'un trouble psychique n'est plus malade** (Slade & Longden,

2015). En ce sens, **la notion de rétablissement clinique est assimilable à celle de guérison**, bien que le terme demeure tabou en psychiatrie (Slade, 2009b).

D'autres sources d'hétérogénéité entre les études sont retrouvées : les différences portent sur les populations étudiées, les durées de suivi, les instruments de mesure, les contextes culturels, les approches thérapeutiques, etc. Cette **hétérogénéité massive** fausse l'interprétation des taux de rétablissement (Slade & Longden, 2015). Le biais d'échantillonnage constitue également une limitation importante de cette littérature : la quasi-totalité des études longitudinales recrutent leurs participants dans des contextes de soins (hospitaliers ou communautaires), mais très peu en population générale. Cette approche méthodologique exclut de facto une proportion importante de personnes qui développent des difficultés psychiques sans jamais entrer en contact avec le système de soins (e.g., Kohn et al., 2004), soit parce qu'elles se rétablissent spontanément, soit parce qu'elles trouvent des stratégies d'adaptation efficaces dans leur environnement naturel (Corrigan, 2006; Slade & Longden, 2015). Cela crée possiblement un **biais de sélection** vers les situations cliniques les plus sévères, qui pourrait amener à sous-estimer les taux de rétablissement. Paradoxalement, la diversité méthodologique retrouvée dans les études longitudinales pourrait également témoigner de la **robustesse du phénomène** de rétablissement, observable malgré cette hétérogénéité des approches.

1.2.2.4 Vers une reconceptualisation du rétablissement

L'accumulation de ces données empiriques révèle les limites intrinsèques des approches scientifiques traditionnelles pour appréhender la complexité du rétablissement dans les troubles psychiques. Les trajectoires observées présentent une hétérogénéité et une non-linéarité qui résistent aux catégorisations binaires et aux modèles prédictifs classiques. Cette inadéquation entre la richesse phénoménologique du rétablissement et les outils méthodologiques objectifs suggère la nécessité d'approches complémentaires, capables d'intégrer la dimension subjective et expérientielle de ces processus. C'est précisément dans cette perspective qu'a émergé, en parallèle de la recherche sur le rétablissement clinique, une conception alternative du rétablissement comme processus fondamentalement personnel et subjectif, offrant un cadre conceptuel potentiellement plus adapté à la complexité et à l'hétérogénéité observées dans les trajectoires empiriques.

1.3 Rétablissement personnel / subjectif

1.3.1 Historique

En parallèle de la conception médicale du rétablissement précédemment exposée, il existe une conception plus subjective du rétablissement, dite « rétablissement personnel », qui constituera l'objet central de ce travail doctoral. Cette section présente les origines historiques de ce concept afin de comprendre comment cette notion est devenue un objet de recherche légitime dans le champ de la santé mentale.

Le « rétablissement personnel » (*personal recovery*) puise ses racines historiques dans la culture anglo-saxonne de la pair-aidance, particulièrement dans le champ de l'addiction. Les premiers groupes d'entraide d'anciens buveurs, appelés *recovery circles*, apparaissent aux États-Unis vers le milieu du 19e siècle, et constituent les ancêtres des Alcooliques Anonymes (Le Cardinal et al., 2013). Dans ces communautés, les membres se considéraient « en rétablissement » lorsqu'ils s'attelaient à maintenir leur sobriété, tout en reconstruisant une vie sociale et personnelle satisfaisante. Cette conception préfigure déjà une approche du rétablissement qui dépasse la simple absence de symptômes pour englober une reconstruction plus globale de l'existence. Cependant, c'est principalement dans **l'après-Seconde Guerre mondiale aux États-Unis** que plusieurs événements convergents vont constituer le terreau favorable à l'essor de la notion de rétablissement personnel dans le domaine de la psychiatrie.

Premièrement cette période est marquée par un mouvement mondial de **désinstitutionalisation**, processus de fermeture progressive des asiles psychiatriques. La désinstitutionalisation résulte de facteurs multiples : l'amélioration des traitements, avec l'invention des premiers neuroleptiques dans les années 1950, le désinvestissement progressif de l'État dans ces structures coûteuses (plus de 1000 lits en moyenne à l'époque), et surtout les nombreux scandales sanitaires qui secouent l'opinion publique en révélant les conditions inhumaines de vie dans ces institutions (Rose, 2025). Au-delà de la négligence liée à la surpopulation des structures, les professionnels ont en effet massivement recours à l'isolement et à la contention, physique comme chimique. Le 20e siècle est également l'ère de l'expérimentation des « thérapies somatiques » : dans l'après seconde guerre mondiale, on pratique encore la lobotomie, l'induction de comas profonds ou les électrochocs, en espérant ainsi guérir les troubles psychiques (Shorter, 1997).

La désinstitutionalisation s'accompagne du développement de la **psychiatrie communautaire**, soutenue par des réformes majeures des systèmes de santé, actées dans le *Community Mental Health Act* de 1963 aux Etats-Unis, le *Mental Health Act* de 1954 au

Royaume-Uni ou encore la création des secteurs psychiatriques en France par la circulaire de Mars 1960. L'objectif de ces réformes est alors de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques de vivre et d'être soignées dans leur communauté plutôt que dans des institutions fermées. Cependant, cette transition s'effectue souvent sans alternatives de soins viables, laissant de nombreuses personnes dans une situation précaire et renforçant le recours à l'entraide entre pairs (Everett, 1994 dans Andresen et al., 2011).

En parallèle émergent des mouvements de pensée alternatifs comme **l'antipsychiatrie**, qui remet fondamentalement en cause le modèle biomédical de la maladie mentale. Portée par de grandes figures intellectuelles comme Michel Foucault , Thomas Szasz ou Erving Goffman, (Foucault, 1976; Goffman, 1961; Szasz, 1960) l'antipsychiatrie défend l'idée que les troubles psychiques ne sont pas médicaux ou biologiques par nature, mais bien des concepts socialement et politiquement construits, qui enferment les individus dans des cases et les stigmatisent (Shorter, 1997). Cette remise en question du modèle biomédical des troubles psychiques ne s'est pas limitée aux mouvements militants ou intellectuels. Elle a également été soutenue plus tardivement par une évolution des modèles théoriques au sein même de la communauté scientifique. En 1977, Engel propose ainsi **le modèle « biopsychosocial » de la maladie mentale**, qui postule que les troubles psychiques ne peuvent être compris uniquement à travers des causes biologiques, mais résultent de l'interaction de facteurs à la fois biologiques, psychologiques et sociaux (Engel, 1977). Sans rompre totalement avec l'approche médicale, ce modèle ouvre la voie à une compréhension plus globale et nuancée de l'étiologie des troubles psychiques.

Aux Etats-Unis, les années 1960 et 1970 sont également marquées par les mouvements de lutte pour les droits civiques et les droits des personnes handicapées, et voient la structuration du mouvement C/S/X, pour ***Consumer/Survivor/Ex-Patient*** (Usagers/Survivants/Anciens Patients de la psychiatrie). Ce mouvement citoyen est initialement composé exclusivement de personnes concernées par un trouble psychique (Chamberlin, 1990). Il milite pour la **reconnaissance des droits des usagers de la psychiatrie**, dénonçant les abus et mauvais traitements reçus dans le système de soin, et propose de **l'auto-support (« self-help »)** et du **soutien par les pairs (« peer-support »)** comme alternatives aux traitements psychiatriques (Chamberlin, 1990; Everett, 1994). Au cœur du mouvement C/S/X se trouve la notion d'« **empowerment** » : il s'agit pour les personnes concernées par un trouble psychique de retrouver du contrôle, du pouvoir d'agir, à la fois sur leur propre vie et santé, mais aussi dans la société (Corrigan et al., 1999 dans Andresen et al., 2011). Cette volonté politique se traduit

dans le célèbre slogan « Nothing About Us Without Us », issu du mouvement plus large pour la reconnaissance des droits des personnes handicapées (Charlton, 2004).

Les années 1980 marquent un tournant décisif. En parallèle des premières études longitudinales documentant les possibilités réelles de rétablissement, plusieurs figures emblématiques du mouvement C/S/X commencent à publier des **récits autobiographiques**, dans lesquelles elles décrivent leurs propres parcours de rétablissement (e.g., Chamberlin, 1978; Deegan, 1988; Spaniol, 1994). Ces récits soulignent le fort impact négatif des diagnostics psychiatriques pour les personnes (e.g., perte de sens, d'objectifs, de sentiment d'identité personnelle) et la grande diversité des manières avec lesquelles elles ont su progressivement reconstruire leurs vies (Andresen et al., 2011; Melillo et al., 2025). Ainsi, ces témoignages offrent un contre-récit à la conception médicale naissante du rétablissement, perçu comme résultant d'un traitement efficace, et structuré autour de critères objectifs de symptomatologie et de fonctionnement. Au contraire, ils dessinent une conception du rétablissement comme un processus profondément subjectif et personnel. Ce contre-récit gagne en ampleur dans les mouvements C/S/X, qui feront de la reconnaissance des possibilités de rétablissement un axe principal de militantisme (Andresen et al., 2011). Le rétablissement personnel se structure alors peu à peu comme un objet de recherche à partir des années 1990. Les premières recherches sur le rétablissement personnel s'appuient sur l'analyse qualitative des récits autobiographiques, contribuant à la conceptualisation de cette notion, à son inscription dans le champ académique et à la formulation de ses premières définitions (e.g., Andresen et al., 2003; Anthony, 1993; Davidson, 2003; Ridgway, 2001; Spaniol et al., 2002).

1.3.2 Définitions et caractéristiques

La définition la plus fréquemment mobilisée dans la littérature scientifique est celle de William Anthony, chercheur et pionnier de la réhabilitation psychosociale. Il définit le rétablissement comme « *un processus profondément personnel et unique de transformation de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et dans laquelle on se sent utile, malgré les limitations induites par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but dans l'existence, à mesure que la personne dépasse les effets dévastateurs des troubles psychiques* » (Anthony, 1993). Dans la même perspective, Andresen et al. (2003) proposent de définir le rétablissement comme un processus psychologique permettant «

d'établir une vie épanouissante et qui a du sens, ainsi qu'un sens positif de l'identité fondé sur l'espoir et l'auto-détermination ».

Analysant les récits autobiographiques des personnes concernées, la littérature scientifique identifie plusieurs caractéristiques centrales au rétablissement personnel, qui le distinguent de la conception établie du rétablissement clinique (pour revue voir Jose et al., 2015; Leamy et al., 2011). Tout d'abord, le rétablissement est conçu comme **un processus, qui s'inscrit dans un temps long** (Anthony, 1993; Ridgway, 2001). Le rétablissement n'est pas forcément un état final à atteindre, il est davantage décrit comme un parcours que comme une destination (e.g., Deegan, 1988). Il s'agit pour les personnes d'avancer vers une vie qu'elles jugent satisfaisante et porteuse de sens (Ralph, 2005; Repper & Perkins, 2003; Ridgway, 2001; Slade, 2009b). Dans la littérature scientifique, la notion de rétablissement personnel est ainsi étroitement liée avec celles de qualité de vie subjective et de bien-être psychologique (Bejerholm & Roe, 2018; Slade, 2010b). Cela rejoint une deuxième caractéristique essentielle du rétablissement personnel : il s'agit d'un processus **subjectif, individuel et singulier**. Chaque personne définit elle-même ce que signifie « se rétablir » selon son histoire, ses valeurs, ses objectifs de vie. Il n'existe donc pas une manière unique ou universelle de se rétablir, mais **autant de formes de rétablissement que de trajectoires de vie** (Ridgway, 2001; Slade, 2009b). Le processus de rétablissement est également **un chemin de transformation(s)**, caractérisé par certains auteurs comme développemental (Spaniol et al., 2002). Comme nous le verrons par la suite il engage souvent une reconstruction identitaire profonde, permettant d'intégrer l'expérience du trouble psychique dans un nouveau rapport à soi et au monde (Andresen et al., 2011; Ridgway, 2001). Cette dynamique de transformation fait écho au concept de résilience, comme processus d'adaptation et de croissance (« growth ») dans l'adversité (Andresen et al., 2003; Ridgway, 2001). Également en lien avec la notion de résilience, **le rétablissement n'est pas linéaire** : les personnes décrivent globalement les rechutes et les échecs comme faisant partie intégrante de leur parcours vers le bien-être (Andresen et al., 2011; Ralph, 2005; Repper & Perkins, 2003; Ridgway, 2001; Slade, 2009b). Enfin, le rétablissement personnel est **indépendant de l'état de santé clinique**. De nombreuses personnes se considèrent « en rétablissement » ou « rétablies » malgré la persistance de symptômes ou de limitations fonctionnelles (Andresen et al., 2003; Davidson, 2003; Slade, 2009b). Il ne s'agit pas pour autant de minimiser l'impact des symptômes ou du trouble, qui peuvent représenter une gêne significative au quotidien : l'auto-gestion de la maladie est souvent décrite comme un moyen de retrouver du contrôle, une composante à part entière du

rétablissement (Davidson, 2003; Fisher, 1994; Mead & Copeland, 2000; Ridgway, 2001). En somme, le rétablissement personnel est un processus qui **transcende le simple retour à l'état antérieur à la maladie** (Andresen et al., 2003; Anthony, 1993; Deegan, 1988). Ce concept permet de dépasser la notion trop restrictive de rétablissement clinique ou de guérison médicale (Davidson, 2003), qui ne correspond pas au vécu de toutes les personnes concernées par un trouble psychique (Andresen et al., 2011; Jose et al., 2015; Leamy et al., 2011; Mathew et al., 2018; Melillo et al., 2025; Pitt et al., 2007).

La distinction entre rétablissement clinique et rétablissement personnel est par ailleurs source de nombreuses confusions dans la littérature scientifique (Davidson et al., 2005). Pour mieux la clarifier, Davidson & Roe (2007) proposent de différencier le « rétablissement DU trouble psychique », entendu comme la rémission des symptômes et le retour au fonctionnement antérieur (i.e., le rétablissement clinique), du « rétablissement DANS le trouble psychique », entendu comme la possibilité de construire une vie satisfaisante et porteuse de sens malgré la persistance éventuelle de symptômes et limitations (i.e., le rétablissement personnel). Le Tableau 1 ci dessous illustre les principales différences entre ces deux conceptions du rétablissement.

Tableau 1. Les différences conceptuelles entre rétablissement clinique et rétablissement personnel selon Slade & Longden (2015)

Rétablissement clinique	Rétablissement personnel
Origine : pratiques des professionnels de santé mentale, recherche scientifique	***Origine :*** vécu des personnes concernées par un trouble psychique, mouvements militants, récits autobiographiques
1. Le rétablissement est un indicateur, un état final dichotomique : soit la personne est rétablie, soit elle ne l'est pas	1. Le rétablissement est un processus, un continuum : la personne se situe quelque part sur le continuum, en rétablissement
2. Le rétablissement est objectif, observable et mesurable (e.g., critères Andreasen et al., 2005)	2. Le rétablissement est subjectif, défini par la personne elle-même
3. Le rétablissement est évalué par le clinicien expert, pas par le patient	3. Le rétablissement est évalué par la personne elle-même, experte de son propre vécu

4. La définition du rétablissement est la même pour tous les individus	4. Le rétablissement a un sens différent pour chaque personne, même si on retrouve des points communs

D'autre part, si le rétablissement personnel est un processus individuel, il est également **intrinsèquement lié à des facteurs environnementaux et sociaux** (Gyamfi et al., 2025)**.** La deuxième partie de la définition d'Anthony (1993) moins souvent présentée, illustre bien cette considération : « *le rétablissement d'un trouble psychique implique bien plus que de se rétablir de la maladie en elle-même. Les personnes avec des troubles psychiques ont aussi à se rétablir de la stigmatisation qu'elles ont profondément intégrée, des effets iatrogènes des contextes de soin, du manque d'opportunités de décider pour elles-mêmes, des effets secondaires négatifs de l'inemploi, et des rêves brisés*. ». Une revue de littérature menée par Tew et al. (2012) identifie plusieurs de ces facteurs environnementaux et sociaux qui impactent le rétablissement. Premièrement, les personnes concernées par des troubles psychiques rencontrent souvent dans leur parcours des **situations d'injustice, d'inégalité ou d'abus** qui peuvent générer un sentiment global d'impuissance et de perte du pouvoir d'agir. L'expérience de pratiques de soins coercitives et paternalistes peut miner davantage le sentiment d'agentivité. Deuxièmement, les personnes font l'objet de **stigmatisation et de discrimination** liée à l'étiquette du trouble psychique, ce qui réduit leurs possibilités de participer à la société (e.g., moindre accès à l'emploi ou au logement). La stigmatisation peut également être internalisée, avec des effets négatifs sur l'estime de soi, l'espoir, le sentiment d'auto-efficacité, et peut entraîner un retrait social (Violeau Beaugendre, 2020; Yanos et al., 2020). Troisièmement, les troubles psychiques ont de multiples conséquences négatives sur **l'inclusion sociale**. Au-delà de la stigmatisation, les difficultés de santé mentale en elles-mêmes peuvent renforcer des situations de précarité, de pauvreté, de chômage, de difficultés à se loger, empêchant ainsi les personnes de participer activement à la vie de la communauté et de sentir y appartenir. Le plein exercice de la **citoyenneté** est ainsi central au processus de rétablissement : au même titre que tout un chacun, les personnes veulent pouvoir exercer pleinement leurs droits et responsabilités de citoyens (Melillo et al., 2025; Pelletier et al., 2015). Enfin, **les relations sociales** sont un thème transversal à chacun de ces niveaux et apparaissent essentielles au rétablissement personnel. Elles peuvent avoir des effets négatifs si elles véhiculent stigmatisation, déséquilibres de pouvoir ou exclusion, mais constituent également un vecteur majeur pour le rétablissement : les personnes trouvent dans les relations du soutien social (par les pairs, la famille, les amis, les

professionnels), de l'espoir, des encouragements, de la déstigmatisation et des possibilités de participation sociale.

1.3.3 Modèles du rétablissement personnel

La littérature scientifique fait état de nombreux modèles et conceptions théoriques du rétablissement personnel (voir Dell et al., 2021; Ellison et al., 2018; Gyamfi et al., 2025). Originellement un concept pensé dans les troubles du spectre de la schizophrénie, d'autres travaux ont depuis permis d'appliquer la notion de rétablissement personnel à une large gamme de populations cliniques, notamment pour les personnes concernées par des troubles bipolaires (Chirio-Espitalier et al., 2022; Mezes et al., 2022), troubles dépressifs (Damsgaard et al., 2021; Luciano et al., 2022), troubles de la personnalité (Shepherd et al., 2016), troubles du comportement alimentaire (Wetzler et al., 2020), ou également pour les enfants (Ballesteros-Urpi et al., 2019). Ci-dessous nous présentons deux modèles théoriques et empiriques de référence pour le rétablissement personnel. Au-delà des caractéristiques générales précédemments évoquées, ces modèles identifient **des étapes** et **des processus sous-jacents communs** à de nombreux parcours de rétablissement de personnes concernées par des troubles psychiques.

Le modèle du rétablissement psychologique (Andresen et al., 2003, 2006, 2011)

Andresen et al. (2003) sont parmi les premiers à proposer un modèle théorique du rétablissement intégrant à la fois des étapes et des processus psychologiques communs (voir Figure 1 ci-dessous). Les auteurs se sont basés sur une revue approfondie de la littérature, comprenant plusieurs récits autobiographiques ainsi que des articles scientifiques qualitatifs sur le rétablissement. Le modèle s'articule autour de cinq étapes centrales, dans lesquelles interviennent quatre processus psychologiques transversaux : l'espoir, l'identité personnelle, le sens de la vie et le sentiment de responsabilité personnelle (pour une description détaillée, voir Andresen et al., 2011).

La première étape est **le moratoire**, qui désigne une phase initiale d'effondrement psychologique faisant suite au diagnostic et/ou au traitement. Cette étape est marquée par la perte. La personne perd l'espoir d'un avenir meilleur, perd ses objectifs pour le futur, le sens qu'elle donnait à sa vie. Elle perd son sentiment d'identité, menacée d'être entièrement redéfinie par le trouble psychique et ses conséquences. Elle perd le sentiment de contrôle sur elle-même, sur son traitement et sur sa vie. Cette étape est décrite comme souvent accompagnée

d’un retrait social marqué, interprété par les auteurs comme une stratégie de coping à part entière.

La deuxième étape est **la prise de conscience**, qui constitue un point de bascule dans le processus de rétablissement. La personne retrouve l’espoir et la motivation pour un avenir meilleur. Elle parvient à se projeter dans un objectif, dans le souhait plus large de reprendre les rênes de sa vie, voire directement dans la possibilité de rétablissement. La personne réalise qu’elle n’est pas définie uniquement par sa maladie mais qu’une part d’elle-même est toujours intacte. Ce point de bascule peut être complètement intrapersonnel, mais il est souvent décrit comme catalysé par l’action d’un proche ou d’un pair.

La troisième étape est **la préparation**, caractérisée par l’engagement actif de la personne dans le processus de rétablissement. Il s’agit pour la personne de faire le point sur qui elle est et ce qu’elle veut pour son futur. Elle planifie des objectifs de vie, et évalue les ressources internes et externes qu’elle pourra mobiliser pour les atteindre. Elle peut alors chercher à mieux connaître et comprendre ses difficultés. La personne se met également à la recherche de ressources dans son environnement extérieur.

La quatrième étape, **la reconstruction**, constitue le cœur du processus de rétablissement. Il s’agit pour la personne de reconstruire progressivement une identité personnelle positive. La personne travaille activement à atteindre les objectifs signifiants et valorisés qu’elle s’est elle-même fixés, ce qui donne du sens à sa vie. Elle prend des risques, essaye de nouvelles choses, et parfois échoue. L’espoir est donc essentiel, permettant la persévérance. La personne retrouve du pouvoir d’agir sur sa propre vie, ce qui se traduit également par une plus grande auto-gestion du trouble et de son bien-être de manière générale.

Enfin, la dernière étape est **la croissance**, et représente une forme d’aboutissement du processus de rétablissement, le point culminant des efforts fournis aux étapes précédentes. Cette dernière étape ne désigne pour autant pas un état final, mais plutôt un mode de vie dynamique, reflétant un épanouissement personnel. Il se caractérise par une confiance de la personne dans sa capacité à gérer le trouble et plus largement sa vie, à être résiliente face à d’éventuelles rechutes, et à garder un regard optimiste sur le futur. Elle peut s’épanouir même en présence de symptômes récurrents. La personne a construit une vie signifiante, en poursuivant des objectifs et des activités importants pour elle. Elle a pu construire du sens sur son expérience du trouble psychique, et a donc reconstruit une identité qui n’est pas négativement centrée autour de la maladie. Plus généralement la personne a développé un sens positif d’elle-même.

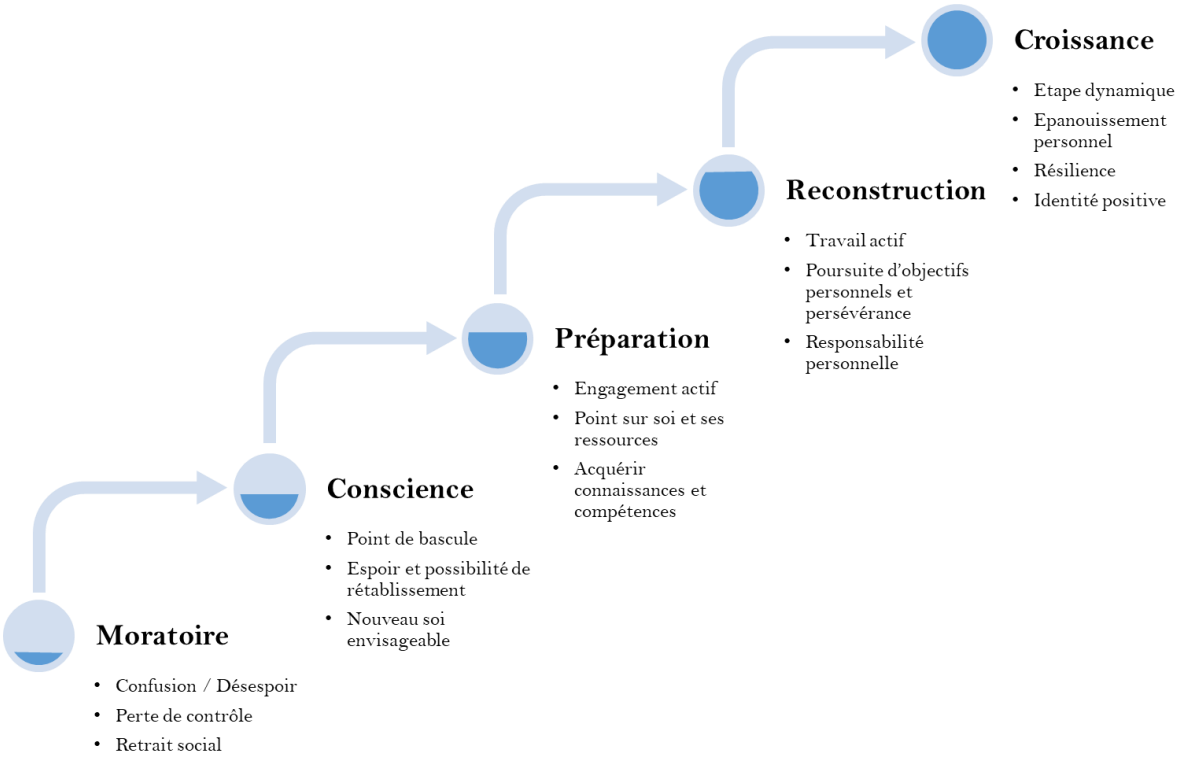


Figure 1. Modèle du rétablissement psychologique (Andresen et al., 2011)

Intérêt et limites du modèle. Le modèle d'Andresen et collaborateurs représente une contribution significative à la compréhension du rétablissement personnel en tant que trajectoire évolutive (Slade, 2009b) : il est la référence pour les étapes communes aux parcours de rétablissement personnel. Sa force principale est d'offrir un cadre théorique de la dynamique du rétablissement, qui explicite la manière dont les principaux processus s'articulent au travers d'étapes temporelles. Sans l'intégrer directement au modèle, les auteurs soulignent un mécanisme central pour le rétablissement : la poursuite d'objectifs signifiants pour la personne, mobilisant l'ensemble des processus psychologiques identifiés. Ce point, abordé plus en détail dans le Chapitre 2, ouvre des perspectives d'application concrètes en pratique clinique en orientant les interventions vers l'identification et la poursuite d'objectifs personnellement significatifs. Une force opérationnelle notable du modèle réside dans le développement d'un instrument de mesure spécifiquement conçu : le Stages of Recovery Instrument, (STORI, Andresen et al., 2006). Cet outil permet aux personnes de se situer précisément sur l'une des cinq étapes identifiées, offrant ainsi un support concret pour l'évaluation clinique et la recherche. Le modèle présente néanmoins plusieurs limites importantes. Sur le plan empirique,

les études de validation convergent vers trois étapes distinctes plutôt que les cinq proposées (Andresen et al., 2006, 2013; Lemos-Giráldez et al., 2015; Weeks et al., 2011), questionnant la structure théorique initiale. Par ailleurs, comme d'autres modèles en étapes, il repose principalement sur des données qualitatives et rétrospectives, limitant sa validité externe (Slade, Leamy, et al., 2012). Plus fondamentalement, l'ancrage intra-personnel du modèle néglige des dimensions cruciales du rétablissement (Andresen et al., 2011) : il intègre insuffisamment les facteurs structurels et environnementaux (inclusion sociale, stigmatisation, accès à l'emploi ou au logement) ainsi que la dimension interpersonnelle (soutien des proches, accompagnement par les pairs, qualité de la relation thérapeutique) pourtant centrale dans les processus de rétablissement (Dell et al., 2021; Slade, 2009b; Temesgen et al., 2019). Ces limites soulignent la nécessité de développer des approches plus intégratives du rétablissement, articulant les processus individuels avec les dimensions interpersonnelles et socio-environnementales.

Le modèle CHIME (Leamy et al., 2011)

La première revue systématique et méta-analyse qualitative de la littérature sur le rétablissement personnel, réalisée par Leamy et al. (2011), constitue une contribution fondamentale à sa compréhension. En synthétisant le contenu de 87 documents par le biais d'analyses thématiques, les auteurs ont mis en évidence non seulement les principales caractéristiques des parcours de rétablissement personnel, mais également des étapes partagées et les processus sous-jacents qui les structurent. Cette démarche les a conduits à développer le modèle CHIME, un cadre conceptuel intégratif dont l'acronyme désigne les cinq processus fondamentaux du rétablissement identifiés (voir Figure 2 ci-dessous).

Connectedness. Le premier processus est la connectivité, renvoyant à l'importance des liens sociaux pour le rétablissement. Il inclut le soutien social au sens large (à la fois professionnel, amical ou familial) et le soutien par les pairs. La connectivité suppose également un sentiment d'appartenance à une communauté, une citoyenneté active (e.g., participer aux activités de quartier, être membre d'associations). Enfin, la connectivité renvoie à la possibilité d'entretenir ou de créer des relations significatives, y compris intimes. Dans l'ensemble, cette dimension souligne que le rétablissement ne peut être envisagé isolément, mais s'ancre dans un tissu relationnel et communautaire.

Hope and optimism about the future. Le second processus est l'espoir et l'optimisme pour le futur, constituant une force motrice essentielle dans les parcours de rétablissement. Il désigne le besoin des personnes de croire en la possibilité d'aller mieux, de se rétablir, et que cette croyance soit partagée autour d'elles. Cette conviction renforce la motivation nécessaire au

changement. L'espoir peut être nourri par des relations inspirantes et des modèles, par l'adoption d'une pensée positive, valorisant les succès même modestes, ou encore par la projection future dans des rêves et des aspirations.

Identity. Le troisième processus est l'identité, recouvrant les dynamiques de redéfinition de soi après l'expérience du trouble psychique. Il s'agit de (re)définir qui l'on est et qui l'on veut être, mais aussi de (re)construire un sentiment d'identité positif (i.e., retrouver de l'estime pour soi-même, une forme d'acceptation et de confiance en soi). Cette dimension implique notamment la reconnaissance des différences facettes de l'identité (culturelles, sexuelles, sociales…), et la lutte contre la stigmatisation (à la fois externe et intériorisée).

Meaning in Life. Le quatrième processus est le sens de la vie, dimension qui situe le rétablissement dans une perspective plus large d'épanouissement personnel. Cette recherche de sens peut prendre de multiples formes : elle peut consister à donner signification aux expériences liées au trouble psychique (e.g., comprendre, intégrer, accepter le vécu du trouble), s'exprimer dans la spiritualité, ou encore se concrétiser dans le sentiment d'une meilleure qualité de vie. La recherche de sens peut impliquer de (re)construire une vie quotidienne structurée autour d'activités, de routines, du développement de nouvelles compétences. Les personnes peuvent trouver du sens dans la poursuite active d'objectifs personnels et de vie (e.g., voyager, travailler), et dans l'investissement dans des rôles sociaux qu'elles valorisent (e.g., devenir parent).

Empowerment. Le dernier processus est le pouvoir d'agir, concept large s'appliquant à la fois à la dimension du soin, de la gestion de la maladie, mais aussi à la vie citoyenne. Ce processus repose sur trois piliers. Premièrement, la responsabilité personnelle, qui implique de développer ses propres stratégies pour gérer sa santé, son bien-être et faire face aux difficultés quotidiennes, mais aussi d'essayer des choses, prendre des risques positifs qui constituent des opportunités d'apprentissage. Deuxièmement, le contrôle sur sa vie, au cœur duquel on trouve l'importance pour les personnes de pouvoir faire des choix éclairés, de prendre des décisions pour elles-mêmes (dans les soins par exemple), de retrouver une forme d'autonomie et d'indépendance, de pouvoir accéder aux services de santé mentale quand elles en ont besoin. Enfin, le troisième pilier est la valorisation des forces, qui consiste à s'appuyer sur les ressources et compétences des personnes plutôt que de se focaliser uniquement sur leurs difficultés.

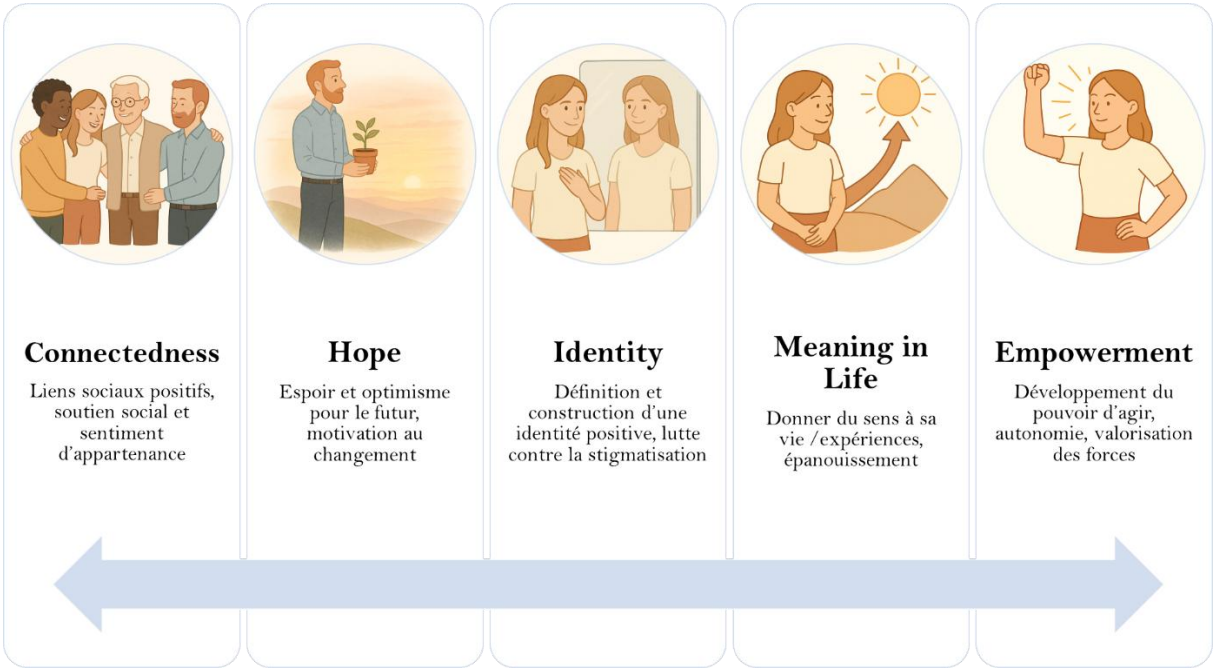


Figure 2. Modèle CHIME du rétablissement personnel (Leamy et al., 2011)

Intérêt et limites du modèle. Le modèle CHIME constitue une contribution pionnière dans le champ du rétablissement personnel en santé mentale. Depuis sa publication par Leamy et al. (2011), l'article a été cité à plus de 2000 reprises, témoignant de son influence considérable dans la littérature scientifique. Ce succès peut notamment s'expliquer par la clarté et lisibilité du cadre conceptuel proposé, son aspect transdiagnostique et interdisciplinaire (Lases et al., 2025), ainsi que la facilité d'appropriation qui en résulte (Hare-Duke et al., 2023). Le modèle offre une synthèse structurée et accessible des processus associés au rétablissement, s'appuyant sur une méthodologie d'un haut niveau de preuve. Cependant, plusieurs limites doivent être soulignées. D'une part, la méthode d'analyse thématique utilisée tend à estomper la nature exacte et la distinction conceptuelle des dimensions CHIME identifiées. Il reste difficile de préciser la typologie des processus (psychologiques, interpersonnels, sociaux ?) et leur degré d'interconnexion, ce qui complexifie l'opérationnalisation et l'évaluation empirique du modèle. D'autre part, le modèle n'intègre que très peu les déterminants sociaux du rétablissement (précarité, accès aux ressources, discriminations structurelles), réduisant ainsi sa portée explicative. Une revue systématique a d'ailleurs souligné le manque de représentation dans le modèle des difficultés rencontrées par les personnes pour se rétablir, et ainsi proposé d'intégrer ces difficultés comme une dimension à part entière du modèle (CHIME-D, Stuart et al., 2017). Par ailleurs, la base empirique du modèle repose principalement sur des données qualitatives et des consensus d'experts, ce qui constitue une limite pour sa validation scientifique (Slade,

Leamy, et al., 2012). Plusieurs études ont évalué le modèle CHIME (e.g., Bird et al., 2014), mais elles restent largement qualitatives (Hare-Duke et al., 2023). Enfin, le modèle a été construit à partir de données issues majoritairement de contextes occidentaux et anglo-saxons, soulevant la question de sa transférabilité interculturelle (Slade et al., 2014; Slade, Leamy, et al., 2012). En outre, une étude récente comparative entre le Royaume-Uni et le Japon a démontré des différences majeures dans l'importance qu'ont les dimensions CHIME pour les individus de cultures différentes (Kotera et al., 2025).

1.3.4 Quel(s) lien(s) entre rétablissement personnel et rétablissement clinique ?

La nature de la relation entre rétablissement clinique et rétablissement personnel constitue l'un des champs d'investigation les plus développés dans la littérature sur le rétablissement personnel. Cette préoccupation répond à des questions théoriques et pratiques fondamentales : le rétablissement personnel représente-t-il simplement une dimension supplémentaire et subjective du rétablissement clinique, jusqu'alors négligée ? Constitue-t-il un proxy de ce dernier, ou présente-t-il un intérêt distinct justifiant sa considération à part entière dans la pratique clinique et la recherche ?

Les nombreuses **études quantitatives transversales** consacrées à cette question ont fait l'objet de plusieurs revues systématiques et méta-analyses. Ces travaux, portant principalement sur les troubles du spectre de la schizophrénie, révèlent un pattern cohérent **d'associations de faible ampleur** entre les deux niveaux de rétablissement. Concernant la symptomatologie, les méta-analyses identifient une association négative de petite taille d'effet entre rétablissement personnel et symptômes globaux (Leendertse et al., 2021; Ponce-Correa et al., 2023; Van Eck et al., 2018). L'analyse par dimensions symptomatiques précise ce tableau : l'association demeure négative et de petite taille d'effet pour les symptômes positifs et négatifs, mais atteint une taille d'effet moyenne pour les symptômes affectifs (Leendertse et al., 2021; Van Eck et al., 2018). Parallèlement, une association positive de petite taille d'effet émerge entre rétablissement personnel et fonctionnement psychosocial (Leendertse et al., 2021; Ponce-Correa et al., 2023; Van Eck et al., 2018). Cette relation positive s'observe également pour le soutien social perçu et la dimension "logement et travail", avec une ampleur similaire (Leendertse et al., 2021). En revanche**,** aucun lien significatif n'apparaît avec les fonctions neurocognitives (Leendertse et al., 2021).

La multiplication récente **d'études longitudinales** a permis d'affiner la compréhension de ces relations, en examinant l'évolution temporelle conjointe du rétablissement personnel et clinique (e.g., Chan et al., 2018; Dubreucq et al., 2021; Jørgensen et al., 2015; Law et al., 2016;

Roe et al., 2011; Skar-Fröding et al., 2025; Yu et al., 2022). La méta-analyse longitudinale de De Winter, Jelsma, Vermeulen, Vellinga, et al. (2025), incluant 109 études avec un suivi moyen de 2,9 ans, apporte des éclairages décisifs. Les auteurs démontrent que les changements du rétablissement personnel sont globalement peu liés aux changements dans les autres domaines (symptômes, fonctionnement psychosocial, neurocognition). Parmi les 34 études longitudinales analysées, seule la moitié observe une amélioration conjointe des symptômes et du rétablissement personnel. Néanmoins, une association positive de taille moyenne (r=0.64) est identifiée entre les changements des symptômes positifs et ceux du rétablissement personnel.

Malgré l'hétérogénéité importante des associations identifiées dans la littérature entre les dimensions du rétablissement personnel et clinique (notamment due à des contextes cliniques variés, la diversité des mesures utilisées, la durée du suivi variable, etc.), on ne retrouve globalement pas d'effet modérateur des variables sociodémographiques ou cliniques sur ce lien, ce qui soutient la robustesse des résultats. Toutefois, les méta-analyses citées n'intègrent ni données qualitatives ni analyse des étapes du rétablissement personnel, ce qui limite potentiellement la portée de leurs conclusions.

Le message central qui émerge de cette littérature est que rétablissement clinique et rétablissement personnel constituent **deux niveaux empiriquement distincts.** L'existence de liens faibles mais significatifs entre ces dimensions suggère néanmoins leur **complémentarité potentielle** : améliorer le rétablissement clinique peut contribuer au rétablissement personnel, et réciproquement, sans pour autant s'y substituer. Pour Slade (2009b), le rétablissement personnel, par essence individuel et subjectif, englobe la notion de rétablissement clinique : l'amélioration des symptômes et du fonctionnement peut être essentielle pour certaines personnes, mais n'être que secondaire pour d'autres. Cette différenciation conceptuelle et empirique porte des implications majeures pour la clinique et la recherche. Si l'objectif est d'accompagner les personnes dans leur parcours de rétablissement personnel, **une approche spécifiquement orientée vers cette dimension s'avère nécessaire** : en effet, les stratégies thérapeutiques traditionnelles qui ciblent le rétablissement clinique apparaissent insuffisantes pour améliorer le rétablissement personnel (de Winter, Jelsma, Vermeulen, Vellinga, et al., 2025; Leendertse et al., 2021; Van Eck et al., 2018; van Weeghel et al., 2019). Plusieurs études qualitatives et quantitatives documentent par ailleurs ce phénomène (e.g., Linde et al., 2023; Mathew et al., 2018; McBain et al., 2020; Mitsunaga-Ohmuro & Ohmuro, 2021; Wood & Alsawy, 2018). Cette conclusion souligne l'importance de développer et d'évaluer des interventions ciblant explicitement les processus du rétablissement personnel.

1.3.5 Preuves empiriques du rétablissement personnel : état actuel de la littérature

Contrairement au rétablissement clinique qui bénéficie d'un corpus longitudinal établi depuis plusieurs décennies, la recherche sur le rétablissement personnel demeure **récente et relativement limitée** (Peralta et al., 2022; Teo, 2024). Les études disponibles portent principalement sur les troubles du spectre de la schizophrénie et les premiers épisodes psychotiques. De plus, on observe une prédominance marquée d'études interventionnelles au détriment d'études observationnelles, alors que c'est l'inverse pour le rétablissement clinique (Hansen et al., 2023).

1.3.5.1 Études longitudinales observationnelles.

Les rares études observationnelles à long terme (>5 ans) suggèrent des taux de rétablissement personnel encourageants et relativement convergents. Dans trois cohortes récentes de personnes expérimentant un premier épisode psychotique, les taux de rétablissement personnel variaient entre 50,8% et 54% après 10 à 21 ans de suivi (O'Keeffe et al., 2019; Peralta et al., 2022; Simonsen et al., 2024). Ces études présentent cependant une limite importante : elles intègrent les mesures de rétablissement uniquement au dernier temps de suivi, sans comparaison avec les niveaux initiaux.

Les études à court et moyen terme révèlent des trajectoires plus hétérogènes et parfois contradictoires. L'étude multicentrique de Loos et al. (2017) sur 512 personnes concernées par des troubles psychiques sévères montre une amélioration des étapes du rétablissement après 1 an de suivi : les participants à l'étape de moratoire sont passés de 20% à 10%, ceux à l'étape de conscience et préparation sont passés de 25% à 30%, et ceux en reconstruction et croissance sont passés de 55,2% à 60,4%. Cependant, d'autres études observent des patterns différents. Dans des populations de premiers épisodes psychotiques, Dubreucq et al. (2021) ont documenté une détérioration du taux de rétablissement de 67% à l'inclusion à 46,9% à un an, tandis qu'Austin et al. (2022) rapportent un taux de 35% à deux ans sans données de comparaison initiale.

Deux méta-analyses récentes apportent un éclairage synthétique, mais soulignent les limites actuelles du champ. De Winter, Jelsma, Vermeulen, van Weeghel, et al. (2025) ont examiné 46 études sur les troubles du spectre de la schizophrénie avec un suivi d'au moins un an, démontrant une progression modeste mais significative du rétablissement personnel (d=0.34). Cette méta-analyse ne comportait que huit études utilisant des mesures standardisées du rétablissement personnel, soulignant la rareté des données robustes dans cette littérature.

Thomas et al. (2018) ont analysé 23 études longitudinales avec des suivis moyens de 6 mois, révélant la rareté des études non-interventionnelles (n=2) et les faibles tailles d'échantillon des études non-expérimentales (de 14 à 174 participants).

1.3.5.2 Études longitudinales interventionnelles.

La littérature interventionnelle est substantiellement plus développée et présente des résultats plus cohérents concernant l'amélioration du rétablissement personnel. Plusieurs types d'interventions montrent des effets positifs avec des tailles d'effet petites à moyennes (une revue détaillée des interventions est présentée ci-après, voir page 51). Les programmes d'auto-gestion des troubles et de planification d'objectifs de rétablissement constituent un domaine d'intervention prometteur, avec plusieurs méta-analyses confirmant leurs bénéfices (Canacott et al., 2019; Goh et al., 2023; Peck et al., 2023; Thomas et al., 2018). Les interventions de pair-aidance, où des personnes ayant une expérience vécue du rétablissement accompagnent d'autres personnes, montrent également des effets positifs significatifs sur le rétablissement personnel (Cooper et al., 2024; Høgh Egmose et al., 2023; Jambawo et al., 2024; Lyons et al., 2021; Peck et al., 2023; Smit et al., 2023). D'autres types d'interventions pourraient avoir un effet bénéfique sur le rétablissement personnel : des données prometteuses émergent concernant les interventions psychothérapeutiques, notamment les approches cognitivo-comportementales (Hancock & Perich, 2022; Nowak et al., 2016). Une revue parapluie récente explore l'effet encore largement méconnu des approches alternatives et complémentaires sur le rétablissement personnel (e.g., art-thérapies, approches psychocorporelles, réseaux sociaux) (Isaacs et al., 2022). Une donnée particulièrement encourageante émerge de ces études interventionnelles : l'amélioration du rétablissement personnel ne semble prédite par aucune caractéristique individuelle spécifique (Thomas et al., 2018). Cette observation renforce l'idée fondamentale que le rétablissement est possible pour toutes les personnes.

1.3.5.3 Limites méthodologiques et perspectives.

Cette littérature longitudinale émergente présente plusieurs limites importantes qui méritent d'être soulignées. Les échantillons demeurent souvent de taille limitée, particulièrement dans les études observationnelles, et les durées de suivi restent courtes pour la plupart des recherches (e.g., de Winter, Jelsma, Vermeulen, van Weeghel, et al., 2025; Thomas et al., 2018). On observe une hétérogénéité marquée dans l'opérationnalisation du rétablissement personnel : certaines études utilisent des échelles standardisées validées, d'autres se contentent d'items uniques auto-rapportés, et d'autres encore recourent à des mesures indirectes via les processus CHIME. Cette diversité méthodologique complique les

comparaisons entre études et limite la synthèse des connaissances (de Winter, Jelsma, Vermeulen, Vellinga, et al., 2025; Leendertse et al., 2021; Thomas et al., 2018). On observe une absence quasi-totale d'évaluations qualitatives du rétablissement personnel (e.g., Hancock & Perich, 2022). Les recherches font plutôt appel à des critères « objectifs » de rétablissement personnel (scores seuils sur des échelles auto-rapportées, e.g., Best et al., 2020), et l'utilisation de mesures des étapes du rétablissement est rare.

Un message clé se dégage néanmoins de cette littérature : bien que les données disponibles soient encore limitées, elles convergent pour montrer qu'il est possible d'améliorer le rétablissement personnel lorsqu'il est spécifiquement ciblé. Plusieurs perspectives apparaissent nécessaires à l'avancement du champ de recherche : intégrer des mesures standardisées du rétablissement personnel dans des cohortes longitudinales de grande envergure diversifiant les contextes de recrutement (Thomas et al., 2018), développer des approches en méthodes mixtes combinant évaluations quantitatives et qualitatives (de Winter, Jelsma, Vermeulen, van Weeghel, et al., 2025), et approfondir la compréhension des trajectoires individuelles de rétablissement sur le long terme. Ces développements méthodologiques sont essentiels pour éclairer les pratiques cliniques et informer le développement d'interventions plus efficaces.

Chapitre 2. Le rétablissement personnel dans les pratiques de soin et d'accompagnement

2.1 Approche orientée rétablissement en santé mentale

2.1.1 Historique et définition

L'approche « orientée rétablissement » ou « centrée sur le rétablissement » désigne une approche du soin en santé mentale qui reconnaît **le rétablissement personnel comme l'objectif prioritaire des accompagnements** (Slade, 2009b). Elle émerge à la fin des années 1990 sous l'impulsion des mouvements C/S/X. Ces derniers revendiquent à la fois la reconnaissance de la possibilité de se rétablir d'un trouble psychique, et la nécessité de transformer les services de santé mentale pour soutenir le rétablissement (Andresen et al., 2011). L'enjeu est de passer d'une conception médicale du soin, centrée sur la réduction des symptômes, à une conception « orientée rétablissement », qui viserait avant tout à promouvoir une vie épanouissante et signifiante dans la communauté (Davidson, 2016; Davidson et al., 2021; Subandi et al., 2023). Cette volonté militante de redéfinir les soins en santé mentale autour du rétablissement s'illustre dans la citation suivante de Tenney (2000) : « *Le rétablissement n'est plus l'exception. Le rétablissement est la perspective* ».

Cette orientation postule que les services doivent miser sur les possibilités de rétablissement, plutôt que de se limiter à la gestion des traitements pharmacologiques ou à l'adaptation des personnes à leurs difficultés (Andresen et al., 2011). Le constat de l'insuffisance, voire de l'incompatibilité de ces objectifs traditionnels du soin avec le rétablissement met en évidence la nécessité de redéfinir les pratiques d'accompagnement (Andresen et al., 2011; Slade, 2009c, 2009b). En effet, bien que les professionnels de santé mentale ne puissent pas directement « rétablir » les personnes, les services de santé mentale peuvent faciliter (ou entraver) le processus de rétablissement (Farkas, 2007).

Dans les premières décennies des mouvements C/S/X, les témoignages des personnes concernées ont ainsi souligné principalement la manière dont le système de santé mentale traditionnel, biomédical, peut constituer un obstacle au rétablissement. Judi Chamberlin, figure pionnière du mouvement, décrit ainsi son expérience des soins : « *J'ai passé environ cinq mois dans six hôpitaux psychiatriques. Cette expérience m'a totalement démoralisée. Je ne m'étais jamais considérée comme particulièrement forte, mais après l'hospitalisation, j'étais convaincu de ma propre inutilité. On m'avait dit que je ne pourrais pas exister en dehors d'une*

institution. […] J'ai dû me battre contre un terrible sentiment d'infériorité, croyance qui m'avait été transmise par les personnes que j'avais un jour considéré comme des soignants. Il a fallu des années avant que je m'autorise à ressentir de la colère contre un système qui m'avait enfermée, m'avait refusé le contact chaleureux et signifiant d'autres êtres humains, m'avait droguée, et m'avait rendue confuse au point que je puisse considérer ce traitement comme une aide ». (Chamberlin, 1978). Patricia Deegan, autre porte-parole majeure, décrit de façon similaire les effets délétères d'une approche centrée uniquement sur les traitements pharmacologiques : « *Au moment où nous avions le plus besoin d'être aux côtés de nos proches, nous avons été emmenés dans des endroits lointains. A l'âge de 14, 17, ou 22 ans, on nous a dit que nous étions atteints d'une maladie incurable. On nous a dit de prendre des médicaments qui nous ont fait jurer et trembler, qui ont volé l'énergie de nos jeunes corps, qui nous ont fait nous mouvoir raides comme des zombies. On nous a dit que si nous prenions ces médicaments pour le reste de notre vie, nous pourrions peut-être retrouver un semblant d'existence. On nous a continuellement répété que ces médicaments étaient bons pour nous, et pourtant nous pouvions sentir les neuroleptiques à haute dose nous transformer en coquilles vides. Nous nous sommes sentis comme des âmes dénuées de volonté, des morts vivants, à mesure que s'installaient une indifférence anesthésiante et l'apathie causée par les médicaments*. » (Deegan, 1996).

A l'inverse, les personnes concernées identifient des manières dont le système de santé mentale pourrait soutenir le rétablissement. Certaines insistent sur l'importance de services personnalisés, centrés sur les individus et leurs besoins : *« Le chemin vers la guérison est unique, et il n'y a rien qui puisse fonctionner pour tout le monde, car chaque individu possède une combinaison unique de ressources et de besoins physiques, intellectuels, psychologiques, sociaux, spirituels et économiques. Ce en quoi nous croyons, c'est que chaque individu est en mesure d'identifier les facteurs qui faciliteront son rétablissement. Ce que nous voulons, c'est des services de santé mentale qui s'occupent d'aider les personnes à identifier quels facteurs faciliteront leur rétablissement. C'est d'une importance capitale, car les services gérés par des spécialistes, focalisés sur le handicap, la déficience et le diagnostic, manquent désespérément de liberté de choix, du sentiment de pouvoir d'agir, et des compétences de résolution de problèmes qui amèneront les personnes vers le rétablissement. »* (Tenney, 2000). D'autres insistent sur la nécessité de repenser les relations d'aide autour de véritables partenariats, visant à collaborer pour le rétablissement : « *Les implications d'une orientation rétablissement pour les services […] sont que les professionnels apprendront de nous, à mesure que nous*

travaillerons ensemble à définir ce que signifie le bien-être pour chacun d'entre nous, individuellement, et à explorer comment aborder et soulager les symptômes qui nous empêchent de vivre des vies pleines et riches. […] les professionnels de santé ne devraient pas seulement fournir des soins, mais aussi travailler avec la personne pour prendre des décisions concernant le traitement et la vie. Nous, qui faisons l'expérience de symptômes, réclamons d'être traités en partenaires adultes. » (Mead & Copeland, 2000).

Ces contributions esquissent les principes clés qui sous-tendraient des soins facilitant le rétablissement personnel : abandonner toutes formes de pratiques coercitives ; proposer des accompagnements personnalisés, adaptés aux besoins et préférences uniques des personnes ; reconnaître que les personnes sont expertes de leur vécu ; laisser aux personnes la possibilité de décider pour elles-mêmes dans tous les aspects du soin (choix libres et éclairés) ; mettre l'accent sur des relations plus symétriques entre professionnels et usagers des services ; développer des relations de partenariat, de collaboration et de respect mutuel, etc. (Acuff, 2000; Bassman, 2000; Glass & Arnkoff, 2000; Lynch, 2000; Mead & Copeland, 2000; Tenney, 2000). Nous présenterons dans les sections suivantes les valeurs et principes qui sous-tendent cette approche (voir page 45). Néanmoins, la mise en œuvre de ces principes suppose **une transformation profonde** de la culture du soin, des services et des pratiques d'accompagnement (Farkas et al., 2005; Perkins & Slade, 2012; Schrank & Slade, 2007). Cette exigence de transformation a conduit les mouvements C/S/X à porter des revendications politiques visant à réorienter les systèmes de santé mentale (Andresen et al., 2011; Crowley, 1997; Frese & Davis, 1997; Jacobson & Curtis, 2000). Des associations de personnes concernées, telles que le *National Empowerment Center*, la *National Alliance for the Mentally Ill*, ou encore le *World Network of Users and Survivors of Psychiatry*, ont ainsi joué un rôle actif de plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour la transformation des pratiques et objectifs de soin. Une étape supplémentaire pour le développement de l'approche a été le soutien apporté par la communauté scientifique. Anthony (2000), publie un article fondateur définissant des standards pour un système de santé mentale orienté rétablissement. L'article appelle à **faire du rétablissement personnel « la philosophie fondatrice » des soins**. Conformément aux revendications initiales des mouvements C/S/X (e.g., Chamberlin, 1978), il soutient la nécessité d'intégrer pleinement les personnes concernées et leurs proches/familles à la fois dans la conception, la prestation et l'évaluation des services de santé mentale. L'auteur propose des standards pour intégrer la notion de rétablissement au cœur des accompagnements : repenser quels services sont proposés aux personnes et avec quels objectifs, la manière dont ces services

sont interconnectés, la manière d'en évaluer la performance, la façon d'attribuer les financements, etc.

2.1.2 Déploiement international de l'approche orientée rétablissement

Par la combinaison du militantisme des mouvements C/S/X et du développement croissant des recherches démontrant les possibilités de rétablissement (décrites dans le chapitre précédent), plusieurs pays ont progressivement réformé leur système de santé mentale pour développer une approche orientée rétablissement (pour revue voir Melillo et al., 2025; Pincus et al., 2016; Subandi et al., 2023). Aux Etats-Unis par exemple, cette orientation a été légitimée politiquement en 2003 par la parution d'un rapport commandé par la présidence Bush, auquel ont participé plusieurs associations de personnes concernées (President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003). Ce rapport reconnaît non seulement la possibilité du rétablissement des troubles psychiques, mais en fait l'objectif central d'une « *transformation fondamentale de la manière dont le soin en santé mentale est délivré aux Etats-Unis* ». Selon le rapport, cette transformation doit s'appuyer sur deux principes fondamentaux : i) les services et les traitements doivent être centrés sur les usagers et leurs familles, destinés à donner aux usagers des choix réels et impactants concernant les prestataires et options de traitement – et non orientés par les priorités administratives, et ii) le soin doit prioriser l'amélioration de la capacité des usagers à s'adapter aux défis de la vie, à faciliter le rétablissement, et à construire de la résilience – et non seulement à gérer les symptômes.

Pincus et al. (2016) ont analysé l'implémentation de l'approche orientée rétablissement dans dix pays industrialisés. Leurs résultats montrent que cette implémentation a d'abord concerné principalement les pays anglo-saxons (Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Canada, États-Unis), avant de s'étendre plus récemment à des pays d'Europe occidentale (Allemagne, Pays-Bas, Norvège). Les modalités d'implémentation se sont révélées diverses selon les contextes nationaux. Les pays anglo-saxons ont rapidement intégré le rétablissement personnel comme **principe directeur de leurs politiques nationales** de santé mentale. Ils ont proposé des modifications législatives importantes articulées autour de **plans d'action stratégiques** qui définissent des objectifs concrets de transformation des services et pratiques. On peut par exemple citer la Nouvelle Zélande avec dès 1998 la publication du « Blueprint » de la Commission de Santé Mentale de Nouvelle-Zélande (Mental Health Commission, 1998) renouvelé en 2012 par un plan de développement stratégique pour la santé mentale (Ministry of Health, 2012) ; l'Angleterre dès 2001 (Department of Health, 2001) ; les Etats-Unis avec le rapport précédemment exposé de 2003, puis avec le plan d'action 2011-2014 de la Substance

Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2011) ; l'Australie dans son plan d'action de santé mentale 2009-2014 (Commonwealth of Australia, 2009) ; ou encore le Canada avec le plan d'action de 2012 (Mental Health Commission of Canada, 2012). Certains pays, notamment les États-Unis et l'Australie, ont développé avec les personnes concernées et leurs proches **des consensus sur la définition du rétablissement et les pratiques qui le soutiennent** (e.g., SAMHSA, 2004). Ces consensus ont ensuite permis l'élaboration de standards de pratiques et de services à l'échelle nationale (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2010, 2013b; SAMHSA, 2010; Sheedy & Whitter, 2009). L'implémentation s'est également appuyée sur des stratégies de dissémination des bonnes pratiques. Plusieurs pays ont créé directement **des guides de bonnes pratiques** destinés aux professionnels (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2013a; Mental Health Commission of Canada, 2015; Tondora & Davidson, 2006). Des programmes de **formation des professionnels** et d'accompagnement au changement des structures ont été financés, tels que le programme BRSS-TACS (Bringing Recovery Supports to Scale Technical Assistance Center Strategy) aux États-Unis, ou l'initiative ImROC (Implementing Recovery through Organizational Change) en Angleterre. Enfin, un travail important a été mené pour i) développer des **outils d'accompagnement au changement**, notamment des mesures reflétant l'orientation rétablissement des structures (e.g., Scottish Recovery Indicator, MacGregor et al., 2013 ; Recovery Self Assessment Scale, O'Connell et al., 2005), et ii) mettre en place un **recueil systématique d'indicateurs** liés au rétablissement personnel dans les structures de soins. L'objectif de ce recueil étant notamment d'évaluer la performance des structures dans leur mission de soutien au rétablissement. L'analyse de Pincus et collaborateurs révèle une diversité des approches nationales et des niveaux d'implémentation très variables : les pays européens étudiés (Norvège, Pays-Bas, Allemagne) témoignent d'une intégration plus récente de cette approche, sans les transformations politiques majeures observées dans les pays anglo-saxons. Enfin, les auteurs identifient plusieurs facteurs critiques pour l'implémentation de l'approche orientée rétablissement : modifications législatives, développement d'un référentiel commun, financement de recherches dédiées, adhésion des principaux acteurs (personnes concernées, professionnels, financeurs et décideurs politiques), et sensibilisation de l'ensemble des acteurs (y compris le grand public) pour favoriser un changement du regard porté sur les troubles psychiques et le rétablissement.

2.1.3 Recommandations et lien avec l'approche centrée sur les droits

Le déploiement d'une approche orientée rétablissement des soins en santé mentale fait depuis quelques années l'objet de **recommandations internationales**, notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021). En effet, l'OMS reconnaît en cette approche un moyen important de **promouvoir les droits humains fondamentaux** des personnes concernées par un trouble psychique (encadrés par la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées), ce qui constitue une priorité majeure pour l'ensemble des systèmes de santé mentale à travers le monde. L'OMS vise notamment l'abolition de toute pratique coercitive dans les soins en santé mentale : les personnes doivent pouvoir décider pour elles-mêmes dans tous les aspects du soin. Ainsi, l'approche orientée rétablissement est décrite comme fondamentalement compatible avec l'approche centrée sur les droits, qui vise à prévenir la violation des droits humains dans les parcours de soin, ainsi que l'inscription des droits humains au cœur des organisations et de leur offre (Porsdam Mann et al., 2016). Le développement de services et pratiques orientés rétablissement est également au cœur de l'initiative Quality Rights de l'OMS, qui y consacre un module dédié de formation (OMS, 2019). Le déploiement de l'approche orientée rétablissement est également promu par la World Psychiatric Association, à la fois comme une alternative viable aux pratiques coercitives, mais également comme un moyen d'améliorer la qualité des soins en santé mentale (Herrman et al., 2022; WPA, 2020).

Les approches centrées sur les droits et sur le rétablissement sont donc étroitement liées. Elles trouvent notamment des racines historiques communes dans les mouvements militants pour les droits civiques des personnes handicapées. Aux Etats-Unis, l'inscription du handicap d'origine psychique dans l'American With Disabilities Act (1990) fut ainsi centrale dans la reconnaissance du droit fondamental pour les personnes concernées par un trouble psychique à « *vivre, travailler, étudier, et participer pleinement à la communauté* » (Davidson et al., 2021). En France, cette reconnaissance s'est faite par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, dite « loi handicap », qui garantit aux personnes vivant avec un handicap psychique « *l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens, ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* ». En outre, certains aspects clés du processus de rétablissement comme l'inclusion sociale, la non-discrimination, ou le fait de décider pour soi-même sont des droits fondamentaux des personnes concernées par un trouble psychique tels que définis par la CIDPH (Organisation des Nations Unies, 2006).

Le lien entre les approches centrées sur les droits et le rétablissement a fait l'objet d'une publication dans la Revue Générale de Droit Médical, dont la référence est la suivante :

Felix, S. (2024). Pouvoir d'agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale. *Revue Générale de Droit Médical*, *90*, 77-87.

L'article est disponible en Annexe 1.

En conclusion, l'orientation rétablissement du système de santé mentale est donc un enjeu important pour l'évolution de la discipline psychiatrique. Elle implique des acteurs divers et une volonté politique de transformation des services et pratiques de soins. Cette reconnaissance politique du rétablissement comme objectif central des systèmes de santé mentale soulève une question pratique fondamentale : comment les structures et les professionnels peuvent-ils concrètement soutenir le rétablissement des personnes qu'ils accompagnent ? La section suivante aborde en détail la notion de « pratique orientée rétablissement ».

2.2 Pratiques et services orientés rétablissement

2.2.1 Définition

L'« **orientation rétablissement** » est un adjectif utilisé pour désigner le degré avec lequel les professionnels et les services tentent de soutenir ou promouvoir le rétablissement personnel. L'orientation rétablissement englobe ainsi différents aspects des pratiques et de la prestation de services qui contribuent au rétablissement (Williams et al., 2012). Il s'agit de considérer qu'au-delà du travail individuel des professionnels de santé, l'offre de soin en elle-même, et la manière dont elle est délivrée collectivement constituent un levier à part entière pour promouvoir le rétablissement (Anthony, 1993, 2000; Farkas, 2007; Farkas et al., 2005). On distingue donc dans la littérature à la fois un niveau individuel de pratique (« recovery-oriented practice ») et un niveau plus collectif (« recovery-oriented service delivery »). Cette distinction a d'importantes implications pour la pratique et la recherche, car elle suggère des modalités d'implémentation et d'évaluation différentes. Cependant, il faut noter que le terme de **pratique orientée rétablissement (POR)** est souvent utilisé de manière générique, pour désigner plus largement tout ce que font les professionnels pour aider les personnes et leurs proches dans leur démarche de rétablissement personnel (Davidson et al., 2016).

Une définition plus précise des POR a été élaborée par le Ministère de la Santé Australien dans un guide à destination des professionnels de santé mentale : « *Les POR désignent l'application [par les professionnels, les équipes et les structures] d'un ensemble de moyens qui aident les personnes à reconnaître et à prendre la responsabilité de leur propre rétablissement et bien-être, ainsi qu'à définir leurs objectifs, leurs souhaits et leurs aspirations. Les moyens nécessaires à une pratique et à une prestation de services orientées rétablissement englobent des principes fondamentaux sous-jacents, des valeurs, des connaissances, des attitudes et comportements, ainsi que des aptitudes et des compétences.* » (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2013a). Cette définition souligne que le travail des professionnels n'est pas de rétablir les personnes, mais plutôt de les accompagner à s'engager et à s'investir dans leur propre chemin de rétablissement, et de les aider à identifier ce qui est important pour elles. Elle permet également de souligner la diversité des éléments constitutifs des POR. Les principaux modèles théoriques, présentés ci-dessous, tentent justement de synthétiser ces différents éléments.

2.2.2 Conceptualisations et modèles

2.2.2.1 Les POR comme une philosophie de pratiques

Une conception bien établie dans la littérature est que les POR consistent à adhérer à un ensemble de valeurs et principes fondamentaux, qui guident la pratique pour promouvoir le rétablissement (Farkas, 2007; Oades & Anderson, 2012; Pachoud et al., 2019). En cela, les POR sont fréquemment décrites comme une philosophie de pratiques (Le Boutillier et al., 2011). De nombreuses sources décrivent ainsi les valeurs et principes des POR. Par exemple, Farkas et al. (2005) identifient, sur la base d'un consensus d'experts, quatre valeurs clés des POR présentées dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Valeurs clés des pratiques orientées rétablissement selon Farkas et al. (2005)

Valeur	Contenu
Orientation vers la personne	Se concentrer avant tout sur l'individu en tant que personne, avec ses forces, ses talents, ses intérêts ainsi que ses limites, plutôt que de le considérer comme un « cas » présentant des signes de maladie.
Implication de la personne	Mettre l'accent sur le droit des personnes à être pleinement partenaires dans tous les aspects de leur rétablissement, y compris dans la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du service qui soutient leur rétablissement.

Auto-détermination / choix	Mettre l'accent sur le droit des personnes à prendre elles-mêmes des décisions ou à faire des choix concernant tous les aspects de leur processus de rétablissement, y compris : définir les objectifs et résultats qu'elles souhaitent atteindre, choisir les services privilégiés pour atteindre ces résultats, décider quand elles souhaitent s'engager ou se désengager des services.
Potentiel de croissance	Se focaliser sur la capacité inhérente de toute personne à se rétablir, et ce peu importe là où en est actuellement la personne vis-à-vis du handicap, qu'elle soit submergée par ce dernier, en difficulté avec, en train de vivre avec, ou l'ayant dépassé.

Comme l'explique Slade (2009a), le travail de soutien au rétablissement commence par la considération de ces valeurs fondamentales, et leur utilisation comme support à la prise de décision. Pour cet auteur, cela nécessite à la fois i) de rendre ces valeurs explicites et visibles dans les organisations de santé, ii) d'ancrer ces valeurs dans les pratiques des professionnels, et iii) d'adapter les pratiques en fonction des retours quant à leur efficacité. L'intérêt d'expliciter les valeurs est notamment d'encourager les professionnels à être attentifs non seulement aux valeurs générales du rétablissement, mais également aux valeurs individuelles des personnes accompagnées, qui sous tendent leurs objectifs de vie et leur identité (Pachoud et al., 2019).

2.2.2.2 Modèle de LeBoutillier et al. (2011)

Le Boutillier et al. (2011) ont réalisé une revue systématique de 30 guides pratiques publiés à l'international. Une analyse de contenu par synthèse thématique a permis aux auteurs de créer un cadre conceptuel des principales dimensions des POR, présenté ci-dessous dans la Figure 3. Ce modèle théorique identifie quatre domaines de pratiques essentiels pour soutenir le rétablissement personnel.

1) Le premier domaine est **la promotion de la citoyenneté** : les professionnels et les services aident les personnes qui vivent avec un trouble psychique à participer pleinement à la société et à vivre comme des citoyens égaux. Cela implique notamment de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, mais aussi de considérer les individus comme des personnes à part entière, non-définies par leur diagnostic ou usage des services. Les professionnels doivent connaître et respecter les droits des personnes concernées et de leurs proches, pouvoir les en informer. Ils doivent soutenir l'inclusion sociale, la participation effective de la personne à la

communauté, en s'appuyant sur des réseaux extérieurs aux services de santé mentale. Enfin, ils doivent pouvoir soutenir les personnes à participer à des activités qui ont du sens pour elles, et les aider à identifier et s'épanouir dans des rôles sociaux et objectifs de vie valorisés.

2) Le deuxième domaine est **la relation de travail** : les professionnels doivent chercher à construire des **relations de partenariat et de collaboration** avec les personnes qu'ils accompagnent, dans lesquelles elles peuvent prendre des décisions pour elles-mêmes. Il s'agit de promouvoir l'autonomie des personnes plutôt que l'autorité, et de reconnaître qu'elles sont expertes de leur propre vécu. La capacité de cette relation à inspirer l'espoir, par une croyance authentique dans les possibilités de rétablissement, est une caractéristique essentielle.

3) Le troisième domaine est le **soutien au rétablissement tel que défini par la personne** : les professionnels doivent considérer le soutien au rétablissement comme le cœur de leur pratique, et aider les personnes à définir leurs propres besoins, objectifs, et plans pour le futur afin de personnaliser les accompagnements. Il s'agit de promouvoir les préférences des personnes, leur autonomie et autodétermination, mais aussi d'être prêt à prendre des risques calculés, accompagner les personnes à essayer des choses importantes pour elles, quitte à échouer. Les personnes doivent pouvoir faire **des choix libres et éclairés**, ce qui nécessite pour les professionnels de leur fournir toutes les options et informations nécessaires, dans un format et temporalité adaptés. Les professionnels et les services doivent avoir une approche holistique, être en mesure de répondre à la diversité des besoins (physiques, émotionnels, sociaux, spirituels, etc.). Ils se focalisent sur les forces et les ressources des personnes, au-delà des simples capacités individuelles (e.g., les succès dont elles sont fières, leurs stratégies au quotidien, les personnes qu'elles admirent). L'accès au **soutien par les pairs** est un élément essentiel, qui donne l'opportunité de se représenter les possibilités de rétablissement, de partager sa propre histoire et d'apprendre des autres.

4) Enfin, le dernier domaine concerne **l'engagement de l'organisation**, qui doit s'assurer que l'environnement de travail et la structure des services permettent de soutenir le rétablissement. Il s'agit de démontrer que le rétablissement est la philosophie centrale des services, notamment au travers des documents officiels définissant les missions et les valeurs de l'organisation. Il s'agit également de créer un cadre de travail permettant aux professionnels de soutenir le rétablissement, en intégrant les valeurs du rétablissement dans les politiques et procédures de l'organisation. Il faut prioriser la formation continue des professionnels, leur indépendance et leur bien-être afin qu'ils puissent soutenir au mieux le rétablissement, mais également recruter directement les professionnels sur la base de leurs connaissances et compétences en lien avec

le rétablissement. Les organisations doivent également faciliter les parcours de soins, améliorer la coordination et faciliter l'accès et le départ des services. Pour finir, les organisations doivent chercher à **intégrer les personnes concernées** et leurs proches à tous les niveaux, dans la conception, la prestation et l'évaluation des services. Les professionnels doivent soutenir l'implication des personnes concernées dans une démarche qualité, visant à améliorer continuellement les pratiques.

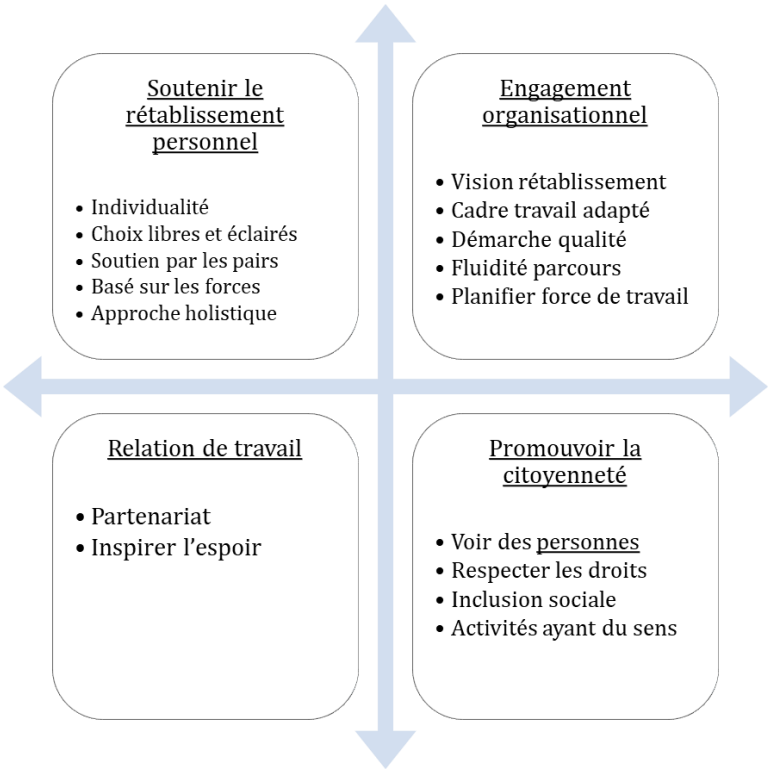


Figure 3. Modèle théorique des pratiques orientées rétablissement (Le Boutillier et al., 2011)

Le modèle de LeBoutillier permet donc d'appréhender la diversité des valeurs et principes qui sous-tendent les POR. Ces quatre domaines sont présentés comme équivalents et non hiérarchiques, chacun étant aussi important que les autres pour soutenir efficacement le rétablissement. Il n'existe pas à notre connaissance de validation empirique de ce modèle. Cependant, une revue récente de 13 guides pratiques par Subandi et al, (2023) a permis d'identifier des thèmes identiques.

2.2.2.3 Autres conceptualisations

Parmi les autres conceptualisations abouties des POR identifiées dans la littérature, figure également la contribution de Davidson et al. (2009). Les auteurs décrivent les POR comme un **changement profond de la relation d'aide, de la posture professionnelle**. Les professionnels sont décrits comme des guides, dont le travail est d'accompagner la personne

tout au long de son parcours de rétablissement. Par l'élaboration d'une relation de collaboration et de confiance mutuelle, les professionnels peuvent soutenir la personne à définir ses désirs, objectifs, aspirations et les moyens pour y parvenir. Le modèle est décrit plus avant par Felix, (2024), disponible en Annexe 1.

Enfin, les travaux de Slade (2009b) apportent un éclairage important en reliant les POR plus directement aux processus du modèle CHIME (Leamy et al., 2011). Pour cet auteur, les POR consistent concrètement à soutenir les personnes dans leurs projets individuels, et plus spécifiquement dans les différentes tâches qui peuvent jalonner les parcours de rétablissement (Pachoud et al., 2019). Ainsi, selon ce que les personnes identifient elles-mêmes comme important pour leur rétablissement, les professionnels peuvent : les accompagner à développer ou renforcer leurs relations (avec leurs proches, leurs pairs, des professionnels, voire des relations spirituelles) ; nourrir l'espoir des personnes ; les aider à (re)construire une identité positive ; les aider à (re)construire un sens sur leurs expériences ; ou les accompagner à apprendre à gérer elles-mêmes leur bien être et difficultés de santé mentale.

2.2.3 Comment sont évaluées les POR ?

De nombreuses mesures ont été développées pour évaluer l'orientation des pratiques et des services en santé mentale. Une revue systématique récente de Leamy et al. (2023) a permis d'identifier 10 instruments publiés dans la littérature, présentés dans le Tableau 3 ci-dessous. Les mesures recensées apparaissent très **hétérogènes**. On distingue des mesures de l'orientation rétablissement des professionnels (niveau individuel) et des échelles qui évaluent l'orientation rétablissement des services/systèmes (niveau collectif). Au niveau individuel notamment, les construits mesurés diffèrent fortement : certaines échelles évaluent les connaissances des professionnels quant au rétablissement, d'autres leurs attitudes vis-à-vis du rétablissement ou envers ses possibilités, et d'autres encore les compétences spécifiques pour le promouvoir. Plusieurs instruments sont mis en exergue dans cette revue systématique. La *Recovery Assessment Scale* (O'Connell et al., 2005), qui évalue l'orientation rétablissement des services, est la plus utilisée à l'international. L'échelle *INSPIRE*, qui évalue le soutien professionnel pour le rétablissement (du point de vue des personnes accompagnées), est signalée comme la mesure la plus cohérente avec les dimensions du modèle CHIME. Cependant, aucune des mesures identifiées ne peut être considérée comme « étalon ». Leamy et collaborateurs soulignent que leurs propriétés psychométriques demeurent **insuffisamment étudiées** : plusieurs instruments ne disposent d'aucune donnée de validité convergente, fidélité test-retest ou sensibilité au changement. De plus, aucune des mesures recensées n'a été créée sur la base du modèle de

LeBoutillier et al. (2011), ce qui constitue un frein important à leur validité. En résumé, s'il existe plusieurs mesures des POR, des efforts de recherche restent nécessaires pour améliorer les mesures existantes, ou en développer de nouvelles basées sur des modèles théoriques reconnus. A notre connaissance, aucune de ces mesures n'a été validée en contexte Français.

Tableau 3. Liste des mesures de l'orientation rétablissement des pratiques et services (Leamy et al., 2023)

Nom de l'échelle	Référence	Construit mesuré
Orientation rétablissement des professionnels		
Attitudes Towards Recovery Questionnaire (ARQ)	Mak et al., 2018	Attitudes envers le rétablissement
INSPIRE	Williams et al., 2015	Soutien au rétablissement par un professionnel
Providers Expectations for Recovery Scale (PERS)	Salyers et al., 2013	Estimation de la proportion des usagers de la file active qui atteindront des indicateurs de rétablissement
Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ)	Borkin et al., 2000	Attitudes concernant la croyance que les personnes avec un trouble psychique peuvent se rétablir
Recovery Knowledge Inventory	Bedregal et al., 2006	Croyances et attitudes au sujet des pratiques orientées rétablissement
Recovery Promoting Relationships Scale (RPRS)	Russinova et al., 2013	Compétences des professionnels à promouvoir le rétablissement
Orientation rétablissement des services/systèmes		
Recovery-Oriented Services Assessment (ROSA)	Lodge et al., 2018	Services orientés rétablissement
Recovery Self-Assessment (RSA)	O'Connell et al., 2005	Etendue des pratiques orientées rétablissement

Nom de l'échelle	Référence	Construit mesuré
Recovery Enhancing Environment Measure (REE)	Ridgway & Press, 2004	Contribution des services au rétablissement, climat organisationnel et autres aspects du rétablissement
RECOLLECT	Toney et al., 2019	Cohérence avec le modèle des « Recovery Colleges »

Pour conclure, si les POR sont au cœur des transformations dans le champ de la santé mentale, plusieurs limites demeurent importantes dans la littérature. Particulièrement, **la notion de POR souffre d'un manque de clarté conceptuelle**, qui se reflète dans l'hétérogénéité des outils employés pour le mesurer. Les POR impliquent à la fois d'adhérer à des principes et valeurs clés, des connaissances et attitudes vis-à-vis du rétablissement, ou bien des compétences spécifiques (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2013a; Pachoud et al., 2019). Cependant, nous n'avons identifié aucun modèle qui articule ces différentes dimensions. Enfin, les modèles théoriques disponibles sont principalement basés sur des données qualitatives et des consensus d'experts, et n'ont pas été validés empiriquement. Il existe donc un enjeu important pour la recherche et pour la pratique à préciser les dimensions théoriques des POR. Disposer de mesures valides permettrait également d'étudier quantitativement les mécanismes des POR, leurs effets, et les conditions de leur implémentation.

Malgré ces limites, la communauté scientifique a produit des efforts importants pour transformer les pratiques/services de santé mentale afin de mieux soutenir les personnes concernées par des troubles psychiques dans leur processus de rétablissement. La section suivante présente les programmes et interventions développés à cet effet.

2.3 Interventions promouvant le rétablissement

Winsper et al. (2020) ont mené une revue systématique des interventions contribuant au rétablissement personnel. Ils ont identifié quatre types d'interventions : les interventions d'auto-gestion/psychoéducation, de pair-aidance, d'inclusion sociale et les interventions visant à former les professionnels aux POR. Nous utilisons cette typologie pour présenter de manière non-exhaustive certaines interventions parmi les plus utilisées et étudiées. Il est important de

noter que la typologie employée n'est pas mutuellement exclusive, les différentes interventions présentées ci-dessous partageant de nombreux éléments.

2.3.1 Interventions d'auto-gestion / de psychoéducation

Les interventions d'auto-gestion / de psychoéducation reposent sur le principe du développement du pouvoir d'agir et de l'autonomie personnelle, en soutenant les personnes dans l'acquisition de connaissances et de compétences spécifiques.

2.3.1.1 Wellness and Recovery Action Plan (WRAP)

Le programme WRAP a été développé aux Etats-Unis par un groupe de personnes concernées, de proches, et de professionnels de santé, porté notamment par Mary-Helen Copeland (Copeland, 2002; Evans & Sault, 2012). L'intervention consiste à développer un plan de bien-être et de rétablissement, qui permet aux personnes de gérer au mieux leur santé mentale. Le principe clé de l'intervention est que les personnes mettent elles-mêmes au point ce plan, décident de ce qu'elles souhaitent ou non y voir figurer. Les modules consistent à définir ce qu'est le bien-être pour soi, identifier des éléments qui facilitent ce bien-être, et définir une routine permettant de le maintenir. D'autres modules se concentrent sur l'identification de déclencheurs, signes avant-coureurs de mal-être et de crise. Enfin, la dernière partie du WRAP consiste à créer un plan de crise, visant à documenter à l'avance les préférences des personnes (sur le traitement, les personnes de confiance à contacter, les directives de soins, etc.) pour les moments où elles ne seraient plus en mesure de prendre des décisions par elles-mêmes. Cela comprend également des critères de fin de crise définis par les personnes, indiquant que l'application du plan n'est plus nécessaire. Le programme peut être complété individuellement ou en groupe. A notre connaissance, le programme WRAP a été adapté en langue française, mais n'a pas été évalué scientifiquement en contexte Français. Concernant l'efficacité du programme, une revue systématique et méta-analyse par Canacott et al. (2019) a permis d'analyser n=5 essais contrôlés (dont deux randomisés). En post-intervention, le programme montre des effets positifs sur le rétablissement personnel, avec une petite taille d'effet. En revanche, aucun effet significatif de WRAP n'a pu être démontré sur la symptomatologie globale, anxieuse ou dépressive, bien que les effets puissent être masqués par la large hétérogénéité observée. Une revue systématique qualitative suggère des effets positifs du programme WRAP sur le rapport des participants aux problèmes de santé mentale (meilleure compréhension, acceptation, sentiment de contrôle, reconnaissance de l'importance du soutien social), et une amélioration de la qualité de la relation entre les professionnels et les usagers (Canacott et al., 2020).

2.3.1.2 Illness Management and Recovery (IMR)

Le programme IMR a été développé aux Etats-Unis, et a pour objectif d'accompagner des personnes à développer des stratégies et des compétences pour gérer leur trouble psychique et avancer dans leur rétablissement (Gingerich & Mueser, 2005; Mueser et al., 2006). Le cœur du programme consiste à accompagner les personnes à définir, planifier et atteindre des objectifs qu'elles jugent importants. Cet accompagnement s'articule autour de modules de psychoéducation, qui couvrent des thèmes divers (e.g., les stratégies pour le rétablissement, les différents troubles psychiques, stratégies de coping, médicaments). Le programme intègre des techniques issues de la remédiation cognitive et de la thérapie cognitivo-comportementale, avec des séances structurées, des exercices à faire chez soi, de la restructuration cognitive, du renforcement, etc. Le programme dure environ 4 à 8 mois quand il est complété individuellement, mais peut aussi être réalisé en groupe. Une échelle de mesure multidimensionnelle a été développée spécifiquement pour évaluer les effets du programme auprès des usagers, nommée *Illness Management and Recovery Scale* (IMRS, Salyers et al., 2007). A notre connaissance, le programme IMR a été adapté en langue française, mais n'a pas été évalué scientifiquement en contexte Français. Goh et al. (2023) ont récemment publié une revue systématique et méta-analyse de 14 essais contrôlés randomisés, dans laquelle ils ont évalué les effets du programme IMR. Concernant les effets sur le rétablissement personnel, le programme a montré un effet positif de taille moyenne en post-intervention, et de petite taille en suivi longitudinal. Des effets positifs ont également été identifiés sur le fonctionnement social et la connaissance des participants sur les troubles psychiques. En revanche, aucun effet significatif sur le fonctionnement psychosocial global n'a pu être mis en évidence.

2.3.1.3 Directives anticipées en psychiatrie (DAP)

Les DAP désignent un ensemble de démarches permettant à une personne présentant des troubles psychiques d'exprimer par avance ses préférences quant à son accompagnement, dans le cas d'un épisode entrainant une aggravation de sa santé mentale qui ne lui permettrait plus de faire valoir ses souhaits (HAS, 2025). Elles peuvent prendre la forme de documents écrits ou de déclarations orales, et sont plus ou moins contraignantes sur le plan légal selon les législations. Les DAP peuvent également permettre de désigner un tiers de confiance, pouvant agir au nom de la personne dans le cas où elle perdrait sa capacité décisionnelle (Zelle et al., 2015). Les DAP sont perçues comme un outil utile pour le rétablissement : elles peuvent promouvoir le sentiment de pouvoir d'agir et d'autodétermination de la personne, en lui permettant de choisir elle-même les modalités de traitement qui lui conviennent le mieux ; mais

également renforcer une relation de partenariat avec les professionnels (Scheyett et al., 2013; Zelle et al., 2015). Les personnes concernées sont particulièrement intéressées par les DAP, les percevant comme un moyen d'améliorer leur implication dans les soins (Braun et al., 2023). En termes d'effet, l'utilisation de DAP a montré une réduction importante de 25% de recours aux soins sans consentement (Molyneaux et al., 2019). Cependant, peu de recherches se sont intéressées aux effets bénéfiques des DAP sur le rétablissement. En contexte Français, un essai randomisé contrôlé récent, publié par Tinland et al. (2022) a testé l'implémentation de DAP encadrées par des pairs-aidants auprès de personnes concernées par des troubles psychiques sévères. Les résultats montrent que les DAP étaient associées à un moindre recours aux soins sans consentement. Les auteurs identifient également des effets positifs de petite taille sur la réduction des symptômes et l'empowerment, ainsi qu'un effet de taille moyenne sur le rétablissement personnel.

Dans leur globalité, les interventions d'auto-gestion sont efficaces sur le rétablissement personnel. Une revue systématique et méta-analyse par Lean et al. (2019) de n=37 essais randomisés contrôlés souligne des effets de taille modérée en post-intervention, et des effets importants lors du suivi longitudinal (temps moyen de 41 semaines). L'étude montre également des effets positifs à long-terme de ce type d'interventions sur la symptomatologie, les hospitalisations, le pouvoir d'agir, le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie. Les auteurs recommandent l'implémentation systématique d'interventions d'auto-gestion dans les soins en santé mentale.

2.3.2 Pair-aidance

La pair-aidance (peer support) désigne le soutien et les services fournis aux personnes avec des difficultés psychiques par d'autres personnes ayant fait l'expérience par eux-mêmes de difficultés psychiques (Davidson, Chinman, et al., 2006). La pair-aidance en santé mentale existe à la fois dans une forme informelle (groupes d'entraide, associations), et dans une forme professionnalisée. Les pairs-aidants professionnels suivent une formation diplômante qui valide des compétences, des savoirs et des connaissances, et sont aussi communément appelés pairs-aidants certifiés, ou médiateurs de santé-pair (Cloutier & Maugiron, 2016). En France, le Centre Collaborateur de l'OMS porte le programme « Médiateurs de Santé Pairs » depuis 2012, qui vise à former et accompagner l'embauche de personnes concernées dans des structures de santé mentale hospitalières et médico-sociales.

2.3.2.1 Pair-aidance professionnelle

Plusieurs composantes uniques du travail des pairs-aidants professionnels ont été identifiées, et englobent i) la promotion de l'espoir par le dévoilement de soi, le pair-aidant pouvant avoir un rôle de « modèle » que le rétablissement est possible ; ii) l'utilisation du savoir expérientiel, qui apporte un regard différent sur la gestion des troubles et de leurs conséquences dans les divers aspects de la vie, et iii) la nature même de la relation de travail avec les usagers, supposée plus symétrique, empathique (Davidson et al., 2012). La littérature concernant la pair-aidance professionnelle s'est largement développée dans les 20 dernières années : une revue parapluie récente par Cooper et al. (2024) a identifié 35 revues systématiques ou méta-analyses sur les effets de la pair-aidance. Parmi elles, cinq méta-analyses sur sept rapportaient des effets positifs de la pair-aidance sur le rétablissement personnel (Lloyd-Evans et al., 2014; Lyons et al., 2021; Peck et al., 2023; Wang et al., 2022; White et al., 2020), avec des tailles d'effet petite à moyenne. Ces études montrent également la grande diversité des formes prises par la pair-aidance professionnelle : services entièrement gérés par des pairs-aidants, case-management, coaching, dispense d'interventions pro-rétablissement, accompagnement à l'inclusion sociale, etc. (e.g., White et al., 2020).

2.3.2.2 Pair-aidance hors des services de santé mentale

La pair-aidance informelle est très diversifiée, et il est donc difficile d'en dresser un panorama complet. On peut cependant citer certains modèles de pair-aidance informelle (pour revue voir Dubreucq, 2018).

2.3.2.2.1 Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures associatives qui proposent un espace de discussion, de soutien et d'entraide mutuelle pour des personnes concernées par un trouble psychique (Le Callonnec et al., 2022). En France, leur création a été structurée par la loi du 11 Février 2005. Un principe fondamental des GEM est que les personnes n'y sont pas distinguées par leur étiquette diagnostique, mais plutôt par leur implication dans les diverses activités de l'association. Les GEM ont pour fonction de faciliter l'inclusion et la participation sociale des personnes, qui les décrivent comme des espaces de transition entre les lieux de soin et la vie en société (Troisoeufs, 2009; Valran, 2021). Une évaluation qualitative des GEM a été réalisée par la Fédération Nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations (ANCREAI, 2017). Elle montre que les GEM peuvent contribuer au rétablissement, en aidant les personnes à sortir de leur isolement social et en promouvant leur pouvoir d'agir par la prise de décision et de responsabilités individuelles et collectives.

2.3.2.2.2 Clubhouse

Le modèle du Clubhouse est né aux Etats-Unis dans les années 1940, avec des lieux comme la Fountain House à New York où la Horizon House à Philadelphie. Les Clubhouses sont des structures communautaires, qui accueillent des personnes concernées par des troubles psychiques (les membres) sur les horaires d'une journée de travail, entre 9h et 18h du lundi au vendredi (voir Bouvet et al., 2015 pour revue). Les membres le sont à vie, et peuvent venir quand ils le souhaitent. Les Clubhouses emploient des salariés (le staff) volontairement sous-représentés en nombre pour faciliter la participation des membres. Les journées sont organisées autour d'ateliers divers (administration, maintenance, planification d'activités, adhésions, formation, etc.) cogérés par les membres et le staff. Les Clubhouses fonctionnent sur des principes d'auto-gestion (locaux, repas, activités) et de pair-aidance informelle : les activités s'effectuent à minima en binôme de membres. Les Clubhouses ont plusieurs objectifs, notamment sortir les personnes de l'isolement et recréer du lien social, promouvoir un sentiment de pouvoir d'agir et de contribution à la communauté. Ils proposent des accompagnements au logement et à l'emploi en milieu ordinaire, et effectuent des missions de sensibilisation et déstigmatisation des troubles psychiques auprès de différents acteurs de la société civile. Le modèle Clubhouse s'est implanté en France à partir de 2011, et compte aujourd'hui 12 sites répartis sur le territoire national. Plusieurs revues de littérature ont été publiées concernant les effets des Clubhouses pour les personnes concernées (Battin et al., 2016; Hinchey et al., 2023; McKay et al., 2018; Yan et al., 2021). Des effets positifs ont été retrouvés sur la qualité de vie, le rétablissement (bien que peu d'études aient intégré des mesures directes), la connectivité et l'inclusion sociale, l'emploi ou encore la réduction des hospitalisations. Des méta-analyses restent cependant nécessaires pour approfondir l'ampleur de ces effets et les biais potentiels des études disponibles.

2.3.2.2.3 Recovery Colleges

Les « *Recovery Colleges* » désignent des structures communautaires, qui visent à soutenir les personnes concernées par des troubles psychiques dans leur rétablissement, par une approche de formation continue, d'enseignements pour adultes (McGregor et al., 2014; Perkins et al., 2012). Dans ces structures, les personnes sont définies avant tout par le statut d' « étudiants », et les enseignements sont généralement ouverts à la fois aux personnes concernées par des troubles psychiques, aux familles/proches, ou aux professionnels de santé. Les enseignements visent à soutenir le développement de compétences et de ressources nécessaires pour vivre une vie satisfaisante malgré les difficultés de santé mentale (Takhi et al.,

2025). Une grande diversité d'enseignements est proposée, couvrant entre autres des domaines comme l'auto-gestion du bien-être, les troubles psychiques et leurs symptômes, la santé physique, la stigmatisation, etc. (voir Takhi et al., 2025 pour revue). Une spécificité des Recovery Colleges est la pleine reconnaissance du savoir expérientiel, mis au même niveau que les savoirs académiques et cliniques. Cela se traduit par la co-production des enseignements, qui peuvent être réalisés par des personnes concernées directement, et par un apprentissage collectif dans lequel on apprend des expériences de chacun (Thompson et al., 2021). Les Recovery Colleges fournissent un environnement favorisant le pouvoir d'agir, facilitent l'épanouissement personnel, permettent d'explorer des relations sociales de différentes natures, et renversent le déséquilibre de pouvoir tel qu'il peut exister dans les services de santé mentale (Toney et al., 2018). Un programme de recherche international nommé RECOLLECT (https://www.researchintorecovery.com/research/recollect/) étudie actuellement les effets des Recovery Colleges sur leurs étudiants, avec la mise en place d'un suivi longitudinal sur une année (Hayes et al., 2022). Le modèle trouve son origine en Angleterre, et s'est depuis exporté partout dans le monde, notamment en France, où se sont développés deux « Centres de Formation au Rétablissement (CoFoR) » à Marseille en 2017 puis plus récemment à Lille.

2.3.3 Interventions visant l'inclusion sociale

La participation pleine et effective à la société constitue une dimension essentielle du rétablissement. Plusieurs interventions ont donc été développées pour soutenir les personnes concernées par des troubles psychiques dans leur inclusion sociale. Tout en reconnaissant qu'elles relèvent du champ plus large de la réhabilitation psychosociale, nous présentons ci-dessous quelques exemples qui s'inscrivent plus explicitement dans le mouvement du rétablissement personnel.

2.3.3.1 Individual Placement and Support (IPS)

Le modèle IPS est né aux Etats-Unis, dans l'objectif d'accompagner les personnes concernées par des troubles psychiques sévères à trouver et se maintenir dans l'emploi (voir Drake & Bond, 2023 pour revue récente). Il s'agit du modèle d'accompagnement à l'emploi le plus étudié dans la littérature scientifique en santé mentale (Suijkerbuijk et al., 2017). Parmi les principes fondamentaux du modèle IPS, les personnes sont accompagnées en priorité à l'emploi en milieu ordinaire, dans des emplois correspondants entièrement à leurs souhaits et préférences, et sans critères spécifiques de stabilité symptomatique ou d'expérience professionnelle. Les personnes peuvent ensuite bénéficier d'un accompagnement personnalisé sur le long terme de soutien dans l'emploi. Le modèle IPS s'est implanté en France ces dernières

années, notamment par la multiplication de dispositifs d'emploi accompagné (voir de Pierrefeu, 2017; Marec, 2024), et le développement du modèle « Working First » (Bouloudnine et al., 2022). A l'international, il a fait l'objet de très nombreuses évaluations scientifiques, avec plus une dizaine de méta-analyses disponibles (e.g., Brinchmann et al., 2020; De Winter et al., 2022; Frederick & VanderWeele, 2019; Metcalfe et al., 2018; Suijkerbuijk et al., 2017). Le modèle IPS démontre globalement des effets positifs sur les taux d'emploi en milieu ordinaire (avec un rapport de risque moyen de 2.16), mais aussi sur le délai du premier emploi, l'ancienneté sur le poste, le salaire moyen, etc. (Drake & Bond, 2023). Le modèle ne démontre cependant pas d'effet direct sur la santé mentale : une méta-analyse par Wallstroem et al. (2021) spécifiquement focalisée sur les effets sur le rétablissement personnel et clinique n'a démontré aucun effet significatif. En revanche, leurs résultats montrent que l'emploi en milieu ordinaire, surtout sur le temps long, est associé à moins de symptômes négatifs, un meilleur fonctionnement psychosocial, et une meilleure qualité de vie subjective.

2.3.3.2 Housing First

Le programme *Housing First* s'adresse à des personnes sans abri présentant des troubles psychiques sévères. Il vise à soutenir le rétablissement en répondant d'abord au besoin fondamental qu'est le logement. Il s'agit d'accompagner les personnes à trouver rapidement un logement stable dans le parc privé. A cette action s'ajoute un service mobile d'accompagnement proposant des visites à domicile, qui aide le bénéficiaire à conserver son logement, améliorer son état de santé, son bien-être et son intégration sociale, le tout en restant vigilant à ce qu'il conserve un niveau élevé de choix et de contrôle (Chaiban, 2020). Le soutien au rétablissement personnel est cœur de l'accompagnement en santé mentale proposé, avec un accent particulier sur la lutte contre la stigmatisation, la prise de décision libre et éclairée, et la promotion de l'espoir pour le rétablissement (Estecahandy et al., 2015). Plusieurs revues de la littérature portant sur les effets du programme Housing First ont été publiées dans la littérature scientifique (e.g., Baxter et al., 2019; Greenwood et al., 2020; Peng et al., 2020; Richter & Hoffmann, 2017; Saldanha et al., 2024; Woodhall-Melnik et al., 2025; Woodhall-Melnik & Dunn, 2016). Une méta-analyse par Baxter et al. (2019) fait état d'effets positifs du programme sur la symptomatologie auto-rapportée, la qualité de vie subjective, ou encore la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations. Les participants suivis entre 18 et 24 mois avaient 2.5 fois plus de probabilités d'être dans un logement stable, et y restaient plus longtemps. Une revue du programme Housing First dans 7 pays Européens par Greenwood et al. (2020) montre un effet positif modéré du programme sur le sentiment d'intégration dans la communauté. Le

programme a été adapté en contexte Français, et a fait l'objet d'une évaluation nationale entre 2011 et 2016, pilotée par la Délégation Interministérielle pour l'Hébergement et l'Accès au Logement (DIHAL). Un essai contrôlé randomisé multicentrique a montré sur un suivi longitudinal de deux ans une réduction du temps d'hospitalisation, une plus grande stabilité du logement, et une meilleure qualité de vie subjective pour les personnes (Tinland et al., 2020). Le suivi longitudinal à quatre ans confirme ces résultats (Loubière et al., 2022). Concernant le rétablissement personnel, bien que les participants aient rapporté une amélioration significative, cette amélioration n'était pas différente de celle du groupe contrôle.

Il existe de nombreuses autres interventions visant spécifiquement à soutenir l'inclusion sociale des personnes concernées par un trouble psychique, qui ne feront pas l'objet d'une description dans ce manuscrit. Parmi les plus anciens programmes déployés dans le contexte français, on peut notamment citer le projet Européen EMILIA, qui vise à lutter contre l'exclusion sociale en fournissant aux personnes un accès continu à de la formation transversale et professionnalisante (Greacen & Jouet, 2008).

2.3.4 Interventions visant à former les professionnels aux POR

Les POR s'appliquent non seulement dans le cadre d'interventions standardisées, mais plus largement dans le quotidien des professionnels. Elles impliquent une large gamme de connaissances, attitudes, valeurs et compétences spécifiques. Ainsi, le développement de programmes de formation des professionnels aux POR a rapidement été identifié comme une nécessité (Bedregal et al., 2006; Davidson et al., 2007; Silverstein & Bellack, 2008; Williams et al., 2016).

2.3.4.1 Collaborative Recovery Model Training (CRMT)

Le CRMT est un programme standardisé de formation aux POR, développé en Australie au début des années 2000 (Oades et al., 2005). Il est composé de six modules, et comprend à la fois des éléments théoriques et des mises en pratique. Les deux premiers modules concernent les deux principes fondamentaux qui doivent sous-tendre toutes les actions des professionnels selon le CRMT : i) des apports théoriques issus des travaux de Retta Andresen permettent de définir le rétablissement comme un processus psychologique personnel et ii) des apports théoriques sur la relation thérapeutique permettent de comprendre comment soutenir le rétablissement par la collaboration et la promotion de l'autonomie des personnes. Les quatre modules suivants ont pour objectif d'approfondir des éléments de pratique professionnelle collaborative spécifiques à la promotion du rétablissement : i) l'entretien motivationnel, pour accompagner les personnes à s'engager activement dans leur processus de rétablissement, ii)

l'identification des besoins non-satisfaits par des outils standardisés, étape préalable à iii) la définition, planification et poursuite des objectifs personnels pour le rétablissement, et enfin iv) l'assignation d'exercices pratiques que les personnes doivent réaliser entre les séances, et le suivi de la progression dans les objectifs personnels. A notre connaissance, ce programme n'a pas fait l'objet d'adaptation ni de validation en contexte Français. Plusieurs évaluations partielles du programme CRMT ont été conduites, montrant après l'intervention une amélioration significative des connaissances et attitudes des professionnels envers le rétablissement, ainsi que des compétences auto-rapportées soutenant le rétablissement (Crowe et al., 2006; Salgado et al., 2010; Williamson et al., 2023).

2.3.4.2 REFOCUS

L'intervention REFOCUS a été développée en Angleterre, dans le cadre d'un programme national visant à développer l'orientation rétablissement des services de santé mentale (https://www.researchintorecovery.com/research/refocus/). L'intervention est construite sur des bases théoriques solides, notamment le modèle CHIME du rétablissement personnel (Leamy et al., 2011) et le modèle de Le Boutillier et al. (2011) des valeurs et principes des POR. Comme pour le CRMT, l'intervention est structurée autour de deux composantes, à savoir la manière dont la relation thérapeutique peut soutenir le rétablissement et les pratiques professionnelles spécifiques qui promeuvent le rétablissement. Trois pratiques spécifiques sont explorées : i) comprendre les valeurs et les préférences de traitement des personnes, ii) évaluer et amplifier les forces/ressources des personnes, et iii) soutenir la poursuite d'objectifs personnels. L'intervention se déroule sur plusieurs jours, et comprend : des apports théoriques sur le rétablissement personnel, une réflexion sur les valeurs individuelles et collectives qui sous-tendent la pratique, des apports théoriques et des jeux de rôle sur les trois pratiques spécifiques, une mise en application approfondie couplée à des techniques d'apprentissage de compétences, et enfin une aide pour planifier l'implémentation à long terme de l'intervention dans le service/structure. L'intervention REFOCUS a notamment été adaptée et évaluée en Australie sous le nom de REFOCUS-PULSAR (Enticott et al., 2021; Shawyer et al., 2017). Une adaptation et évaluation en contexte français est en cours (REFOCUS-RETAFORM, Dubreucq et al., 2025). L'évaluation menée en contexte Anglais consistait en un essai randomisé contrôlé dans 27 équipes de psychiatrie communautaire, pour un total de n=532 professionnels et n=403 participants concernés par un trouble psychique (Slade, Bird, Clarke, et al., 2015). Après un suivi longitudinal d'un an, les professionnels ayant suivi REFOCUS rapportaient moins de besoins insatisfaits et un meilleur fonctionnement psychosocial chez les usagers accompagnés.

En revanche, en évaluant directement le point de vue des personnes concernées, aucun effet de l'intervention n'a été identifié pour le rétablissement personnel, la qualité de vie, le bien-être, etc. L'intervention REFOCUS-PULSAR en Australie a pu elle montrer un effet significatif de petite taille sur le rétablissement personnel, mais seulement dans l'une des deux branches de l'essai (Meadows et al., 2019).

Il existe de nombreux autres programmes de formation aux POR (e.g., GetREAL, Cook et al., 2012; Strength Model, Rapp & Goscha, 2011), qui ne seront pas développés ici. On peut aussi noter que les interventions d'auto-gestion WRAP et IMR décrites ci-dessus comprennent des modules de formation pour les professionnels.

2.3.5 Analyse critique & conclusion

En conclusion, la littérature scientifique fait état d'une large gamme de services pouvant être proposés aux personnes concernées par des troubles psychiques pour les soutenir dans leur processus de rétablissement personnel. Cependant, **toutes les interventions n'ont pas démontré d'effets positifs directs sur le rétablissement**. Plusieurs limites de la littérature actuelle pourraient contribuer à ce résultat. Tout d'abord, on peut souligner la rareté des données d'efficacité à long-terme des interventions. Le rétablissement étant un processus dynamique qui s'inscrit sur le temps long, les effets bénéfiques des interventions pourraient être invisibilisés par des suivis longitudinaux trop courts (e.g., Slade, Bird, Clarke, et al., 2015). De plus, le nombre d'études disponibles intégrant des mesures du rétablissement demeure restreint. C'est particulièrement le cas pour les études portant sur les interventions d'emploi ou de logement accompagné, pour lesquelles le rétablissement personnel est un objectif plus distal (Wallstroem et al., 2021). Enfin, les mécanismes spécifiques par lesquels ces interventions peuvent soutenir le rétablissement sont encore largement sous-étudiés (voir Winsper et al., 2020 pour un modèle logique). En ce qui concerne plus spécifiquement la France, il est intéressant de constater que plusieurs des interventions présentées ci-dessus ont été adaptées au contexte national, ce qui témoigne d'un intérêt et d'un engagement de la communauté pour l'approche orientée rétablissement. En revanche, peu ont fait l'objet d'une évaluation scientifique dédiée, et des efforts de recherche restent donc nécessaires pour en confirmer l'efficacité. Pour ce faire, disposer de mesures du rétablissement et des pratiques orientées rétablissement adaptées en langue française apparaît crucial.

Enfin, concernant les dispositifs spécifiques de formation des professionnels aux POR, ils présentent des effets limités sur le rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique. **Former les professionnels aux POR pourrait s'avérer insuffisant pour soutenir**

efficacement le rétablissement, bien que les données de la littérature soient limitées. Ce point précis est éclairé par une revue systématique et méta-analyse récente (Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019). Les auteurs montrent que les professionnels ayant suivi ces formations rapportent de meilleures connaissances et des attitudes plus favorables concernant le rétablissement, avec des tailles d'effet moyennes. Cependant, la méta-analyse souligne une absence d'effet significatif des interventions sur les pratiques des professionnels au quotidien. Autrement dit, la formation des professionnels aux POR pourrait améliorer leur compréhension et attitudes vis-à-vis du rétablissement, mais sans pour autant apporter de modifications substantielles dans leurs pratiques. Les auteurs soulignent que cette absence d'effet peut être due à des obstacles de nature organisationnelle, la structure et le fonctionnement des organisations de santé mentale ne permettant pas toujours aux professionnels d'appliquer librement les valeurs et principes du rétablissement dans leurs pratiques. Cette remarque rejoint un corpus croissant de littérature, principalement qualitative, qui souligne l'impact de variables liées au contexte de travail dans le soutien au rétablissement, comme la culture de l'organisation, le climat de travail, les priorités institutionnelles, les ressources, le turnover, etc. (Chester et al., 2016; Le Boutillier, Chevalier, et al., 2015; Le Boutillier et al., 2011; Le Boutillier, Slade, et al., 2015; Piat et al., 2021).

De plus amples recherches demeurent nécessaires pour explorer les déterminants des POR chez les professionnels de santé mentale, et particulièrement par le biais de méthodologies quantitatives. Dans le contexte Français, il n'existe pas encore d'interventions validées de formation aux POR pour les professionnels. Il apparaît donc important d'étudier les besoins spécifiques de formation de cette population, et les modalités des interventions permettant de maximiser leurs effets sur le soutien au rétablissement.

Chapitre 3. Problématique et cadre du travail doctoral

3.1 Problématique du travail doctoral

Le rétablissement des troubles psychiques est non seulement possible mais fréquent (Davidson & McGlashan, 1997; Hegarty et al., 1994; Huxley et al., 2021; Slade & Longden, 2015; Warner, 2009, 2010). Il peut être défini en des termes médicaux, mais pour les personnes concernées le rétablissement désigne avant tout un processus personnel, une façon de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et dans laquelle on se sent utile, malgré les limitations induites par la maladie (Anthony, 1993; Davidson et al., 2005). Les personnes concernées par des troubles psychiques militent de longue date pour la reconnaissance des possibilités de rétablissement, et pour des services de santé mentale de qualité qui puissent les accompagner dans ce processus (Andresen et al., 2011; Tenney, 2000). En effet, bien que le rétablissement puisse se produire en dehors du système de santé, les professionnels et services de santé mentale peuvent y contribuer, en adoptant des pratiques orientées rétablissement (Anthony, 2000; Davidson, Rowe, et al., 2009; Farkas, 2007; Slade, 2009b). Il s'agit de repenser les objectifs traditionnels du soin en santé mentale, pour accompagner en priorité les personnes à s'engager dans le processus de rétablissement personnel, à définir et à atteindre les objectifs de vie qui ont du sens pour elles (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2013a; Perkins & Slade, 2012; Schrank & Slade, 2007).

Le déploiement d'une approche orientée rétablissement constitue un enjeu de santé mentale majeur à l'échelle internationale. Il fait l'objet de recommandations par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021), qui l'identifie comme un moyen de mieux protéger les droits fondamentaux des personnes concernées par un trouble psychique. Les précédentes expériences internationales démontrent la diversité des enjeux impliqués, nécessitant à la fois des transformations des postures et pratiques professionnelles, des modes de fonctionnements des organisations de santé, le tout articulé dans une volonté politique de faire du rétablissement personnel l'objectif central des accompagnements (Pachoud et al., 2019; Pincus et al., 2016).

En France, l'approche orientée rétablissement s'est progressivement développée au cours de la dernière décennie (Greacen & Jouet, 2017), mais sans que cela se soit accompagné de transformations majeures du système de soins en santé mentale. Le terme « rétablissement » était notamment absent du programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018-2023

(HAS, 2018). Le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 inscrit pourtant l'inclusion sociale et le rétablissement comme les objectifs principaux des projets territoriaux de santé mentale, servant à coordonner localement les offres de soin. Plusieurs rapports récents soutiennent la nécessité de réformes nationales majeures de la psychiatrie, qui permettraient de redéfinir les pratiques autour de la notion de rétablissement personnel, et de faire de la participation des personnes concernées un axe transversal (Coldefy, 2022; Nicolle, 2022). En 2025, la santé mentale a été déclarée Grande Cause Nationale, ce qui constitue une occasion unique pour faire du rétablissement personnel l'objectif prioritaire des accompagnements en santé mentale. La feuille de route santé mentale et psychiatrie (Ministère Chargé de la Santé et de l'Accès au Soin, 2025) insiste sur la nécessaire transformation de l'offre de soins psychiatriques vers des pratiques actualisées en soutien au rétablissement.

3.2 Présentation et objectifs du travail doctoral

Ce travail doctoral a commencé en Septembre 2021. L'objectif principal était de **produire des connaissances scientifiques utiles à la transformation vers des pratiques en santé mentale orientées rétablissement.** Pour répondre à cet objectif, un programme de recherche cohérent a été développé autour de l'acronyme RECOR (pour « Recovery Orientation »), visant à répondre à plusieurs besoins identifiés dans la littérature pour l'implémentation de pratiques orientées rétablissement.

Plusieurs principes fondamentaux ont traversé ce travail doctoral. Tout d'abord, les recherches menées visaient à s'inscrire dans l'« evidence-based practice », c'est-à-dire intégrer à la fois les meilleures preuves scientifiques, l'expertise clinique, et les valeurs des personnes concernées par des troubles psychiques (American Psychological Association, 2006). Ce travail doctoral s'est également centré sur des principes de recherche appliquée, visant à produire des données directement transférables sur le terrain. Enfin, ont été intégrés au travail des principes de recherche participative, avec pour objectif d'impliquer les personnes directement concernées au cœur du processus de recherche.

Ainsi, le travail doctoral s'est construit dès son initiation dans un partenariat avec le Centre Hospitalier de Jonzac. Le Clubhouse de Bordeaux, une association regroupant des personnes concernées par des troubles psychiques, a également été un partenaire important. Enfin, la dernière phase du travail (Etude n°3) s'est appuyée sur la constitution d'un Comité de Pilotage, présenté en Annexe 2. Ce comité était constitué de représentants de différents acteurs de la santé mentale : personnes concernées par un trouble psychiques, pairs-aidants,

professionnels de santé mentale, représentants institutionnels et chercheurs en psychologie sociale, du travail et neuropsychologie clinique, dont deux collaborateurs internationaux. Les principales institutions représentées dans ce comité étaient le Centre Hospitalier de Jonzac, l'Université de Bordeaux, le Centre Collaborateur de l'OMS à Lille, ainsi que l'Institute of Mental Health (IMH) à Nottingham et le Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CR-IUSMM). Les membres du Comité ont pu participer à la fois à l'élaboration de la question de recherche, la définition des objectifs et des méthodologies employées, et prochainement à l'interprétation et diffusion des connaissances produites.

Partie 2. Contributions scientifiques

Les contributions scientifiques du travail doctoral s'articulent autour de trois axes de recherche : mesurer le rétablissement personnel, mesurer l'orientation rétablissement des services de santé mentale, et comprendre les déterminants des pratiques orientées rétablissement. Ces axes constituent les trois chapitres suivants :

Chapitre 1. Mesurer le rétablissement personnel du point de vue des personnes concernées

- Etude 1. « Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties »
- Felix, S., Valery, K. M., Caiada, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness: A systematic review of measurement properties. *Clinical psychology review*, *112*, 102459. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459

Chapitre 2. Mesurer l'orientation rétablissement des services de santé mentale du point de vue des personnes concernées

- Etude 2. « Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr) »
- Felix, S., Munuera, C., Seguela, A., Fombouchet, Y., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Gard, S., Chevrier, F., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J. M., M'Bailara, K., & Prouteau, A. (*Submitted*). Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr).

Chapitre 3. Identifier des leviers d'implémentation des pratiques orientées rétablissement

- Etude 3. « Two levels, two logics? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey. »
- Felix, S., Caïada, M., Seguela, A., Guionnet, S., Tison, E., Valery, K-M., Dulaurens, M., Aragnou, C., Lagarde, R., Hillairet, B., Reyreaud, H., Staedel, B., Sebbane, D., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J-M, Carrier, A., Deprez, G., Corbière, M., Kotera, Y., & Prouteau, A. (*In Preparation*). Two levels, two logics? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey.

Chapitre 1. Mesurer le rétablissement personnel du point de vue des personnes concernées

1.1 Introduction : Enjeux actuels de la mesure du rétablissement personnel

Les précédentes expériences internationales de déploiement d'une approche centrée sur le rétablissement témoignent de la diversité des enjeux impliqués : formation des professionnels de santé mentale, accompagnement et certification des structures de soin, structuration de politiques publiques pour promouvoir le rétablissement, etc. (Davidson et al., 2021; Jackson-Blott et al., 2019; Subandi et al., 2023). Parmi ces enjeux émerge un besoin crucial : disposer **d'outils spécifiques pour mesurer le rétablissement personnel** (Pincus et al., 2016; Shepherd et al., 2014). En effet, si les politiques publiques définissent le rétablissement comme un objectif prioritaire des accompagnements en santé mentale, il devient alors indispensable de pouvoir évaluer l'impact des interventions proposées sur le rétablissement (Burgess et al., 2011; Shanks et al., 2013; Slade, 2010a). Or, les indicateurs cliniques traditionnels (symptômes, fonctionnement psychosocial, cognition) sont insuffisants pour rendre compte de la complexité et de la subjectivité du processus de rétablissement personnel (Davidson, 2019; Slade et al., 2014). Plus encore, la littérature indique que ces deux niveaux (rétablissement clinique vs. personnel) sont faiblement corrélés (Van Eck et al., 2018), ce qui invite à les considérer distinctement (van Weeghel et al., 2019).

Des mesures spécifiques apparaissent nécessaires pour objectiver et opérationnaliser le rétablissement personnel, sans toutefois trahir la nature subjective de ce phénomène (Slade, 2010a). A cet effet, les échelles auto-administrées, ou *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) semblent particulièrement indiquées : les PROMs constituent un support standardisé, qui peut être utilisé pour recueillir le point de vue des personnes concernées sur leur propre rétablissement (Coldefy, 2022). La littérature scientifique fait état de nombreuses PROMs spécifiquement développées pour mesurer le rétablissement personnel (e.g., Cavelti et al., 2012; Law et al., 2012; Scheyett et al., 2013; Shanks et al., 2013). Cependant, ces précédents travaux soulignent des limites importantes. Notamment, les revues systématiques qui recensent les PROMs du rétablissement ont plus de 10 ans, alors que de nouveaux outils sont apparus depuis. De plus, aucune des revues de littérature précédente n'a pu identifier de mesure « étalon », dont l'utilisation serait particulièrement recommandée pour la qualité de son processus de développement et de sa validation. Une analyse approfondie de ces revues permet également de constater qu'aucune n'avait conduit d'évaluation standardisée de la qualité scientifiques des

mesures inclues. Ces limites constituent un frein non seulement à la sélection des mesures pertinentes à intégrer dans les accompagnements en santé mentale, mais également à la rigueur scientifique des recherches sur le rétablissement personnel. En outre, plusieurs méta-analyses des facteurs associés ou interventions promouvant le rétablissement soulignent que la diversité et le manque de validité des mesures du rétablissement personnel constituent une source importante d'hétérogénéité pouvant potentiellement biaiser leurs conclusions (de Winter, Jelsma, Vermeulen, van Weeghel, et al., 2025; Leendertse et al., 2021; Thomas et al., 2018).

Pour cette première étude, nous avons donc conduit une revue systématique de la littérature, dont les objectifs étaient (i) de recenser les PROMs du rétablissement personnel publiés dans littérature scientifique, et (ii) d'analyser et évaluer la qualité scientifique de ces mesures (i.e., leurs propriétés psychométriques) à l'aide d'une méthodologie standardisée.

1.2 Etude 1 : Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties

Cet article a fait l'objet d'une publication dans "*Clinical Psychology Review*" (Q1, Impact Factor = 13.7).

Le matériel supplémentaire de l'étude est disponible en ligne.

Référence : Felix, S., Valery, K. M., Caïada, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness: A systematic review of measurement properties. *Clinical psychology review*, *112*, 102459. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459

Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties

Simon Felix[1,2], Kevin-Marc Valery[1], Meryl Caïada[1], Sarah Guionnet[1], Julien Bonilla-Guerrero[2], Jean-Marc Destaillats[2], and Antoinette Prouteau[1,2]

[1] Psychology Laboratory (LabPsy) UR4139, Bordeaux University, 3 ter place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France

[2] ESPPAIR unit, Department of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, 17500 Saint-Martial de Vitaterne, France

Author Note

Simon Felix https://orcid.org/0000-0002-7326-1936

Kevin-Marc Valery https://orcid.org/0000-0002-3463-9035

Meryl Caiada https://orcid.org/0000-0001-7061-2094

Antoinette Prouteau https://orcid.org/0000-0001-7540-4139

The authors have no conflicts of interest to disclose.

Correspondence concerning this article should be addressed to Simon Felix, Laboratoire de Psychologie UR4139, 3ter place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France.

Email: simon.felix@u-bordeaux.fr

Phone number: 05 57 57 30 40

Abstract

Background. Personal recovery represents a paradigm shift in mental healthcare. Validated self-report outcome measures (PROMs) are needed to facilitate the transformation towards recovery-oriented practices and services. Objectives were to identify published measures and analyze their measurement properties using a standardized methodology.

Methods. Following the COSMIN guidelines, we conducted a systematic review of personal recovery PROMs in serious mental illness. The MEDLINE, PMC, PsycINFO, PsycARTICLES, PBSC and Scopus electronic databases were searched for articles published between May 2012 and February 2024. Full-text articles from a previous systematic review were also examined.

Results. 91 studies were included in the review, describing 25 PROMs. Ten of them had not been identified in previous reviews. Quality of evidence was globally poor for most PROM measurement properties. Very little evidence was found for cross-cultural validity, measurement invariance, measurement error and criterion validity. The Recovery Assessment Scale and Questionnaire about the Process of Recovery showed the strongest evidence for sufficient psychometric data on a wide range of measurement properties.

Conclusions. Several personal recovery measures are now available. While research is still needed to enhance their validity on some psychometric properties, the current tools appear sufficient to cover most research and clinical needs.

Keywords: personal recovery, serious mental illness, patient-reported outcome measures, measurement properties, psychometrics, systematic review

Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties

Recovery from serious mental illness (SMI) is a complex, highly debated issue that lacks consensus (Davidson et al., 2005; Leendertse et al., 2021). The medical model of mental illness defines recovery as an improvement of symptoms and other deficits associated with the disorder, and a return to a pre-existing healthy state (Davidson et al., 2005). However, persons with a lived experience of recovery from SMI have argued that this objective/category-based vision of recovery is not appropriate to mental illness (Fisher, 1994; Crowley, 1997; Bassman, 2000; Tenney, 2000; Andresen et al., 2011). They describe recovery as an individual journey rather than a common/uniform end state, that is not a question of returning to a premorbid state but rather incorporating the illness into a new sense of self (Hunter & Marsh, 1994). The mental health consumer movement thus supports a more subjective approach to recovery, known as a consumer-based, or personal definition of recovery: "a deeply personal, unique process […] a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness" (Anthony, 1993, p.15).

Personal recovery has received growing interest over the past 20 years. Several attempts have been conducted to model personal recovery from SMI based on consumers' accounts. They have shed light on both the processes that are key to the recovery journey and the key steps common to most recovery paths (Andresen et al., 2003, 2006, 2011; Song and Shih, 2009). The CHIME framework (Leamy et al., 2011) synthesized the scientific literature pre-2011, thus offering a more consensual theoretical basis to conceptualize personal recovery, at least in its western-cultured meaning (Slade et al., 2014). Based on narrative synthesis analysis, the CHIME model proposes five non-linear steps of personal recovery, which simultaneously

involve five processes: (1) Connectedness, (2) Hope and Optimism for the future, (3) Identity, (4) Meaning in life and (5) Empowerment.

Personal recovery thus represents a major paradigm shift for SMI care. The transformation of mental health services towards both person and recovery-centered care has therefore been defined as a priority by the World Health Organization (WHO, 2021). Outcome measures of personal recovery could prove valuable to address the challenges that surround the notion of recovery. Personal recovery as a scientific concept itself would highly benefit from outcome measurement. Indeed, personal recovery models and frameworks rely mostly on qualitative data and expert opinions (Slade et al., 2012a). There is a need to produce scientific evidence via standardized measures, in domains such as the longitudinal evaluation of the recovery process, or the link between advancing in the recovery journey and clinical domains (Slade et al., 2012b). Measuring personal recovery is also critical to understand the cultural differences in play, and could allow its application to other populations, to determine specificities or communalities in the personal recovery process (Slade et al., 2014).

Moreover, Slade et al. (2014) argue that traditional clinical outcomes are not suited to assess these specific recovery processes. Therefore, to create a mental health system that prioritizes person-centered care, the authors insist that personal recovery outcome measures should be implemented in mental health care. Indeed, there is little data on the impact of mental health services on the recovery process (Slade, 2012b). Additionally, the use of accurate outcome data in routine clinical practice is critical to the delivery of decent quality care (Newman-Taylor et al., 2019). Patient-reported outcome measures (PROMs) have been shown to inform different levels of the mental health system in terms of both efficiency, efficacy, and effectiveness of the recovery-oriented approach (Gordon et al., 2013). They not only reflect the subjective nature of recovery, but also promote the inclusion of user's perspectives in the process of health service provision (Krägeloh et al., 2015). And yet, there are important

difficulties in creating recovery-oriented health services that consider users subjectivity and perspectives (Slade et al., 2014). Moreover, clinicians struggle to routinely use these outcome measures (Newman-Taylor et al., 2019, Jensen-Doss et al., 2018). A study investigating the routine use of standardized outcome measures amongst psychiatrists (Gilbody et al., 2002) showed that their non-use was justified by a lack of resources (not enough time or personnel), and critiques regarding their psychometric properties. In this regard, research is needed to provide appropriate validated assessment of personal recovery-related outcomes (Slade, 2010).

Personal recovery measurement has been exponentially investigated in the international literature. A key reference in the field was the document entitled 'Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures Volume II' (Campbell-Orde et al., 2005). The authors had compiled in extensive detail all known measures of personal recovery, and described characteristics and psychometrics for each. Since then, there have been several literature reviews aimed at identifying tools to measure personal recovery (Burgess et al., 2011; Cavelti et al., 2012; Law et al., 2012; Penas et al., 2019; Scheyett et al., 2013; Shanks et al., 2013; Sklar et al., 2013; Chirio-Espitalier et al., 2022). A largely shared conclusion of these reviews, corroborated by the Leendertse et al. (2021) meta-analysis, is the current lack of a gold standard to measure personal recovery. However, previous reviews showed significant differences regarding their objectives and methodologies. Some were specifically focused on the assessment of personal recovery in psychotic disorders (Law et al., 2012), schizophrenia (Cavelti et al., 2012), or bipolar disorders (Chirio-Espitalier et al., 2022). Others aimed at identifying measures for routine use in health services, and therefore applied additional criteria of briefness and acceptability to consumers (Burgess et al., 2011; Penas et al., 2019). They also differed in inclusion criteria regarding measurement characteristics, such as self-report vs. clinician-rated measures or the assessment of recovery as an outcome vs. assessment of attitudes towards recovery, or styles of recovery. As a shared objective of these reviews was the

exhaustive identification of recovery assessment instruments, a significant proportion did not limit their searches to peer-reviewed publication sources, and therefore described measures that had not been psychometrically tested. Additionally, a main limitation of previous reviews is the lack of a standardized procedure to analyze the psychometric properties of identified measures: when available, psychometric properties were described (Scheyett et al., 2013) or assessed with unstandardized criteria (Law et al., 2012; Sklar et al., 2013; Penas et al., 2019). Moreover, to our knowledge, no review has conducted any risk of bias and quality of evidence analyses, i.e., standardized assessment of methodological soundness, while it is essential for a reliable interpretation of psychometric properties.

The objectives of this systematic review were: (a) to identify personal recovery PROMs that have been the subject of a peer-reviewed publication, (b) to analyze their psychometric properties using a standardized methodology, and (c) to provide an overview of the psychometric quality of identified PROMs and formulate recommendations for their use and future research.

Methods

This systematic review followed the *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) guidelines for the systematic review of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) (Prinsen et al., 2018; Mokkink et al., 2017). Appendix A. displays a list of abbreviations used throughout this article.

Search Strategy

Search

The search was conducted using a combination of free-text and controlled vocabulary search terms (MeSH terms, APA Thesaurus of Psychological Index Terms). It comprised four categories of terms: recovery-related (e.g., *recovery*, *personal recovery*, *recovery process*, etc.), assessment-related (e.g., *measure, scale, assessment,* etc.), mental health/illness-related (e.g.,

mental health, serious mental illness, schizophrenia, etc.), and COSMIN search filter terms. This last category refers to a search filter designed by the COSMIN authors to specifically identify studies on measurement properties. The filter has shown good sensitivity (Terwee et al., 2009). The four categories of terms were combined using the Boolean operator 'AND", and the terms inside each category were combined using the operator 'OR". When terms could be derived, we used the '*' operator to ensure better exhaustivity. This makes it possible to find all possible versions of a word (e.g., *assess** allows identification of studies containing *assessment, assessed, assessing* etc.).

A copy of the full term's list is available as supplementary material (document DS1. "*Search Strategy")*. The search focused on research conducted between May 2012 and February 2024. Related references of articles included in the review were also examined.

The search terms used for this review were extracted from the search strategy obtained from Shanks et al. (2013). This previous systematic review was used as a basis for this work, given its clear definition of personal recovery, limitation to SMI samples, and exhaustivity of search databases. The authors kindly provided us with their full list of reviewed studies, as well as their complete search strategy. As Shanks et al. ended their search in May 2012, we chose to limit our search strategy to articles published after this date. The original pool of n = 35 included studies from the Shanks review was thus screened and included if the studies met the eligibility criteria.

Electronic Databases

The following search engines were used to search in several databases: PubMed® was used to search the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and PubMed Central (PMC) databases; EBSCO*host* was used to search the Psychology and Behavioral Sciences Collection (PBSC), PsycINFO® and PsycARTICLES® databases (both

were searched for optimal access to full-text articles); and the Scopus® integrated search engine for the Scopus® database.

Eligibility Criteria

Studies were included if they met the following criteria:

- Full text original research article (not including letter to editor, reviews, abstracts);
- Published in peer-reviewed journals;
- Published in English or French language;
- Published after May 2012;
- Utilized a patient-reported outcome measure (PROM) of personal recovery;
- Reported on at least one of the measure's psychometric properties (excluding aspects related to feasibility or interpretability);
- At least 75% of the sample was composed of people with SMI as defined by the National Institute of Mental Health (n.d.), aged between 18 and 65.

Studies were excluded if they met the following criteria:

- Sample composed of sex offenders, people with substance use disorders, or people with eating disorders
- Studies not aimed at PROM validation (named "PROM use" studies)

As recommended by the COSMIN guidelines, it was decided to exclude "PROM use" studies. These encompass studies that do not aim at PROM validation, only using PROMs as an outcome measurement instrument (e.g., PROMs used in randomized controlled trials, or in validation studies of other measurement instruments).

Notably, we only included published and peer-reviewed studies. Indeed, our goal was not to identify every existing personal recovery PROM, but rather to collect reliable psychometric data for the existing tools. Therefore, limiting to published peer-reviewed articles ensured a higher degree of quality and reliability of collected data.

Selection Process

The selection process for this study used the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 statement (Page, 2021).

Studies were extracted from the databases into a specialized systematic review software (Rayyan®). The provided automated tool was used to remove duplicates, set at 95% of similarities between studies. The remaining duplicates were removed by the first author (SF) to limit automation mistakes. Studies were first selected by title and abstract. The selection was performed independently by two authors (SF, MC). The computed agreement rate was 94.25%. In the event of disagreement, the study inclusion was discussed between the authors. Selected studies were sought for retrieval and obtained full texts were assessed for eligibility. If the eligibility criteria were met, studies were included in the review.

Data Extraction and Assessment

Data extraction and assessment were performed according to the COSMIN user manual recommendations and steps (Prinsen et al., 2018, Figure 1).

Results of Studies on Measurement Properties

Psychometric data were extracted from each included study according to the COSMIN 'taxonomy of measurement properties' (Mokkink et al., 2010, Figure 2). The following properties were extracted: structural validity, internal consistency, cross-cultural validity/measurement invariance, reliability, measurement error, criterion validity, hypotheses testing for construct validity in terms of both convergent and known groups validity, and responsiveness.

The COSMIN 'updated criteria for good measurement properties' (Mokkink et al., 2018, pp. 28-29) were then used to rate the quality of reported measurement properties for each study as either *sufficient* (+), *insufficient* (-) or *indeterminate* (?).

As specified by the COSMIN guidelines, construct validity assessment required the review team to formulate hypotheses regarding the magnitude and direction of the expected effects. In this systematic review, the hypotheses were generated on the basis of the Leendertse et al. (2021) meta-analysis of personal recovery associated factors. We expected correlations > .30 between PROMs and personal recovery related constructs described in the meta-analysis.

Responsiveness also required the review team to formulate a priori hypotheses, so for the purpose of this review, they were generated on the basis of the Thomas et al. (2018) meta-analysis of personal recovery longitudinal studies. We therefore expected that personal recovery PROMs should be able to detect small to medium-sized changes.

Criterion validity was also analyzed, although several authors (e.g., Leendertse et al., 2021) have underlined the lack of a gold standard to assess personal recovery. Indeed, COSMIN guidelines indicate that when a shortened version of a PROM is available, the longer version can be considered an adequate reference point for criterion validity analysis.

Risk of Bias Analysis

As recommended by the COSMIN guidelines, the methodological quality of the included studies was assessed using the COSMIN risk of bias checklist (Mokkink et al., 2017). For each measurement property assessed by a study, the checklist allows researchers to rate the methodological quality on a 4-point scale: *inadequate, doubtful, adequate,* or *very good*. Risk of bias is a tool rather than an objective in itself, as it is later used to grade the quality of evidence of a PROM's given measurement property, i.e., how much trust can be put on the conclusions.

Summary of Findings: Overall Rating and Quality of Evidence

For each identified PROM version, available psychometric data were qualitatively pooled by providing the range values for various parameters (range of model fit parameters on consistently found factor structure; range of Cronbach's α / McDonald's ω for internal consistency, etc.).

Qualitatively summarized results were rated using the COSMIN criteria for good measurement properties: the overall rating obtained could either be *sufficient* (+), *insufficient* (-), *indeterminate* (?), or *inconsistent* (±) when fewer than 75% of the studies for a PROM's property met the criteria.

The summarized results per measurement property per PROM were then graded regarding the overall quality of evidence (QoE). As recommended by COSMIN guidelines, the quality of evidence was graded as *high*, *moderate*, *low*, or *very low* based on an adapted version of the grading of recommendations assessment, development, and evaluation (GRADE) approach. It reflects the degree of confidence that the review team has regarding the estimation of the true measurement property. Of note, the review team decided that studies with inadequate risk of bias ratings would be excluded from the summarized results rating and the QoE analysis.

Supplementary Analysis: Content Validity of Included PROMs

Content validity is considered the most important psychometric property in the COSMIN guidelines, and is defined as "the degree to which the content of an instrument is an adequate reflection of the construct to be measured" (Mokkink et al., 2010). To provide information regarding content validity of included PROMs, we replicated the Shanks et al. (2013) method of mapping PROMs items onto the CHIME framework (Leamy et al., 2011). For PROMs that were freely available and/or for which items could be accessed, it was decided whether each item matched with one of the five CHIME dimensions: Connectedness, Hope, Identity, Meaning in Life and Empowerment. To properly define what these dimensions theoretically encompass, we used the CHIME author's taxonomy of recovery processes (Leamy et al., 2011, Table DS2). Items were thus attributed to corresponding dimensions when possible or were rated indeterminate. Percentages of matching items per dimension and non-matching items were computed for each PROM. This analysis was done independently by SF and KMV, and an agreement rate was computed for each PROM. The mean agreement rate was 74.47%.

Disagreements were addressed by discussion between the authors until a consensus was reached. This analysis allowed us to detail two aspects of content validity. Relevance (i.e., whether the PROMs items are relevant to the construct of interest within a specific population and context of use) was assessed as the percentage of items matching CHIME dimensions. We used the criteria of at least 85% relevant items described in Terwee et al. (2018). Comprehensiveness (i.e., no key aspects of the construct of interest should be missing) was assessed as whether all CHIME dimensions were covered by the PROMs items.

Results

Search Results

Flowchart is available as Appendix B. A total of 3031 articles were originally identified from our databases. The search was updated until February 22, 2024. Searching in the bibliography of included studies allowed the identification of 8 additional studies. The 35 articles included in Shanks' study were also reviewed. After eligibility assessment, the final number of included studies was n = 91.

Notably, Campbell-Orde et al. (2005) was excluded from the review despite its importance in the field, because of its non-peer-reviewed nature. Indeed, a large portion of this document's data originated directly from the authors who created the recovery PROMs, and these data were themselves often not published.

Included PROMs

A total of 25 personal recovery PROMs were identified from the 91 included studies. Including shortened or revised versions of these 25 scales, the total number of personal recovery PROMs rose to 34 measurement tools. A description of each included PROM is available in Appendix C.

Overall, we were able to identify three different types of personal recovery PROMs. The most common were outcome measures specifically designed to assess personal recovery (either

as a process or as stages). We also identified PROMs that were originally designed to assess outcomes of recovery-promoting interventions: the Illness Management and Recovery Scale (Mueser & Gingerich, 2005), the WestBridge Dual Recovery Inventory (Noel et al., 2016) and the Choice of Outcome for CBT in Psychosis Scale (Greenwood et al., 2010). Finally, we identified PROMs designed as indexes, i.e., composite scores computed from scales not originally designed to assess personal recovery. This was the case of the SAMHSA Recovery Inventory for Chinese (Chiu et al., 2010) and the Recovery Index (IsHak et al., 2017).

Of note, we did not include the Indonesian Recovery Scale for Patients with Schizophrenia (Saputra et al., 2022) as its recent publication did not provide any data on psychometric properties of interest. The Eating-Disorders Recovery Questionnaire (Bachner-Melman et al., 2021) and Vietnamese Mental Health Recovery Scale (Lim et al., 2017) were excluded as they did not meet the sample characteristics criteria. The Short Interview to assess STages of Recovery (Wolstencroft et al., 2010) was also excluded, as it is not self-rated and therefore was not considered as a PROM.

Characteristics of Included Studies

A description of the characteristics of the included studies is available as supplementary material (Table S2. *Characteristics of the Included Studies*). The complete reference list of included studies is also available as supplementary (Document DS2. *Reference List of Included Studies*).

The studies were very heterogeneous in terms of number of participants (n ranging from 35 to 4041), nature of SMI (schizophrenia spectrum disorders, bipolar disorders, depressive disorders, personality disorders, anxiety disorders, etc.) and mean ages of participants (21 to 55 years old). Most studies were conducted in the United States (n = 16), United Kingdom (n = 17), Australia (n = 9), the Netherlands (n = 8), and Hong-Kong/China (n = 10). English was by far the most used PROM language (n = 45).

Results of Studies on Measurement Properties

The table reporting raw psychometric data for each included study with the associated risk of bias ratings is available as supplementary material (Table S1. *Results of Studies on Measurement Properties*).

Summary of Findings

Summarized results and quality of evidence ratings are available as supplementary material (document *DS3. Summary of Findings*). The document presents a summarized description and analysis of collected psychometric properties in table and text format. The subscales and domains supposedly assessed by the PROMs are displayed in the tables.

Summarized Results

Table 1 summarizes the available psychometric data of the included PROMs and their associated Quality of Evidence ratings.

Table 1

Summarized Results of PROMs Measurement Properties and Associated Quality of Evidence Ratings

PROM version		Structural validity	Internal Consistency	Cross-cultural validity / Measurement invariance	Reliability of total score	Reliability of subscales	Measurement error	Criterion validity	Hypotheses testing for Convergent validity	Hypotheses testing for Known-groups / Discriminative validity	Responsiveness
RAS											
	41 items	(-) Low	–	–	(+) Very low	–	–	–	(+) Moderate	(+) Low	–
	24 items	(+) Low	(+) Very low	(+) Low	(+) Moderate	(+) Moderate	–	–	(+) Moderate	–	(+) Very low
QPR											
	22 items	(+) Moderate	(-) Low	–	(+) Low	(+) Moderate	–	–	(+) Moderate	(+) Low	(+) Low
	15 items	(+) High	(+) High	–	(+) Moderate	–	(?) Low	–	(+) High	–	(+) Moderate
MHRM											
	30 items	(?) Moderate	–	–	–	–	(-) Very low	–	(+) High	–	(-) Very low
	10 items	–	–	–	(+) Very low	–	–	–	(+) High	(+) Moderate	–
STORI											
	50 items	–	–	–	–	–	–	–	(+) Moderate	–	–
	30 items	(?) Low	–	–	–	(+) Very low	–	–	(+) Moderate	–	–

PROM version		Structural validity	Internal Consistency	Cross-cultural validity / Measurement invariance	Reliability of total score	Reliability of subscales	Measurement error	Criterion validity	Hypotheses testing for Convergent validity	Hypotheses testing for Known-groups / Discriminative validity	Responsiveness
IMRS-Client											
	15 items	(+) Very low	(-) Very low	–	(+) Moderate	(-) Very low	(-) Very low	–	(±)	–	(-) Very low
POP-RS											
	13 items	(?) High	–	–	–	–	–	–	(+) High	(-) Low	–
RAS-DS											
	38 items	(+) High	(+) High	–	–	–	–	–	(+) High	–	–
	20 items	(+) High	(+) High	–	–	–	–	–	(+) High	–	–
I.ROC											
	12 items	(+) Low	(+) Very low	(+) Low	(+) High	–	–	–	(+) High	–	(-) Low
SubRAS											
	17 items	–	–	–	(+) Very low	–	–	–	(+) High	–	–
PRI											
	25 items	–	–	–	(-) Very low	(+) Very low	–	–	(-) Moderate	(-) Low	–
RPI											
	22 items	(?) Moderate	–	–	–	(-) Low	–	–	(+) Very low	–	–
MARS											
	25 items	(+) High	(+) High	–	(+) Low	–	–	–	(+) Moderate	–	–
MHRS											
	10 items	(?) Moderate	–	–	–	–	–	–	(-) Low	–	–
RI											
	21 items	(?) Moderate	–	–	–	–	–	–	–	–	–
WBDRI											
	14 items	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
SAMHSA-RIC											
	41 items	(-) Low	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	72 items	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
BRQ											
	36 items	–	–	–	(+) Very low	–	–	–	(+) Very low	–	–
MVML											
	17 items	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
RMQ											
	24 items	(+) High	(+) High	–	–	–	–	–	–	–	–

PROM version		Structural validity	Internal Consistency	Cross-cultural validity / Measurement invariance	Reliability of total score	Reliability of subscales	Measurement error	Criterion validity	Hypotheses testing for Convergent validity	Hypotheses testing for Known-groups / Discriminative validity	Responsiveness
CHOICE											
	24 items	(?) Low	–	–	–	(+) Very low	–	–	(+) Low	–	–
	11 items	(+) High	(+) Moderate	–	–	–	–	–	(+) Very low	–	–
SISR-A											
	1 item	–	–	–	(-) Very low	–	–	–	(+) Low	–	–
SISR-B											
	4 items	–	–	–	(-) Very low	–	–	–	(+) High	–	–
SRS											
	45 items	(?) Moderate	–	–	(+) Very low	–	–	–	(+) Moderate	(±)	–
SeRvE											
	40 items	–	–	–	–	–	–	–	(+) Low	–	–
	15 items	–	–	–	–	–	–	–	(+) Low	–	–
HAO											
	4 items	(+) Very low	(-) Very low	–	(-) Low	–	–	–	(+) High	–	–
CRM											
	15 items	(+) High	(+) High	–	–	–	–	–	–	–	–

Note. Properties quality ratings: (+) = Sufficient; (-) = Insufficient; (?) = Indeterminate; (±) = Inconsistent. Color code: pale green = Sufficient property with Low QoE, fern green = Sufficient property with Moderate QoE, bright green = Sufficient property with High QoE. Quality of evidence ratings range from Very low to High. Dashes indicate missing data. PROM = Patient-Reported Outcome Measure; RAS = Recovery Assessment Scale (RAS); QPR = Questionnaire about the Process of Recovery; MHRM = Mental Health Recovery Measure; STORI = STages Of Recovery Instrument; IMRS-C = Illness Management and Recovery Scale -Client version; POP-RS = Peer Outcome Protocol – Recovery Scale; RAS-DS = Recovery Assessment Scale – Domains and Stages; I.ROC = Individual Recovery Outcomes Counter; SubRAS = Subjective Recovery Assessment Scale; PRI = Psychosis Recovery Inventory; RPI = Recovery Process Inventory; MARS = Maryland Assessment of Recovery Scale; MHRS = Mental Health Recovery Star; RI = Recovery Index; WBDRI = WestBridge Dual Recovery Inventory; SAMHSA-RIC = SAMHSA-Recovery Inventory for Chinese; BRQ = Bipolar Recovery Questionnaire; MVML = My Voice My Life; RMQ = Recovery Markers Questionnaire; CHOICE = CHOIce of outcome for CBT in psychoses; SISR-A = Self-Identified Stage of Recovery – part A; SISR-B = Self-Identified Stage of Recovery – part B; SRS = Stages of Recovery Scale; SeRvE = Service-user Recovery Evaluation scale; HAO = Hope Agency and Opportunity; CRM = Consumer Recovery Measure.

Content Validity Analysis

The mapping of PROMs items onto the CHIME framework is available in Appendix D. Regarding the relevance of included PROMs items, nine measures (out of 25) were found to yield less than 85% of items mapping to the CHIME dimensions: the MHRM-30 (83.3%), MHRM-10 (70%), STORI-50 (60%), POP-RS-13 (53.8%), PRI-25 (8%), BRQ-36 (66.7%), RMQ-24 (83.3%), SISR-A&B (33.3%) and SeRvE-40 (82.5%). The Psychosis Recovery Inventory (PRI, Chen et al., 2005) was found to have poor items' relevance regarding the CHIME dimensions, with almost all items considered not to map the framework (n = 23, 92%

non-mapping items). Indeed, items were very oriented towards symptom recovery from a first psychotic episode. This typifies what Andresen et al. (2011) described as one of the many meanings that can be given to the term recovery in the literature: a meaning based on the medical model, referring to the end of the psychotic phase of a discrete episode of schizophrenia. However, this PROM had been included in several previous reviews of personal recovery measures (Cavelti et al., 2012; Law et al., 2012; Scheyett et al., 2013; Shanks et al., 2013). Given this element of content validity, we would not recommend using the PRI as a personal recovery PROM.

Regarding the comprehensiveness of included PROMs, seven measures were found to not to encompass every CHIME dimension: MHRM-10 (no items for Connectedness, Hope, Empowerment), POP-RS-13 (no items for Connectedness, Identity, Meaning in Life), PRI (no items for Connectedness, Hope, Identity and Meaning in Life), BRQ-36 (no items for Hope), SISRA&B (no items for Connectedness and Hope), HAO (no items for Identity) and CRM-15 (no items for Identity).

Discussion

Main Results

This review aimed to identify personal recovery PROMs and analyze their psychometric properties. Its main strength was to propose a thorough systematic investigation of published PROMs, using standardized criteria to evaluate both (a) psychometric properties of included measures and (b) quality of evidence. In the peer-reviewed literature, we identified 25 PROMs designed to assess personal recovery in SMI. Two PROMs stood out significantly in terms of both (a) number of included studies and (b) overall psychometric quality: the Recovery Assessment Scale (RAS) and the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). Three other PROMs showed promising quality of psychometric data, though requiring further investigation: the Recovery Assessment Scale - Domains and Stages (RAS-DS), the Individual

Recovery Outcomes Counter (I.ROC) and the Maryland Assessment of Recovery Scale (MARS). These scales are discussed below.

Notably, 10 of the 25 identified PROMs had never been included in any of the previously identified reviews: the Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS, Hancock et al., 2015), Subjective Recovery Assessment Scale (SubRAS, Yildiz et al., 2017), Recovery Index (RI, IsHak et al., 2017), WestBridge Dual Recovery Inventory (WBDRI, Noël et al., 2016), SAMHSA-Recovery Inventory for Chinese (SAMHSA-RIC, Chiu et al., 2010), MyVoiceMyLife (MVML, Gordon et al., 2013), CHoice of Outcomes for CBT in psychosEs (CHOICE, Greenwood et al., 2010), Service User Recovery Evaluation scale (SeRvE, Barber et al., 2012), Consumer Recovery Measure (CRM, Lusczakoski et al., 2016) and the Hope, Agency and Opportunity (HAO, Newman-Taylor et al., 2017).

RAS-24

The Recovery Assessment Scale-24 items (RAS-24, Corrigan et al., 2004) is a short version of the original RAS-41. According to Campbell-Orde et al. (2005), the RAS-41 was originally designed as an outcome measure for program evaluation (Giffort et al., 1995). The items were generated upon analysis of four consumers' recovery stories. We do not recommend the use of the 41-item version, as it severely lacks psychometric testing. In order to develop the short RAS-24 version, Corrigan et al., (2004) deleted three of the eight components (originally identified using Principal Component Analysis, PCA), which led to a good fitting solution with confirmatory factor analysis (CFA). The remaining 24 items cover five dimensions: *Personal confidence and hope, Willingness to ask for help, Goal and success orientation, Reliance on others* and *Lack of domination by symptoms*. The RAS-24 was by far the most used PROM in our study pool (n=18 studies). It showed sufficient ratings on a wide variety of psychometric properties, though lacking quality of evidence: structural validity for its 5-domain structure, internal consistency, cross-cultural validity, reliability of both total and subscale scores,

convergent validity and responsiveness. Regarding content validity, the RAS-24 had good relevance and comprehensiveness. The RAS-24 items were found to evenly encompass the five CHIME dimensions, whereas the 41-item version had a strong focus on illness self-management. Two items did not map any of the five dimensions: item 16 (‘*My symptoms interfere less and less with my life”*) and item 17 (‘*My symptoms seem to be a problem for shorter periods of time each time they occur”*). The main limitation of the RAS-24 was the globally limited quality of evidence of its psychometric properties. This was mainly due to inconsistency across studies. No data was available regarding the RAS-24 known-groups validity, measurement error and criterion validity. Although we found evidence for sufficient validity of the RAS-24 five-factor structure, we recommend that a new exploratory factor analysis (EFA) be conducted, as the original five-factor structure originated from the debatable item reduction procedure described above. This might explain the inconsistency we found for both the structural validity and internal consistency of this structure. Additionally, the item reduction might have impacted the content validity of the scale, as it was neither motivated by theoretical elements nor decided with consumer feedback (at least to our knowledge). Moreover, consumers have argued that the RAS-24 failed to capture components of the later stages of the recovery journey (Hancock et al., 2013; Hancock et al., 2015).

QPR-22

The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR, Neil et al., 2009) is a 22-item Likert-type scale developed in collaboration with service users. Items were generated on the basis of the Pitt et al. (2007) study, a thematic synthesis of recovery accounts of people with psychotic disorders that identified three key themes of recovery: rebuilding self, rebuilding life and hope for a better future. The QPR-22 underwent quite thorough psychometric investigation, with n=6 included studies. It supposedly assesses two dimensions of personal recovery, with an *Interpersonal* and an *Intrapersonal* factor. It showed sufficient ratings for structural validity

with this two-factor solution, reliability for total and subscales scores, convergent and known-groups validity, and responsiveness. Regarding content validity, the QPR-22 showed good relevance and comprehensiveness, with a good fit to the CHIME framework and items equally covering all five dimensions. No unmatching items were found. No data was identified regarding QPR-22 cross-cultural validity/measurement invariance, measurement error and criterion validity. It received an insufficient rating for internal consistency as its *Interpersonal* factor failed to reach satisfactory values in three out of four studies. Although it received a sufficient rating for structural validity, the QPR-22 two-factor structure was found to be inconsistent across studies and lacked coherence with its theoretical basis. Notably, a 3-factor solution more coherent to the scale's theoretical basis had been identified by Chien & Chan (2013) using PCA, but was never replicated. The 15-item version (see below) addresses some of the scale's limitations.

QPR-15

The QPR-15 was developed as a shorter version of the QPR-22 to address structural validity and internal consistency limitations of the longer version. Law et al., (2014) removed the 7 items from the problematic *Interpersonal* factor. The scale is therefore considered unidimensional. The QPR-15 yielded several sufficient measurement properties with overall satisfying quality of evidence: structural validity for the PROM's unidimensionality, internal consistency, reliability for total score, convergent validity and responsiveness. Regarding content validity, the QPR-15 also had good relevance and comprehensiveness. As with its longer version, the QPR-15 items adequately fit the CHIME framework, with a small emphasis on Meaning in Life statements. No unmatching items were found. Regarding the scale's limitations, although one study investigated measurement error, it did not provide enough information and the result was rated indeterminate. No data regarding cross-cultural validity/measurement invariance, criterion validity and known-groups validity was found. As

with the RAS-24, the item reduction procedure that led to the QPR-15 is debatable, and might have impacted content validity of the scale as it was done without consumer feedback and seemingly solely for statistical purposes. We found only one study that tested the structural validity of the QPR-15 using EFA (Law et al., 2014), which yielded a single-factor solution with appropriate fit. We suggest that replication of the single-factor structure using EFA is needed to ensure the relevance of the reported CFA results.

RAS-DS-38

The Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS, Hancock et al., 2015) is a 38-item PROM based on the RAS and is specifically designed to address its imperfections. With the help of consumers, ill-fitting and redundant items were removed, and new items were introduced that assess the later stages of recovery. The scale assesses four dimensions: *Doing things I value*, *Looking forward*, *Mastering my illness*, *Connecting and belonging*. RAS-DS-38 underwent few validation studies (n=4) but obtained sufficient ratings for structural validity, internal consistency and convergent validity, all with high QoE. Regarding content validity, the scale showed good relevance and comprehensiveness. The 38 items of the RAS-DS covered all CHIME domains, although with a strong emphasis on the Empowerment dimension (n=14 items, 36.8% of all items). This version appears to be particularly relevant for the assessment of the later stages of personal recovery. Indeed, it has previously been suggested that empowerment is important in the later stages of personal recovery, from fostering the determination to realize the goal of recovery, to the process of regaining control over illness and life (Andresen et al., 2011). Of note, two items were not considered to map the CHIME framework: items 5 ('*I do things that are valuable and helpful to others*") and 24 ('*I can learn from my mistakes*"). Regarding the scale's limitations, no data was found regarding the RAS-DS-38 cross-cultural validity / measurement invariance, reliability of both total and subscale scores, measurement error, criterion validity, known-groups validity and responsiveness. With

data on reliability and responsiveness lacking, the scale cannot reliably and validly assess changes in personal recovery over time. Although it obtained high QoE ratings, this result should be nuanced as it might originate from limitations inherent to COSMIN methodology (see the later 'Limitations Regarding COSMIN Methodology" section for details). Further psychometric testing is required, especially regarding the structural validity of the scale. Of note, a recent shorter version of the scale (RAS-SF-20, DeSilva et al., 2021) showed better structural validity but lacks replication (n = 1 included study).

I.ROC-12

The Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC, Monger et al., 2013) is a 12-item scale designed in Scotland by a mental health organization called Penumbra. It was created to measure service users' progress in 12 key areas of recovery identified by a working group of senior professionals. The measure was developed in collaboration with service users and was pilot-tested for comprehensibility. It supposedly assesses two dimensions of recovery: *Intrapersonal* and *Interpersonal*. The I.ROC-12 was used in n = 5 validation studies. It yielded sufficient reliability for the total score, as well as sufficient convergent validity, both with high QoE. It was one of the two only measures to receive a sufficient rating for measurement invariance. Evidence of sufficient structural validity was found for a two-factor structure, when response categories were collapsed from six to four response options. Internal consistency was also rated sufficient. We could not assess the I.ROC-12 content validity. Indeed, the I.ROC-12 is copyrighted. We were therefore not able to access it in time for this review. Again, no data was found regarding several psychometric domains: measurement error, criterion validity and known-groups validity. The I.ROC-12 suffers several limitations regarding psychometry, notably with poor QoE for structural validity and internal consistency owing to high inconsistency across studies. This inconsistency could be due to the number of response categories, as both Rudd et al. (2020) and Sportel et al. (2023) did not specify whether they

used the six- or four-response option forms. We also found the I.ROC-12 responsiveness to be insufficient, with the available studies mainly rated inadequate, and one adequate study showing too small correlations with change scores of other outcome instruments (Sportel et al., 2023).

MARS-25

The Maryland Assessment of Recovery Scale (MARS, Drapalski et al., 2012) was developed by a team of clinical scientists in collaboration with experts and consumers. Its items were derived from a revised version of the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) operational definition of recovery that was developed by the team. The PROM was pilot-tested and checked for comprehensibility. The first validation study in people with SMI led to the 25-item version. The MARS-25 was involved in three validation studies. Sufficient structural validity was found for a unidimensional factor structure, as well as sufficient internal consistency, test-retest reliability and convergent validity. Regarding content validity, the MARS-25 fitted the CHIME framework well, with only one item not considered to match any dimension: item 20 ('*I know that I can make changes in my life even though I have a mental illness*"). However, we found that it placed a strong emphasis on the Empowerment dimension (n=11 items, 44% of total items) at the expense of the Connectedness and Meaning in Life dimensions. Nevertheless, all CHIME dimensions were represented across the items. Regarding the scale's limitations, no data was found for cross-cultural validity/measurement invariance, measurement error, criterion validity, known-groups validity and responsiveness. Further research is thus required. The current lack of responsiveness data hinders the scale from being used for longitudinal assessment.

Other Widely Used Scales

Two other scales, the Mental Health Recovery Measure (MHRM) and the Illness and Management Recovery Scale - Client version (IMRS-C), have received much attention in the literature. However, the present review showed that their validation is presently limited.

Although the MHRM-30 had interesting content validity characteristics, the MHRM-10 showed poor comprehensiveness (no items for the Connectedness, Hope and Empowerment dimensions). Both the 30- and 10-item versions did not present any conclusive evidence for several important construct validity and reliability parameters. No clear factor structure could be identified, as previous EFAs did not report fit parameters and no CFA was conducted. We recommend that a clear and strong evidence base for the MHRM structural validity be developed before carrying out a CFA (Brown, 2015).

In our opinion, the IMRS-C-15 should be used with caution as a broad personal recovery outcome measure, as it was developed to assess specific outcomes related to the Illness Management and Recovery program (IMR, for a recent review of effectiveness see Goh et al., 2023). Notably, its items covered all of the CHIME dimensions. Additionally, our results suggest that the IMRS-C-15 suffers from issues regarding internal consistency (at least for the three-factor structure), reliability of subscales and measurement error. It received an insufficient rating for responsiveness.

Limitations

Current Validity Limitations of Personal Recovery PROMs

In the present review, three measurement properties were found to be very rarely tested: criterion validity, measurement error and cross-cultural validity/measurement invariance.

Although we defined no gold-standard for personal recovery assessment, we found very few studies assessing criterion validity. Studies that compared PROM short version scores with the long version scores were all rated inadequate in the risk of bias analysis. Indeed, they had computed the short version scores from the participants' answers to the long version PROM, logically leading to high correlations.

Regarding measurement error, only two of the 91 included studies computed the minimal important change score, without providing the smallest detectable change value nor

the limits of agreement. Further research is needed in this area, as measurement error is a key parameter to interpret a scale's change score and is therefore crucial for recovery-oriented practice assessment.

Finally, we found very few studies that assessed cross-cultural validity or measurement invariance. Leendertse et al. (2021) highlighted the scarcity of studies investigating the effects of socio-demographics and patient characteristics on personal recovery: they reported associations with type of diagnosis and physical health. These associations could originate from variance in the measures used. Moreover, Llewellyn-Beardsley et al. (2023) recently stressed the importance of structural barriers that could prove detrimental to the recovery process at the socio-economical, institutional, and political level, and which are often overshadowed by the individualistic emphasis of most recovery narratives. The psychometric functioning of recovery measures should be explored within these different contexts.

However, the lack of data on cross-cultural validity, measurement invariance and measurement error is not specific to the personal recovery construct. A quick overview of recently published COSMIN reviews yielded similar results (e.g., empathy measurement, Harrison et al., 2020; workplace inclusion, Rezai et al., 2020; health-related quality of life in patients with lymphedema, Beelen et al., 2021; etc.). This could be due to the cost of these psychometrics evaluations in terms of time and participant resources.

Despite the large number of identified PROMs, only a few were generated on the basis of published conceptualizations/models of personal recovery. The QPR was based on the Pitt et al. (2007) model of personal recovery, the MHRM was based on the Young & Ensing (1999) model, and the STORI and SISR were based on the Andresen et al. (2003) model. The MARS and SAMHSA-RIC were based on the SAMHSA operational definition of personal recovery. We found no measure that used the CHIME framework as a basis to generate items, although it is recognized as somewhat consensual among recovery experts (Song, 2017). Of note, the

INSPIRE scale (Williams et al., 2015) was based on CHIME, but was designed as a measure of staff support for personal recovery. The scale was not included in the present review as it is not a personal recovery PROM.

Limitations Inherent in the Present Study

This study presents several limits. First, using Shanks et al. (2013) review as a basis for updating the literature search, and therefore only including studies published after May 2012, is a limitation to the systematic aspect of the review. However, if a study appeared in our search that was published before May 2012, we still considered it for inclusion. Additionally, we analyzed the references of included studies, in order to ensure better exhaustivity. This led to the inclusion of two studies published before May 2012 that had not been identified earlier. We also chose to include only peer-reviewed articles, to ensure a minimal quality of included studies, and to avoid methodological bias as much as possible. However, this may have prevented us from identifying non-validated PROMs. Furthermore, as noted by Shanks et al. (2013), the exclusion of studies using samples mainly composed of people with eating disorders and substance use disorders might have led to missing some other PROMs. Nonetheless, the ones we identified are cited in the Results section of this review. Subsequently, our decision to exclude "PROM use" studies (i.e., not aimed at PROM validation) may have led to disregard available data on psychometric properties such as responsiveness (e.g., from randomized controlled trials) or convergent validity (e.g., from transversal correlational studies). Yet, the COSMIN guidelines explicitly recommend to apply this exclusion criterion, for feasibility and exhaustivity reasons (p.20 of the COSMIN user manual).

Another limitation of this study is that we decided to only discuss the PROMs with the most promising psychometrics. Nevertheless, each PROM has its own benefits and limitations, and could be useful for a specific purpose in a specific context. For example, the SeRvE scale (Barber et al., 2012) is the only included PROM with a specific focus on spiritual well-being.

Likewise, some PROMs were designed for contexts where time constraints are a priority (e.g., SISR-A&B, HAO-4).

Finally, the method of mapping PROMs items onto the CHIME framework as a content validity analysis is also debatable. This method was efficient in identifying biomedically oriented items (i.e., theoretically not relevant for personal recovery), as well as in verifying that the PROMs items covered all dimensions of the CHIME framework evenly. However, as seen above, the CHIME framework is not the only model of personal recovery available. Moreover, the CHIME dimensions and subdimensions express key themes of personal recovery rather than definitions of specific constructs or processes. This may have introduced a bias in the mapping process, such as inter-rater variability. To limit this bias, the present mapping was conducted independently by two authors and disagreements were discussed until consensus was reached.

Limitations Regarding COSMIN Methodology

As observed by others (e.g., Meinck et al., 2022), the COSMIN methodology may sometimes be too severe? The 'worst score counts' principle generally leads to a high risk of bias and low QoE ratings. As underlined by Carlton et al. (2022), there is also an effect of publication year: the quality standards for PROM validation articles were not the same 10 years ago as they are today, and this often resulted in poorer ratings for older studies.

Second, we found the COSMIN methodology to lack finesse on several points. Regarding the construct validity and responsiveness summarized data, we found the percentage of confirmed hypotheses to poorly reflect PROMs' performance. A weighting computation considering the total number of tested hypotheses may be a better alternative. Similarly, the QoE rating does not factor in the total number of included studies for a specific PROM. This led to an unwanted bias: the most studied PROMs often yielded some degree of inconsistency amongst studies, thus obtaining lower QoE ratings, whereas they should benefit from this larger scientific data basis. On the other hand, PROMs used in fewer studies received higher QoE

ratings when their methodological quality was good. We took this limitation into account to formulate our recommendations of use. Nevertheless, we consider that future guidelines of the COSMIN methodology should integrate this limitation, as the imprecision criterion that allows the QoE rating to be penalized in the event of a small total sample size is not sufficient to account for the effect of the total number of studies.

We also identified limitations regarding the COSMIN criteria for good measurement properties (pp.28-29 of the COSMIN user manual). Regarding Classical Test Theory (CTT) indicators of structural validity supported by the COSMIN guidelines, some evidence suggests that they could lead to improper conclusions. Indeed, as explained in Brown (2015), Hu & Bentler (1999) criteria for establishing adequate structural validity should not be used in a categorical manner, i.e., CFI > .95 is good and < .95 is insufficient ("as they fluctuate as a function of modeling conditions"). The different fit parameters should be compared with each other and should be used in tandem with other aspects of the fitted solution, such as the localized areas of strain. The chosen COSMIN criteria led to sufficient structural validity ratings for studies in which the confirmatory factor analysis solution simultaneously yielded a CFI < .70 (which is a largely insufficient value) and an RMSEA < .06, a value that COSMIN considers sufficient. A combination of less severe fit criteria is preferable to the current mutually exclusive propositions. We also found specific methodologic limitations regarding the assessment of measurement error: the user manual does not provide clear guidelines for calculating the limits of agreement or the smallest detectable change values. We based our calculi on the COSMIN recommended deVet et al. (2011) book, but other methods could have been used. Regarding the rating of collected structural validity data, it was decided in this review to rate studies that used PCA for structural validity assessment as inadequate. Indeed, we considered that there is sufficient published evidence that this method is inappropriate (Gruijters, 2019, Fabrigar et al., 1999) for single outcome scales validation, and the COSMIN criteria for good measurement

properties do not offer specific criteria to rate PCA results. However, this might be considered too strict.

Finally, if studies produce inconsistent results regarding the psychometric properties of a PROM, the guidelines could provide the review team with standardized criteria to help identify a precise source of inconsistency. In the current document version, this whole process is entirely up to the review team, so this issue would benefit from a modification.

Perspectives For Future Research

This review underlines the large number and heterogeneity of personal recovery PROMs in the current literature. Although the Recovery Assessment Scale (RAS) and Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) stood out in overall quantity of tested psychometric properties, research is still needed to address some of the limitations described above. Both scales would benefit from an in-depth content validity assessment, to address the potential limitations due to their shortening. However, available psychometric evidence for these two PROMs is sufficient to make them currently the best candidates for criterion validity analysis, although they have not been sufficiently validated to be strictly considered as gold standards. The RAS lacks clear evidence for its structural validity and has been criticized by consumers for not being sufficiently representative of the later stages of recovery (Hancock et al., 2013, 2015), so until the RAS-DS-38 has received further validation, we recommend using the QPR for this purpose.

On a purely methodological note, the reader's attention should be drawn to the process of developing a shorter PROM version: aiming to develop shorter PROMs should never be done at the expense of content validity. In this review, numerous studies proceeded to item reduction as a way to improve structural validity. However, as pointed out by Koĝar (2020), item reduction should be undertaken primarily for reasons of feasibility, not by the need to improve indicators of structural validity. For example, in CTT analysis, various techniques were

identified in the included studies: deleting all the items from a factor that explains little of the total variance; arbitrarily keeping the items with the highest loadings; or deleting items upon inspection of localized fit indices. In IRT analysis, infit and outfit values were sometimes used to delete ill-fitting items prior to conducting a CFA. These techniques are not recommended as best practice for item reduction, especially when they are not theory-driven (for a review, see Boateng et al., 2018).

We also urge researchers to limit the creation of new personal recovery PROMs, but rather to use the available ones with stronger evidence, translating and adapting them to their specific context if needed (for guidelines, see International Test Commission, 2017; American Educational Research Association et al., 2014; or Gana et al., 2021 for French-speaking readers). This should ensure the subsequent psychometric enhancement of previously developed PROMs and make studies more comparable. Indeed, the heterogeneity between personal recovery measures has been found to impede the comparability of results (Leendertse et al., 2021).

Further research is also needed to probe the content validity characteristics of personal recovery PROMs, beyond our analysis of relevance and comprehensiveness of items. PROMs should meet several criteria when they are designed, such as involving people with mental illness, using a theoretical conceptualization of recovery, being pilot tested for clarity and comprehensibility, meeting reasonable standards of acceptability and feasibility. Otherwise, they may never be used for routine assessment or research purposes. This specific point could be the subject of another fully fledged systematic review, with the recently developed COSMIN checklist for PROM content validity analysis (Terwee et al., 2018).

Conclusion

This systematic review showed the RAS and QPR to be the most valid personal recovery PROMs, although the QPR-15 has better structural validity and internal consistency. However,

none of the included PROMs had sufficient properties on all psychometric domains with high levels of evidence. Further research is needed to extend knowledge on the measurement characteristics of PROMs. Most of the studies included were conducted in the U.S.A., U.K., and Australia. Although the recovery movement has long started propagating internationally, this result underlines these countries' cultural, societal, and political advance in the provision of recovery-oriented health care. Thanks to knowledge gained in the field and dedicated funding, this position of leadership has allowed researchers to engage in developing validated personal recovery PROMs, which in turn helps in organizational matters at all levels (Slade et al., 2010). As shown in this study, the currently available database of PROMs is well endowed, although most of them still need further research to enhance their psychometric properties. Nevertheless, the currently available PROMs appear sufficient to cover the needs of personal recovery assessment, whether for routine clinical practice or research purposes. Personal recovery PROMs are useful as mental health care indicators and are a step in the right direction for the global transformation of mental health organizations as they seek to improve the pathways to personal recovery (Slade, 2010; Anthony, 2000; Roe et al., 2022).

Acknowledgements

The authors would like to thank Ray Cooke for copyediting this article, as well as Hélène Plouseau-Guédé for her precious help in developing the search strategy.

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

References

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. https://www.testingstandards.net

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. G. (2006). *Stages of recovery instrument : Development of a measure of recovery from serious mental illness.* 11.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 586-594. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x

Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery : Beyond Mental Illness* (1re éd.). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119975182

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(2), 159-168. https://doi.org/10.1037/h0095104

Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Linketsky, M. (2021). The Eating Disorders Recovery Questionnaire : Psychometric properties and validity. *Eating and Weight Disorders : EWD*. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01139-y

Barber, J. M., Parkes, M., Parsons, H., & Cook, C. C. H. (2012). Importance of spiritual well-being in assessment of recovery : The Service-user Recovery Evaluation (SeRvE) scale. *The Psychiatrist*, *36*(12), 444-450. https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037838

Bassman, R. (2000). Agents, not objects : Our fights to be. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(11), 1395-1411. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200011)56:11<1395::AID-JCLP3>3.0.CO;2-W

Beelen, L. M., van Dishoeck, A.-M., Tsangaris, E., Coriddi, M., Dayan, J. H., Pusic, A. L., Klassen, A., & Vasilic, D. (2021). Patient-Reported Outcome Measures in Lymphedema : A Systematic Review and COSMIN Analysis. *Annals of surgical oncology*, *28*(3), 1656-1668. https://doi.org/10.1245/s10434-020-09346-0

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research : A Primer. *Frontiers in Public Health*, *6*, 149. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (Second edition). The Guilford Press.

Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the Value of Existing Recovery Measures for Routine Use in Australian mental Health Services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 267-280. https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996

Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. S. (2005). *Measuring the Promise : A Compendium of Recovery Measures Volume II* (The Evaluation Center @ HSRI, Éd.). https://www.hsri.org//publication/measuring-the-promise-a-compendium-of-recovery-measures-volume-ii

Carlton, J., Powell, P. A., & Project HERCULES Carer Group. (2022). Measuring carer quality of life in Duchenne muscular dystrophy : A systematic review of the reliability and validity of self-report instruments using COSMIN. *Health and Quality of Life Outcomes*, *20*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12955-022-01964-4

Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E.-M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, *27*(1), 19-32. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007

Chen, E. Y. H., Tam, D. K. P., Wong, J. W. S., Law, C. W., & Chiu, C. P. Y. (s. d.). *Self-Administered Instrument to Measure the Patient's Experience of Recovery After First-Episode Psychosis : Development and Validation of the Psychosis Recovery Inventory*. 7.

Chirio-Espitalier, M., Schreck, B., Duval, M., Hardouin, J.-B., Moret, L., & Bronnec, M. G. (2022). Exploring the Personal Recovery Construct in Bipolar Disorders : Definition, Usage and Measurement. A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.876761

Chiu, M. Y. L., Ho, W. W. N., Lo, W. T. L., & Yiu, M. G. C. (2010). Operationalization of the SAMHSA model of recovery : A quality of life perspective. *Qual Life Res*, 13.

Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(4), 1035-1041. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007118

Crowley, K. (1997). *Implementing the concept of recovery, Final report : Blue Ribbon Commission on Mental Health*. Wisconsin Department of Health Services, Madison.

Davidson, L. (Éd.). (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice : Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness : A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(5), 480-487. https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480

de Vet, H. C. W., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in Medicine : A Practical Guide*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511996214

Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B., & Bellack, A. S. (2012). Assessing Recovery of People With Serious Mental Illness : Development of a New Scale. *Psychiatric Services*, *63*(1), 48-53. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100109

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, *4*(3), 272-299. https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272

Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry*, *45*(9), 913-915. https://doi.org/10.1176/ps.45.9.913

Gana, K., Boudouda, N. E., Ben Youssef, S., Calcagni, N., & Broc, G. (2021). Adaptation transculturelle de tests et échelles de mesure psychologiques : Guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA. *Pratiques Psychologiques*, *27*(3), 223-240. https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.02.001

Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*.

Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures : National survey. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(2), 101-103. https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.101

Gingerich, S., & Mueser, K. T. (2005). Illness Management and Recovery. In *Evidence-based mental health practice : A textbook.* (p. 395-424). W. W. Norton & Company.

Goh, Y. S. S., Ow Yong, J. Q. Y., & Li, A. Z. (2023). Effectiveness of Illness Management and Recovery program on people with severe mental illnesses : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2023.1162288

Gordon, S. E., Ellis, P. M., Siegert, R. J., & Walkey, F. H. (2012). Development of a self-assessed consumer recovery outcome measure : My voice, my life. *Administration and Policy in Mental Health*, *40*(3), 199-210. https://doi.org/10.1007/s10488-012-0417-9

Greenwood, K. E., Sweeney, A., Williams, S., Garety, P., Kuipers, E., Scott, J., & Peters, E. (2010). CHoice of Outcome In Cbt for psychosEs (CHOICE) : The Development of a New Service User–Led Outcome Measure of CBT for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *36*(1), 126-135. https://doi.org/10.1093/schbul/sbp117

Gruijters, S. L. K. (2020). *Using principal component analysis to validate psychological scales : Bad statistical habits we should have broken yesterday II* [Preprint]. PsyArXiv. https://doi.org/10.31234/osf.io/qbe6k

Hancock, N., Bundy, A., Honey, A., Helich, S., & Tamsett, S. (2013). Measuring the later stages of the recovery journey : Insights gained from clubhouse members. *Community Mental Health Journal*, *49*(3), 323-330. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9533-y

Hancock, N., Scanlan, J. N., Honey, A., Bundy, A. C., & O'Shea, K. (2015). Recovery Assessment Scale—Domains and Stages (RAS-DS) : Its feasibility and outcome measurement capacity. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(7), 624-633. https://doi.org/10.1177/0004867414564084

Harrison, J. L., Brownlow, C. L., Ireland, M. J., & Piovesana, A. M. (2022). Empathy Measurement in Autistic and Nonautistic Adults : A COSMIN Systematic Literature Review. *Assessment*, *29*(2), 332-350. https://doi.org/10.1177/1073191120964564

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, *6*(1), 1-55.

Hunter, R. H., & Marsh, D. T. (1994). Mining giftedness : A challenge for psychologists. In *New directions in the psychological treatment of serious mental illness* (p. 99-122). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

International Test Commission. (2017). *ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second Edition)*. https://www.intestcom.org

IsHak, W. W., Bonifay, W., Collison, K., Reid, M., Youssef, H., Parisi, T., Cohen, R. M., & Cai, L. (2017). The recovery index : A novel approach to measuring recovery and predicting remission in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *208*, 369-374. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.081

Jensen-Doss, A., Smith, A. M., Becker-Haimes, E. M., Mora Ringle, V., Walsh, L. M., Nanda, M., Walsh, S. L., Maxwell, C. A., & Lyon, A. R. (2018). Individualized Progress Measures Are More Acceptable to Clinicians Than Standardized Measures : Results of a National Survey. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(3), 392-403. https://doi.org/10.1007/s10488-017-0833-y

Koğar, H. (2020). Development of a Short Form : Methods, Examinations, and Recommendations. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, *11*(3), 302-310. https://doi.org/10.21031/epod.739548

Krägeloh, C. U., Czuba, K. J., Billington, D. R., Kersten, P., & Siegert, R. J. (2015). Using Feedback From Patient-Reported Outcome Measures in Mental Health Services : A Scoping Study and Typology. *Psychiatric Services*, *66*(3), 224-241. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400141

Law, H., Morrison, A., Byrne, R., & Hodson, E. (2012). Recovery from psychosis : A user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *Journal of Mental Health*, *21*(2), 192-207. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670885

Law, H., Neil, S. T., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). *Schizophrenia Research*, *156*(2-3), 184-189. https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.011

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Leendertse, J. C. P., Wierdsma, A. I., van den Berg, D., Ruissen, A. M., Slade, M., Castelein, S., & Mulder, C. L. (2021). Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis of Associated Factors. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 622628. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.622628

Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Pollock, K., Slade, M., & Edgley, A. (2023). "Nothing's changed, baby" : How the mental health narratives of people with multiple and complex needs disrupt the recovery framework. *SSM - Mental Health*, 100221. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100221

Lusczakoski, K. K., Olmos-Gallo, P. A., Milnor, W., & McKinney, C. J. (2016). Measuring Mental Health Recovery : An Application of Rasch Modeling to the Consumer Recovery Measure. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *43*(1), 104-115. https://doi.org/10.1007/s11414-014-9411-1

Meinck, F., Neelakantan, L., Steele, B., Jochim, J., Davies, L. M., Boyes, M., Barlow, J., & Dunne, M. (2022). Measuring Violence Against Children : A COSMIN Systematic Review of the Psychometric Properties of Child and Adolescent Self-Report Measures. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380221082152. https://doi.org/10.1177/15248380221082152

Mokkink, L. B., de Vet, H. C. W., Prinsen, C. a. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., & Terwee, C. B. (2017). COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *27*(5), 1171-1179. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4

Mokkink, L. B., Prinsen, C. A. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). *COSMIN methodology for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) : User manual.* https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-syst-review-for-PROMs-manual_version-1_feb-2018-1.pdf

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, *63*(7), 737-745. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006

Monger, B., Hardie, S. M., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013). The Individual Recovery Outcomes Counter : Preliminary validation of a personal recovery measure. *Psychiatrist*, *37*(7), 221-227. Scopus. https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041889

National Institute of Mental Health. (n.d.). *Mental Illness*. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness

Neil, S., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR) : A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, *1*, 145-155. https://doi.org/10.1080/17522430902913450

Newman-Taylor, K., Garner, C., Vernon-Wilson, E., Paas, K. H. W., Herbert, L., & Au-Yeung, S. K. (2017). Psychometric evaluation of the hope, agency and opportunity (HAO); a brief measure of mental health recovery. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, *26*(6), 562-568. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1385746

Newman-Taylor, K., Maguire, T., & Bowen, A. (2019). Why are we not measuring what matters in mental health in the UK? The case for routine use of recovery outcome measures. *Perspectives in Public Health*, *139*(4), 181-183. https://doi.org/10.1177/1757913919851414

Noel, V., Woods, M., Routhier, J., & Drake, R. (2016). Planning Treatment and Assessing Recovery in Participants With Dual Diagnosis : Preliminary Evaluation of a New Clinical Tool. *Journal of Dual Diagnosis*, *12*(1), 55-62. https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1146555

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Penas, P., Iraurgi, I., Concepción Moreno, M., & Uriarte, J. J. (2019). How is evaluated mental health recovery? : A systematic review. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *47*(1), 23-32. Scopus.

Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis : A user-led project. *Psychiatric Bulletin*, *31*(2), 55-60. https://doi.org/10.1192/pb.bp.105.008532

Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, *27*(5), 1147-1157. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3

Rezai, M., Kolne, K., Bui, S., & Lindsay, S. (2020). Measures of Workplace Inclusion : A Systematic Review Using the COSMIN Methodology. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *30*(3), 420-454. https://doi.org/10.1007/s10926-020-09872-4

Roe, D., Slade, M., & Jones, N. (2022). The utility of patient-reported outcome measures in mental health. *World Psychiatry*, *21*(1), 56-57. https://doi.org/10.1002/wps.20924

Rudd, B., Karatzias, T., Bradley, A., Fyvie, C., & Hardie, S. (2020). Personally meaningful recovery in people with psychological trauma : Initial validity and reliability of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(3), 387-398. https://doi.org/10.1111/inm.12671

Saputra, A., Kusumawardhani, A. A. A. A., Elvira, S. D., & Wiguna, T. (2022). An item development, content validity, and feasibility study towards the Indonesian recovery scale for

patients with schizophrenia. *Heliyon*, *8*(11), e11826. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11826

Scheyett, A., DeLuca, J., & Morgan, C. (2013). Recovery in Severe Mental Illnesses : A Literature Review of Recovery Measures. *Social Work Research*, *37*(3), 286-303. https://doi.org/10.1093/swr/svt018

Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery : A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *64*(10), 974-980. https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012

Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L., & Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery : A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1082-1095. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002

Slade, M. (2010). Measuring recovery in mental health services. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *47*(3), 206-212.

Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery : Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, *24*(1), 1-4. https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery : Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, *13*(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery : Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(4), 353-364. Scopus. https://doi.org/10.1017/S2045796012000133

Song, L. (2017). Predictors of personal recovery for persons with psychiatric disabilities : An examination of the Unity Model of Recovery. *Psychiatry Research*, *250*, 185-192. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.088

Song, L.-Y., & Shih, C.-Y. (2009). Factors, Process and Outcomes of Recovery From Psychiatric Disability : The Unity Model. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(4), 348-360. https://doi.org/10.1177/0020764008093805

Sportel, B. E., Aardema, H., Boonstra, N., Arends, J., Rudd, B., Metz, M. J., Castelein, S., & Pijnenborg, G. H. M. (2023). Measuring recovery in participants with a schizophrenia spectrum disorder : Validation of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *BMC Psychiatry*, *23*(1), 296. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04763-3

Tenney, L. J. (2000). It has to be about choice. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(11), 1433-1445. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200011)56:11<1433::AID-JCLP6>3.0.CO;2-5

Terwee, C. B., Jansma, E. P., Riphagen, I. I., & de Vet, H. C. W. (2009). Development of a methodological PubMed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Quality of Life Research*, *18*(8), 1115-1123. https://doi.org/10.1007/s11136-009-9528-5

Terwee, C. B., Prinsen, C. a. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures : A Delphi study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *27*(5), 1159-1170. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0

Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., & Bennett, M. (2018). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses : A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatric Services*, *69*(3), 259-267. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(5), 777-786. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0

Wolstencroft, K., Oades, L., Caputi, P., & Andresen, R. (2010). Development of a structured interview schedule to assess stage of psychological recovery from enduring mental illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 14*(3), 182-189. https://doi.org/10.3109/13651501003668552

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches. In *Guidance and technical packages on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648

Yildiz, M., Erim, R., Soygur, H., Tural, U., Kiras, F., & Gules, E. (2017). Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *28*(2), 163-169. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1405579

Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *22*(3), 219-231. https://doi.org/10.1037/h0095240

Appendix A

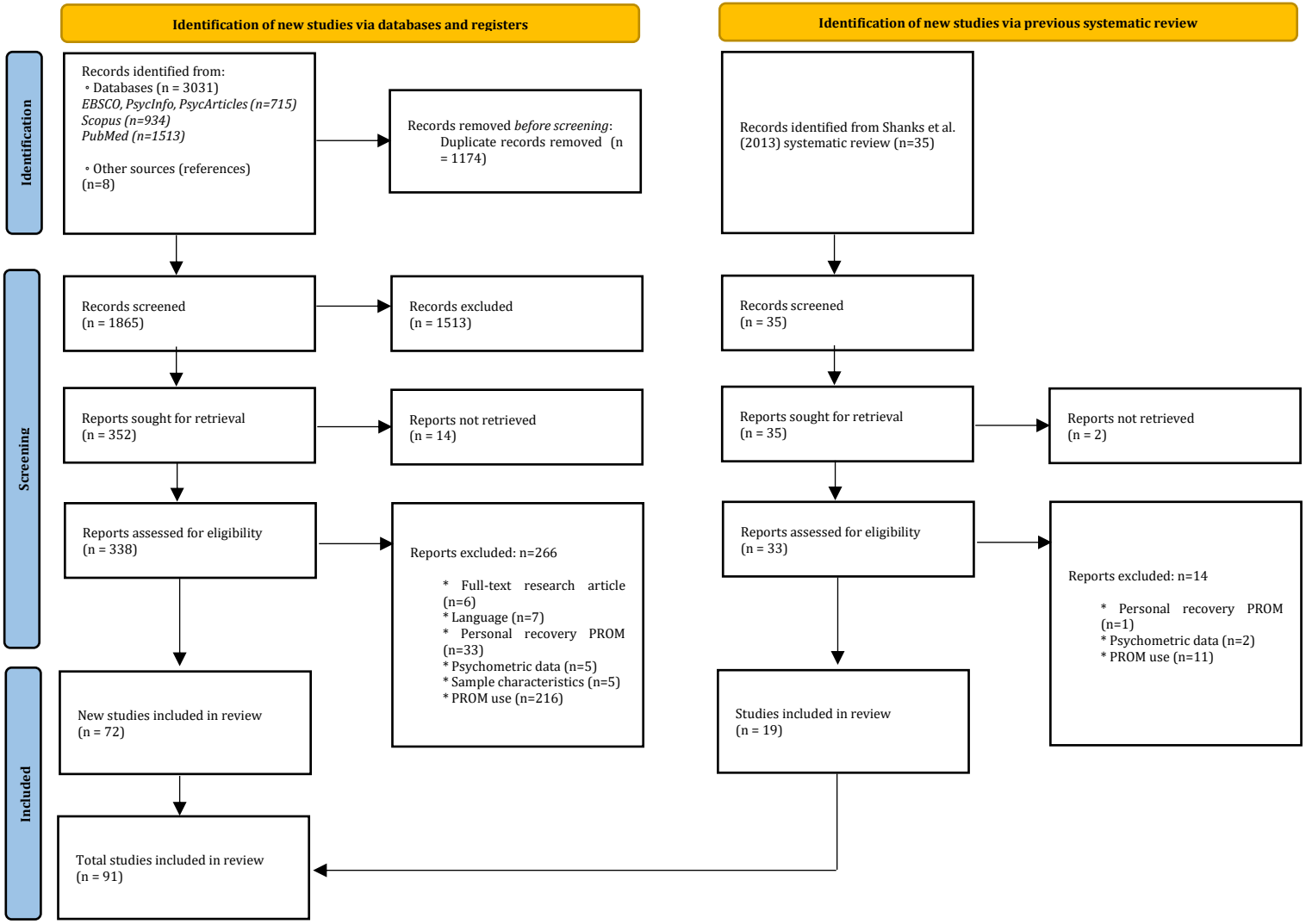
List of Abbreviations

Common-term abbreviation	Full-term
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CFA	Confirmatory Factor Analysis
CFI	Comparative Fit Index
CHIME	Connectedness, Hope, Identity, Meaning in Life and Empowerment
COSMIN	Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments
CTT	Classical Test Theory
DIF	Differential Item Functioning
EFA	Exploratory Factor Analysis
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation
IRT	Item-Response Theory
LoA	Limits of Agreement
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MIC	Minimal Important Change
PBSC	Psychology and Behavioral Sciences Collection
PCA	Principal Component Analysis
PMC	PubMed Central
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PROM	Patient-Reported Outcome Measure
QoE	Quality of Evidence
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
ROC	Receiver Operating Characteristic
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SD	Standard Deviation
SDC	Smallest Detectable Change
SEM	Standard Error of Measurement
SMI	Serious Mental Illness
WHO	World Health Organization
Patient-reported outcome measures abbreviations	**Full term**
BRQ	Bipolar Recovery Questionnaire
CHOICE	Choice of Outcome for Cognitive Behavioral Therapy in Psychosis
CRM	Consumer Recovery Measure
HAO	Hope, Agency and Opportunity
I.ROC	Individual Recovery Outcomes Counter
IMRS-C	Illness Management and Recovery Scale - Client version
MARS	Maryland Assessment of Recovery Scale

MHRM	Mental Health Recovery Measure
MHRS	Mental Health Recovery Star
MVML	MyVoiceMyLife
POP-RS	Peer Outcome Protocol - Recovery Subscale
PRI	Psychosis Recovery Inventory
QPR	Questionnaire about the Process of Recovery
RAS	Recovery Assessment Scale
RAS-DS	Recovery Assessment Scale - Domains and Stages
RI	Recovery Index
RMQ	Recovery Markers Questionnaire
RPI	Recovery Process Inventory
SAMHSA-RIC	Substance Abuse and Mental Health Services Administration - Recovery Inventory for Chinese
SISR	Self-Identified Stage of Recovery
SRS	Stages of Recovery Scale
STORI	Stages of Recovery Instrument
SubRAS	Subjective Recovery Assessment Scale
WBDRI	WestBridge Dual Recovery Inventory

Appendix B

Flow Diagram of Study Searches



Note. Adapted from PRISMA 2020 flow diagram model (Page et al., 2021). PROM = Patient-Reported Outcome Measure

Appendix C

Characteristics of Included PROMs

PROM version	Reference	PROM description	Population of development	Format	Original language	PROM translations included in review	Conceptual basis of items	Users' involvement in development process
Recovery Assessment Scale (RAS)								
41 items	Corrigan et al. (1999)	Outcome measure for program evaluation	SMI	5-point Likert scale	English	Italian, French	Narrative analysis of four consumers' recovery stories; experts' agreement	Yes
24 items	Corrigan et al. (2004)	Psychometrically shortened version of RAS-41	SMI	5-point Likert scale	English	Japanese, Hebrew, French, Portuguese, Chinese, German, Cantonese, Spanish, Norwegian, Turkish, Dutch	–	–
Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)								
22 items	Neil et al. (2009)	Collaboratively designed outcome measure of PR	Psychotic disorders	5-point Likert scale	English	Mandarin Chinese, Swedish, Japanese	Pitt et al. (2007) model of PR	Yes
15 items	Law et al. (2014)	Psychometrically shortened version of QPR-22	Schizophrenia	5-point Likert scale	English	Dutch, German, Spanish	–	–
Mental Health Recovery Measure (MHRM)								
30 items	Bullock & Young (2003)	Outcome measure of PR	SMI	5-point Likert scale	English	Chinese, Dutch, Portuguese	Young & Ensing (1999) model of PR	–
10 items	Armstrong et al. (2014)	Psychometrically shortened version of MHRM-30	SSD	5-point Likert scale	English	Turkish	–	–
STages Of Recovery Instrument (STORI)								
50 items	Andresen et al. (2006)	Theory driven outcome measure of processes and stages of PR	SMI	6-point Likert scale	English	Spanish, Hindi	Andresen et al. (2003) model of PR; iterature review; experts' agreement	Yes
30 items	Andresen et al. (2013)	Psychometrically shortened version of STORI-50	SMI	6-point Likert scale	English	Chinese	–	–
Illness Management and Recovery Scale -Client version (IMRS-C)								
15 items	Mueser & Gingerich (2005)	Subscale of a larger inventory designed to assess outcomes of the Illness Management and Recovery (IMR) program.	SMI	5-point scales that vary across items	English	Hebrew, Dutch, Turkish	Items generated by IMR practitioners and consumers to reflect IMR outcomes	Yes
Peer Outcome Protocol – Recovery Scale (POP-RS)								
13 items	Campbell et al, (2004)	Subscale of the Peer Outcome Protocol, an inventory to assess outcomes of interest to people in recovery.	SMI	4-point Likert scale	English	Chinese	Literature review; focus group	Yes

Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS- DS)									
38 items	Hancock et al. (2015)	Outcome measure of PR, based on the RAS with additional items to cover later stages of PR	SMI	4-point Likert scale	English		–	RAS-24 items; focus groups	Yes
20 items	DeSilva et al. (2021)	Psychometrically shortened version of RAS-DS-38	SMI	4-point Likert scale	English		–	–	–
Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC)									
12 items	Monger et al. (2012)	Outcome measure of PR designed for routine use	SMI	6-point visual analogue scale	English	Dutch		Experts' agreement; national agencies guidelines; existing tools	Yes
Subjective Recovery Assessment Scale (SubRAS)									
17 items	Yildiz et al. (2017)	Outcome measure of PR specifically designed for the Turkish cultural context.	SSD	5-point Likert scale	Turkish		–	Items from RAS, STORI & QPR; focus group with consumers and families	Yes
Psychosis Recovery Inventory (PRI)									
25 items	Chen et al. (2005)	Outcome measure of aspects related to the recovery of first-episode psychosis	Schizophrenia	6-point Likert scale	Chinese	English		Qualitative interviews with patients; experts' agreement	Yes
Recovery Process Inventory (RPI)									
22 items	Jerrell et al. (2006)	Outcome measure of PR to develop mental health system recovery orientation	SMI	5-point Likert scale	English	German		South Carolina Department of Mental Healthoperational definition of PR	Yes
Maryland Assessment of Recovery Scale (MARS)									
25 items	Drapalski et al. (2012)	Theory driven outcome measure of PR designed for both research and clinical purpose	SMI	5-point Likert scale	English		–	Experts' agreement; SAMHSA definition of PR	Yes
Mental Health Recovery Star (MHRS)									
10 items	Mckeith et al. (2008)	PR outcome measure designed to assess and summarize change, plan the actions needed to progress across domains	SMI	10-point scales that vary across items	English		–	–	Yes
Recovery Index (RI)									
21 items	IsHak et al. (2017)	IRT-made index composed of items from a social functioning scale (WSAS, Mundt et al., 2002) and a quality-of-life scale (Q-LES-Q, Endicott et al., 1993)	MDD	–	English		–	Items derived from two existing scales	–
WestBridge Dual Recovery Inventory (WBDRI)									

14 items	Noel et al. (2016)	PR outcome measure specifically designed for dual diagnosis program evaluation	Dual diagnosis of SMI and SUD	5-point Likert scale	English		–	Program's participants, staff and leaders generated items to capture program outcomes	Yes	
SAMHSA-Recovery Inventory for Chinese (SAMHSA-RIC)										
111 items	Chiu et al. (2010)	Composite PR outcome scale made from 12 measures that assess recovery-related components	SSD	–	Cantonese		–	SAMHSA definition of PR; items derived from existing scales		–
41 items	Chiu et al. (2014)	Psychometrically IRT-reduced version of the SAMHSA-RIC-111	SSD	–	Cantonese		–	–		–
72 items	Chiu et al. (2020)	Psychometrically CFA-reduced version of the SAMHSA-RIC-111	SSD	–	Cantonese		–	–		–
Bipolar Recovery Questionnaire (BRQ)										
36 items	Jones et al. (2013)	PR outcome measure specifically designed for bipolar disorders	BD	Visual analogue scale	English		–	Literature review; qualitative study; experts' agreement	Yes	
My Voice My Life (MVML)										
17 items	Gordon et al. (2013)	Consumer-led PR outcome measure	SMI	5-point Likert scale	English		–	Gordon et al. (2004) identified domains of PR ; experts' agreement	Yes	
Recovery Markers Questionnaire (RMQ)										
24 items	Ridgway & Press (2004)	Recovery subscale of the Recovery Enhancing Environment scale (REE/DREEM), a set of outcomes designed to be used to assess and promote organizational change toward recovery.	SMI	5-point Likert scale	English	Spanish		Consumers accounts of recovery; review of practices	Yes	
CHOIce of outcome for CBT in psychosEs (CHOICE)										
24 items	Greenwood et al. (2010)	PR measure designed to assess key outcomes of CBTp programs	Psychotic disorders	10-point Osgood scale	English		–	Focus groups to identify key outcomes of the program; thematic and content analysis	Yes	
11 items	Webb et al. (2021)	Psychometrically shortened version of CHOICE-24	SMI	10-point Osgood scale	English		–	–		–
Self-Identified Stage of Recovery – part A (SISR-A)										
1 item	Andresen et al. (2006)	Theory driven brief measure of PR stages	SMI	Nominal scale with 5 possible answers	English	Japanese		Andresen et al. (2003) model of PR		–
Self-Identified Stage of Recovery – part B (SISR-B)										
4 items	Andresen et al. (2006)	Theory driven brief measure of PR processes	SMI	6-point Likert scale	English	Japanese		Andresen et al. (2003) model of PR		–

Stages of Recovery Scale (SRS)									
	45 items	Song & Hsu (2011)	Scale designed to assess the components of process and outcomes of PR, and to determine the person's stage of recovery, in order to promote recovery- oriented services	SMI	4-point Likert scale	Chinese	–	Experts' agreement; existing scales (STORI, RAS, MHRM)	Yes
Service-user Recovery Evaluation scale (SeRvE)									
	40 items	Barber et al. (2012)	PR outcome scale with specific focus on spiritual well-being	SMI	5-point Likert scale	English	–	Literature search; existing scales; focus groups	Yes
	15 items	Barber et al. (2017)	Shortened version of the SeRvE-40, with qualitative feedback from users	SMI	5-point Likert scale	English	–	–	Yes
Consumer Recovery Measure (CRM)									
	15 items	Lusczakoski et al. (2016)	Brief PR outcome scale developed by a participatory work group for use in the holistic recovery evaluation system used internally by the Mental Health Center of Denver (MHCD), U.S.A.	SMI	4-point Likert scale	English	–	MHCD definition of recovery, focus groups	Yes
Hope, Agency, Opportunity (HAO)									
	4 items	Newman-Taylor et al. (2017)	Very brief measure of recovery, combining patient reported outcomes and experience of services	Mental illness	5-point Likert scale	English	–	Perkins & Repper, 2003 model of mental health practice + literature search	Yes

Appendix D

Mapping of PROMs Items onto the CHIME Framework

PROM version	Connectedness		Hope		Identity		Meaning in life		Empowerment		Non-mapping items		Agreement rate
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	%
RAS													
41 items	4	9,76	6	14,63	4	9,76	5	12,20	17	41,46	5	12,20	80.5
24 items	4	16,67	5	20,83	3	12,50	4	16,67	6	25,00	2	8,33	79.2
QPR													
22 items	6	27,27	2	9,09	3	13,64	6	27,27	5	22,73	0	0	63.7
15 items	2	13,33	2	13,33	3	20,00	5	33,33	3	20,00	0	0	66.6
MHRM													
30 items	3	10,00	3	10,00	6	20,00	8	26,67	5	16,67	5	16,67	66.6
10 items	0	0	0	0	4	40,00	3	30,00	0	0	3	30,00	70.0
STORI													
50 items	2	4,00	6	12,00	9	18,00	10	20,00	13	26,00	10	20,00	60.0
IMRS-Client													
15 items	2	13,33	2	13,33	4	26,67	7	46,67	2	13,33	2	13,33	73.3
POP-RS													
13 items	0	0	3	23,08	0	0	0	0	4	30,77	6	46,15	53.8
RAS-DS													
38 items	7	18,42	5	13,16	2	5,26	8	21,05	14	36,84	2	5,26	81.6
SubRAS													
17 items	6	35,29	2	11,76	1	5,88	5	29,41	3	17,65	0	0	82.3
PRI													
25 items	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8,00	23	92,00	76.0
RPI													
22 items	6	27,27	4	18,18	2	9,09	4	18,18	3	13,64	3	13,64	81.2
MARS													
25 items	2	8,00	6	24,00	4	16,00	1	4,00	11	44,00	1	4,00	72.0
MHRS													
10 items	2	20,00	1	10,00	1	10,00	1	10,00	5	50,00	0	0	80.0
BRQ													
36 items	1	2,78	0	0	2	5,56	9	25,00	12	33,33	12	33,33	69.4
MVML													
65 items	13	20,00	1	1,54	8	12,31	22	33,85	20	30,77	1	1,54	66.1
RMQ													
24 items	4	16,67	2	8,33	1	4,17	10	41,67	3	12,50	4	16,67	79.2
CHOICE													
12 items	1	8,33	1	8,33	1	8,33	4	33,33	4	33,33	1	8,33	91.7
SISR-A&B													
9 items	0	0	0	0	1	11,11	1	11,11	1	11,11	6	66,67	88.9
SeRvE													
40 items	9	23,08	3	7,69	4	10,26	14	35,90	2	5,13	7	17,95	87.5
15 items	2	13.33	4	26.67	2	13.33	5	33.33	1	6.67	1	6.67	100
HAO													
4 items	1	25.00	1	25.00	0	0	1	25.00	1	25.00	0	0	100
CRM													
15 items	4	28,57	3	21,43	0	0	3	21,43	3	21,43	1	7,14	86.7

Note. PROMs items were reviewed independently by SF & KMV and attributed to a CHIME dimension when possible. Number (n) and percentage (%) of items mapped onto each dimension are displayed. Non-mapping items refers to the items that could not be attributed to any dimension. The STORI-30, RAS-SF-20, I.ROC-12, RI-21, WBDRI-14, SAMHSA-RIC-72 & 41, and SRS-45 were excluded from this analysis as we could not access the scales. PROM = Patient-Reported Outcome Measure; RAS = Recovery Assessment Scale; QPR = Questionnaire about the Process of Recovery; MHRM = Mental Health Recovery Measure; STORI = STages Of Recovery Instrument; IMRS-C = Illness Management and Recovery Scale -Client version; POP-RS = Peer Outcome Protocol – Recovery Scale; RAS-DS = Recovery Assessment Scale – Domains and Stages; I.ROC = Individual Recovery Outcomes Counter; SubRAS = Subjective Recovery Assessment Scale; PRI = Psychosis Recovery Inventory; RPI = Recovery Process Inventory; MARS = Maryland Assessment of Recovery Scale; MHRS = Mental Health Recovery Star; RI = Recovery Index; WBDRI = WestBridge Dual Recovery Inventory; SAMHSA-RIC = SAMHSA-Recovery Inventory for Chinese; BRQ = Bipolar Recovery Questionnaire; MVML = My Voice My Life; RMQ = Recovery Markers Questionnaire; CHOICE = CHOIce of outcome for CBT in psychoses; SISR-A = Self-Identified Stage of Recovery – part A; SISR-B = Self-Identified Stage of Recovery – part B; SRS = Stages of Recovery Scale; SeRvE = Service-user Recovery Evaluation scale; HAO = Hope Agency Opportunity; CRM = Consumer Recovery Measure.

1.3 Synthèse et ouverture

1.3.1 Synthèse et discussion des résultats principaux

Cette étude avait pour objectif (i) de recenser les PROMs du rétablissement personnel publiés dans littérature scientifique, et (ii) d'analyser et évaluer la qualité scientifique de ces mesures (i.e., leurs propriétés psychométriques) à l'aide d'une méthodologie standardisée. Une revue systématique de la littérature a donc été menée en suivant les méthodologies PRISMA (Page et al., 2021) et COSMIN (Prinsen et al., 2018). Sur plus de 3000 publications examinées, 91 études ont répondu aux critères d'inclusion. Au total, **25 PROMs** (*Patient-Reported Outcome Measures*) dédiées à la mesure du rétablissement personnel ont pu être identifiées : elles présentent une grande hétérogénéité de contenus, de bases théoriques, de formats, etc. Parmi les 25 PROMs identifiées, deux se distinguent par leur large diffusion et leur solidité psychométrique globale : la ***Recovery Assessment Scale*** (RAS, Corrigan, Giffort, et al., 1999) et le ***Questionnaire About the Process of Recovery*** (QPR, Neil et al., 2009). Trois autres PROMs font l'objet d'une présentation approfondie, présentant des propriétés psychométriques prometteuses : la *Recovery Assessment Scale Domains and Stages* (RAS-DS, Hancock et al., 2015), l'*Individual Recovery Outcomes Counter* (I.ROC, Monger et al., 2013) et la *Maryland Assessment of Recovery Scale* (MARS, Drapalski et al., 2012).

Cependant, **aucune de ces 25 PROMs n'atteint une qualité scientifique satisfaisante** sur l'ensemble des critères évalués. Certaines propriétés psychométriques n'ont été que rarement testées, comme la sensibilité au changement, l'erreur de mesure, ou la validité interculturelle. Pourtant ces qualités sont essentielles pour une interprétation correcte des scores sur ces échelles. Ce constat invite à poursuivre les efforts de validation des PROMs du rétablissement, dans la perspective d'améliorer la fiabilité des recherches sur le rétablissement personnel. Un autre point critique concerne l'ancrage théorique des mesures. Ainsi, aucune des échelles identifiées n'a été développée à partir du modèle CHIME, pourtant largement reconnu comme fondement conceptuel du rétablissement (Hare-Duke et al., 2023; Leamy et al., 2011). Ce décalage soulève des questions quant à la validité de contenu des instruments existants, et leur capacité à refléter fidèlement et exhaustivement l'expérience des personnes concernées.

Enfin, les adaptations francophones de ces PROMs restent **rares et insuffisamment documentées**. Seuls trois outils traduits en français ont été recensés : la MHRM, la RAS et la STORI. Parmi ces outils, seule la RAS a fait l'objet d'une étude de validation, bien qu'auprès

d’une population très spécifique de personnes sans-abris souffrant de troubles psychiques sévères (Girard et al., 2015), ce qui ne garantit pas son utilisation dans d’autres populations. De plus, cet instrument, ayant été conçu au début des recherches sur le rétablissement à la fin des années 1990, présente des limites théoriques et n’intègre pas les évolutions conceptuelles récentes du rétablissement (Hancock et al., 2013). Ces lacunes traduisent un sous-développement de la recherche francophone quantitative, avec des répercussions concrètes sur l’implémentation des pratiques orientées rétablissement.

1.3.2 Implications

Cette revue systématique contribue à renforcer les connaissances sur la mesure du rétablissement personnel en santé mentale. Nos résultats invitent à développer des outils basés sur les modèles théoriques validés du rétablissement personnel, et à approfondir la validation des échelles existantes. Le manque de données sur les propriétés psychométriques des PROMs représente un frein connu à leur utilisation par les professionnels dans leur pratique clinique (Gelkopf et al., 2022; Newman-Taylor et al., 2019). En ce sens, cette revue systématique constitue une ressource utile pour **aider à la sélection des PROMs du rétablissement** les plus pertinentes selon les contextes de pratique clinique ou de recherche. L’intégration de PROMs du rétablissement dans les accompagnements en santé mentale répond à des logiques diverses : (i) sur un plan éthique, il s’agit d’incorporer pleinement les savoirs expérientiels, pour enrichir la pratique clinique basée sur la preuve, tandis que (ii) sur un plan institutionnel, c’est un moyen d’inclure la notion de rétablissement dans l'évaluation de la performance du système de soin, voire de renseigner sa transformation (Roe et al., 2022).

Suite à cette revue systématique, nous avons co-construit avec des collègues du laboratoire de psychologie une étude **d'adaptation au contexte français** d'un des outils robustes identifiés – le ***Questionnaire about the Process of Recovery*** (QPR-Fr, Munuera et al., 2024). Cette étude collaborative a fait l'objet d'une publication dans Psychiatric Rehabilitation Journal, disponible en Annexe 3. Le QPR-Fr, disponible en Annexe 4, peut dès à présent être utilisé par les personnes pour auto-évaluer leur rétablissement, ainsi qu'être intégrée dans les accompagnements en santé mentale.

Munuera, C., Felix, S., Prouteau, A., Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery in severe mental illness : French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). Psychiatric Rehabilitation Journal. https://doi.org/10.1037/prj0000601

La participation à cet article est décrite dans la déclaration CReDiT suivante : « Simon Felix played **a lead role** in conceptualization, data curation, formal analysis, investigation, methodology, and writing–original draft **and an equal role** in resources, visualization, and writing–review and editing. »

Les PROMs permettent de rendre compte du vécu individuel des personnes concernées par des troubles psychiques au sujet de leur rétablissement. Dans la perspective de soutenir le développement des pratiques orientées rétablissement en psychiatrie, il apparaît essentiel en complément de pouvoir évaluer la manière dont les environnements de soin soutiennent ou entravent le processus de rétablissement. L'étude suivante s'inscrit dans cette perspective complémentaire, en présentant la validation en langue française d'un outil centré sur l'expérience des usagers vis-à-vis de l'orientation rétablissement des services de santé mentale.

Chapitre 2. Mesurer l'orientation rétablissement des services de santé mentale du point de vue des personnes concernées

2.1 Introduction : L'orientation rétablissement, un indicateur de la qualité des soins

L'adoption d'une approche orientée rétablissement implique une transformation profonde des systèmes de soin, traditionnellement centrés sur la réduction des symptômes et le contrôle professionnel (Davidson et al., 2016; Davidson, Rowe, et al., 2009; Piat et al., 2021; Slade et al., 2014). Au cœur de cette transformation, il convient de proposer des pratiques et services de santé mentale « orientés rétablissement », visant à soutenir le rétablissement personnel. Pour cela, les professionnels et services doivent intégrer des valeurs, principes et compétences clés, essentiels à la promotion du rétablissement personnel : respecter les droits des personnes, leur permettre de faire des choix libres et éclairés, inspirer l'espoir pour le rétablissement, accompagner les personnes à définir et poursuivre des objectifs personnels, etc. (Le Boutillier et al., 2011; L. G. Oades & Anderson, 2012; J. Williams et al., 2012). Cependant, malgré le développement de politiques publiques favorables, de recommandations internationales basées sur les preuves ou encore d'interventions dédiées, la transformation effective des pratiques reste difficile et inégale sur le terrain (Erondu & McGraw, 2021; Le Boutillier et al., 2011; Slade, Adams, et al., 2012; Speyer et al., 2025), et ce particulièrement dans les structures hospitalières (Lorien et al., 2020; Waldemar et al., 2016).

Ainsi, la littérature internationale souligne l'importance de développer des démarches d'évaluation de la qualité des soins dans les structures, qui permettent d'objectiver les domaines/pratiques à améliorer (Davidson et al., 2007; Fernandes et al., 2020; Kilbourne et al., 2018; Ruggeri, 2018). Cette évaluation doit s'appuyer sur le point de vue des personnes concernées par un trouble psychique et leurs proches (Anthony, 2000; Roe et al., 2022; Thornicroft & Slade, 2014; Williams et al., 2012). En ce qui concerne l'implémentation d'une approche centrée sur le rétablissement en santé mentale, l'enjeu est donc de s'assurer que le **soutien au rétablissement fasse partie intégrante de l'évaluation de la qualité des soins** (de Bienassis et al., 2022; Pincus et al., 2017; Roe et al., 2022). Des mesures valides de l'orientation rétablissement des pratiques et services de santé mentale s'avèrent donc nécessaires, permettant de recueillir directement le point de vue des personnes concernées (Slade & Hayward, 2007). Le type d'outils visant à recueillir l'expérience que les personnes font des soins dans une structure donnée se nomme *Patient-Reported Experience Measures* ou PREMs (Coldefy, 2022; Fernandes et al., 2020; HAS, 2021).

On retrouve dans la littérature scientifique plusieurs PREMs développées spécifiquement pour évaluer le degré d'alignement des pratiques dans une structure avec les valeurs et principes de l'approche orientée rétablissement (pour revue, voir Campbell-Orde et al., 2005; Leamy et al., 2023; Williams et al., 2012). Parmi ces échelles, la *Recovery Self Assessment scale - Revised* (RSAR, O'Connell et al., 2005) apparaît comme l'instrument le plus utilisé à l'international, traduit et validé dans différents contextes culturels (Leamy et al., 2023). L'échelle se décline en quatre versions, correspondant aux différents acteurs du système de soin (usagers, proches, professionnels, décideurs institutionnels), ce qui permet une évaluation croisée de l'orientation rétablissement des services. Cependant, bien qu'une traduction française ait été proposée au Québec (Pelletier et al., 2015), la RSAR n'a à ce jour fait l'objet d'aucune validation psychométrique. Ce processus s'avère pourtant indispensable pour assurer la fiabilité des données produites à partir de l'échelle.

L'objectif de cette deuxième étude était donc d'adapter la RSAR au contexte français et d'en évaluer les propriétés psychométriques auprès d'un échantillon de personnes concernées par un trouble psychique sévère.

2.2 Etude 2 : Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr)

Cet article a été soumis pour publication dans une revue scientifique internationale.

L'échelle RSAR est disponible en Annexe 5.

Référence : Felix, S., Munuera, C., Seguela, A., Fombouchet, Y., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Gard, S., Chevrier, F., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J. M., M'Bailara, K., & Prouteau, A. (Submitted). Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr).

Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Psychometric Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr)

Simon Felix[1,2], Caroline Munuera[1,3], Adrien Seguela[1], Yoann Fombouchet[4], Meryl Caïada[1], Sarah Guionnet[1], Kevin-Marc Valery[1,5], Sébastien Gard[6], François Chevrier[3], Julien Bonilla-Guerrero[2], Jean-Marc Destaillats[2], Katia M'Bailara[1,6] and Antoinette Prouteau[1,2]

[1] Psychology Laboratory (LabPsy) UR4139, University of Bordeaux

[2] ESPPAIR unit, Department of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, 17500 Saint-Martial de Vitaterne, France

[3] Clinique Château Caradoc, 24 avenue du 14 avril 1814, 64100 Bayonne, France

[4] Culture, Education and Societies Laboratory (LACES) UR7437, University of Bordeaux

[5] Fondation John Bost, 33000 Bordeaux, France

[6] Centre Hospitalier Charles Perrens, Pôle PGU, 121 rue de la Béchade, Bordeaux, France

Author Note

Simon Felix https://orcid.org/0000-0002-7326-1936

Caroline Munuera https://orcid.org/0009-0006-6530-1578

Adrien Seguela https://orcid.org/0009-0005-8103-277X

Yoann Fombouchet http://orcid.org/0000-0002-3018-6331

Meryl Caïada https://orcid.org/0000-0001-7061-2094

Kevin-Marc Valery https://orcid.org/0000-0002-3463-9035

Katia M'Bailara https://orcid.org/0000-0003-0211-3298

Antoinette Prouteau https://orcid.org/0000-0001-7540-4139

Manuscript word count: 4289

Correspondence concerning this article should be addressed to Simon Felix, Laboratoire de Psychologie UR4139, 3ter place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France.

Email: simon.felix@u-bordeaux.fr ; Phone number: 05 57 57 30 40

Abstract

Objective. As mental health systems worldwide shift toward supporting personal recovery, valid tools are needed to evaluate and guide service transformation. The Recovery Self-Assessment scale (RSA-R) is the leading patient-reported measure of recovery-oriented care. This study aimed to adapt the RSA-R to the French context and assess its psychometric properties.

Methods. The RSA-R was translated and administered online to 169 adults with serious mental illness. Exploratory factor analyses were conducted to assess the structural validity of the French RSA-R (RSAR-Fr), and internal consistency statistics were computed. Multiple linear regression analysis tested the RSAR-Fr convergent validity with a measure of personal recovery (the QPR-Fr). Items were mapped onto an established framework of recovery-oriented care to assess content validity.

Results. Exploratory factor analyses supported a concise three-factor model: the Person-Centered, Organizational Engagement, and Social Inclusion dimensions accounted for 46.3% of the variance, with excellent internal consistencies (McDonald's ω values ranging from .92 to .94). Convergent validity was limited, as RSAR-Fr subscales did not significantly predict personal recovery. Expert review supported content validity, confirming the items' relevance and comprehensiveness.

Conclusions and Implications for Practice. The RSAR-Fr demonstrated adequate psychometric properties, addressing known concerns regarding the scale's dimensionality. Despite sample limitations and the absence of test-retest data, these findings highlight the utility of the RSAR-Fr in measuring recovery-oriented care from the perspective of service users. Routine use of the RSAR-Fr may strengthen the recognition of lived experience within services and support improvements in recovery-oriented practices.

Keywords

Mental Health; Personal Recovery; Recovery-Oriented Service Delivery; Patient-Reported Experience Measure; Psychometrics

Impact and Implications

This study presents validation evidence for a patient-reported measure of recovery-oriented care, adapted to the French context (the RSAR-Fr). Findings support the scale's psychometric soundness, and address previous limitations in the literature concerning its factor-structure. Routine use of the RSAR-Fr could help amplify the voices of service users, and inform practice improvements at multiple levels of mental health care.

Introduction

Recovery-Orientation of Mental Health Services

Global policies are increasingly promoting personal recovery as a central goal of mental health care (WHO, 2021). Personal recovery has been defined as "a deeply personal, unique process […], a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness." (Anthony, 1993). This paradigm has driven the development of recovery-oriented health systems, designed not only to reduce symptoms, but to primarily support personal recovery (Anthony, 2000).

Recovery-orientation is widely regarded as a guiding philosophy of care (LeBoutillier et al., 2011), that informs both individual professional practices and systemic service delivery (Australian Government Department of Health, 2013). Operationally, recovery-orientation involves integrating the core values of the recovery approach into care provision (Oades et al., 2005; Oades & Anderson, 2012). These values, such as self-determination, person-centeredness, or social inclusion, stem from the lived experiences and advocacy of people with mental illness (Slade, 2009a). Le Boutillier et al. (2011) synthesized the principles of recovery-oriented care into a four-domain conceptual framework: (1) *Promoting citizenship* refers to fostering social inclusion, equal rights, and meaningful societal participation for people living with mental illness; (2) *Supporting personally-defined recovery* emphasizes individualized care based on the person's own goals, preferences, and strengths; (3) *Working relationships* highlights the importance of collaborative, hopeful, and empowering therapeutic alliances; and (4) *Organizational commitment* involves aligning structures, culture, and resources to sustain recovery-oriented practices across the system, notably through active involvement of users. Ultimately, these key principles may serve as guidelines for practitioners and service systems to successfully promote personal recovery.

Measuring Recovery-Oriented Care

Creating recovery-supportive care environments requires a profound transformation of mental health systems, which have traditionally emphasized clinical outcomes and professional control (Piat et al., 2021; Slade et al., 2014). In contrast, the recovery model foregrounds individuals' lived experience, subjective well-being, and self-determination (Slade et al., 2012). Operationalizing this paradigm shift necessitates tangible changes in service delivery, such as promoting more horizontal professional postures, and involving people with lived experience in the design, delivery, and evaluation of services (Anthony, 2000; Davidson et al., 2009; Slade, 2009b).

To guide and evaluate this transformation, a key priority has been to develop instruments to assess how closely services align with the principles of the recovery model (Slade & Hayward, 2007). This need is consistent with the broader concept of measurement-based care (MBC), an approach that involves the systematic use of standardized, patient-reported measures to inform and improve care delivery (Aboraya et al., 2018). MBC has been associated with multiple benefits across patient, provider, and organizational levels (Waldrop & McGuiness, 2017). Within this framework, Patient-Reported Experience Measures (PREMs) represent particularly relevant tools to evaluate recovery-oriented care from the perspectives of people with lived experience of mental illness (Roe et al., 2022). PREMs constitute evidence-based, standardized indicators to guide and evaluate service transformation (Fernandes et al., 2020; Scanferla et al., 2023), and provide a unique opportunity to benchmark and improve the quality of delivered care (Bull et al., 2019; LaVela & Gallan, 2014). In several instances, PREMs have played a central role in facilitating the large-scale implementation of recovery-oriented reforms (Davidson et al., 2007; 2009).

While many PREMs cover general aspects of care experience, such as interpersonal relationships, respect and dignity (Fernandes et al., 2020), some instruments have been specifically

designed to assess recovery-promoting environments. Notable examples include the Recovery Enhancing Environment Measures and the Recovery Oriented Systems Indicators Measure (see Campbell-Orde et al., 2005 for a comprehensive description). A recent systematic review identified the **Recovery Self-Assessment (RSA) scale** as the most widely used and translated instrument to evaluate recovery-oriented care (Leamy et al., 2023).

The Recovery Self-Assessment Scale

The RSA was developed by O'Connell et al. (2005) in collaboration with service users, drawing on qualitative research exploring personal recovery narratives (Davidson et al., 2003). This 36-items scale was originally designed to assess perceptions of recovery-oriented practices. It was validated in a large sample (n=974), and found to measure five dimensions of recovery-oriented care: support towards individually-defined life goals ("Life Goals"), users' involvement in different aspects of the organization ("Involvement"), providing a wide variety of treatment options, including non-mental health activities ("Diversity of Treatment Options"), respect of users' rights and choices ("Choice"), and tailoring the services to individual needs, preferences, etc. ("Individually-Tailored Services"). The original 36-items RSA was later revised (Davidson et al., 2007): six items were removed, and two new items were added to form a sixth "Inviting" factor, reflecting the inviting aspect of both the structure physical environment and providers attitudes. This process resulted in the 32-items RSA-Revised (RSA-R). A major strength of the instrument relies in its four parallel versions, one for each mental healthcare stakeholder group: for Persons in Recovery (PiR), Family/Advocates, Providers, and Administrators. These complementary versions allow for a systemic, comprehensive profiling of mental health organizations, highlighting strengths and weaknesses regarding their alignment with key principles of the recovery approach.

In France, the recovery movement has been gaining momentum in the last few years, and the RSA could prove a useful tool to facilitate the implementation of recovery-oriented care. However, despite its widespread international use, none of its versions have been validated in a French speaking context. Moreover, the scale psychometric properties remain insufficiently documented (Leamy et al., 2023). Most notably, the original five-factor structure (O'Connell et al., 2005) has proven difficult to replicate in subsequent studies, along with reports of poor internal consistency of the subscales (Chao et al., 2019; Konkolÿ Thege et al., 2017; Rosenberg et al., 2015; Tan & Fernandez, 2018; Ye et al., 2013). The psychometric limitations of the RSA need to be addressed to strengthen its use as a valid measure of recovery-orientation.

Objectives

Robust and culturally adapted instruments are needed to support the transformation of mental health services toward recovery-oriented care. The study objectives were to adapt the RSA-R 'Person in Recovery' version to the French context, and provide psychometric data regarding its structural validity, internal consistency, convergent validity and content validity.

Method

Participants and Procedure

The sample and procedure have been fully described elsewhere (Munuera et al., 2024). The study was performed in accordance with the ethical standards of the 1964 Declaration of Helsinki. Ethical approval was obtained from the French national ethics committee (n° 2022- A00529-34). Data collection ran from June 2022 to July 2024. Participants were recruited via social networks to participate in an online survey, explicitly aimed at validating the French version of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr, Munuera et al., 2024). Inclusion criteria were i) to self-report a diagnosis of serious mental illness (i.e., schizophrenia spectrum disorders,

bipolar disorders or major depression), ii) to be 18 to 65 years old, and iii) to be a native French speaker. After providing informed consent and sociodemographic characteristics, participants were invited to answer the self-report questionnaires. Two hundred and fifty-five participants completed the initial survey. One hundred and sixty-nine participants indicated that they were still receiving professional support for their mental illness and were therefore included in the present study.

Measures

Perceived recovery-orientation of care was measured using the RSA-R 'Person in Recovery' version (O'Connell et al., 2005), adapted into the French language using the recommended back-translation procedure (Leong et al., 2016). The scale comprised 32 items, rated on a 5 points Likert scale, ranging from 1= "Strongly disagree" to 5= "Strongly agree". Optionally, participants could also rate "Non-Applicable" or "Don't Know" to each item. Higher scores indicate higher perceived recovery-orientation of care.

Personal recovery was measured with the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR, Neil et al., 2009). The French version has proven psychometrically robust in a sample of people with serious mental illness, with support of a unidimensional factor structure (Munuera et al., 2024). It comprised 19 items rated on a 5-points Likert scale, ranging from 0= "Strongly disagree" to 4= "Strongly agree". Higher scores indicate higher personal recovery.

Analyses

All analyses were performed using the RStudio software (V.4.2.2).

Missing Data

Consistent with previous RSA validation studies (Rosenberg et al., 2015; Bola et al., 2016; Konkolÿ Thege et al., 2017), the proportion of missing data was high, due to many participants

using the optional response categories. Upon further inspection, 14% of cells were “Don’t Know” answers (719 out of 4490 in the 32 by 160 matrix) and 16% of cells were “Not Applicable” answers (815 out of 4490). As has been done by Bola et al. (2016), imputation was used to deal with missing data. Multiple Imputation (MI) has proven robust for different missingness sources (Lee & Huber, 2021), and has shown less bias than deletion or mean/mode imputation techniques (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2016). Therefore, data were imputed using Predictive Mean Modeling (PMM), as recommended by McNeish (2017). The MI was conducted using the MICE package (Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2011).

Psychometrics: Structural validity, Internal Consistency, Convergent Validity and Content Validity

Given that no previous study explored the factorial structure of the RSA-R as a differentiated version of the original RSA, structural validity was assessed through an exploratory factor analysis (EFA). As recommended in Heymans & Eekhou (2019), the correlation matrix (spearman rho’s) was pooled from the imputed data using a Fisher transformation. Bartlett’s test of sphericity and KMO were computed, to ensure data factorability. Factor extraction was determined using both parallel analysis, Very Simple Structure test, and Cattell criteria for scree plot analysis. A principal axis estimation method was preferred due to small sample size and violations of normality, and an oblique Promax rotation method was chosen to account for the expected factor intercorrelation (Watkins, 2020). The saturation significance threshold was set at .40. Inter-factor correlations were examined, as well as the correlation matrix of residuals. The RMSR, RMSEA and TLI fit indices were computed, with thresholds for satisfactory fit respectively defined as <.06, <.08 and >.95 (Hu & Bentler, 1999). As these cutoffs are conservative, it is recommended to consider the fit indices in tandem (Brown, 2015). The Bayesian Information Criteria (BIC) was used to compare models’ fit, with a lower BIC indicating better fit.

Internal consistency parameters were computed for items and extracted factors, i.e., Cronbach' Alpha (α) and McDonald's Omega (ω). Values >.70 indicate satisfactory internal consistency (Nunally, 1978).

Convergent validity was assessed as the association of the RSA-R with the QPR-Fr. A multiple linear regression model was used to test whether RSA-R subscales significantly predicted personal recovery, as measured with the QPR-Fr total score. VIF values were computed to check for multicollinearity. Fraction of Missing Information (FMI) was computed to assess the uncertainty about imputed values (Wagner, 2010). FMI values range between 0 and 1, with values closer to 1 indicating high variability between imputed data sets (i.e., high uncertainty) (Madley-Dowd et al., 2019).

Finally, replicating Felix et al. (2024) method, a qualitative content validity analysis was conducted: RSA-R items were mapped on the dimensions of LeBoutillier et al. (2011) model of recovery-orientated care. This was performed independently by three authors (SF, AS, AP), and agreement rates were computed. In case of discrepancy, discussions were held until consensus was reached. Following the COSMIN guidelines typology for content validity analysis, both relevance and comprehensiveness aspects of the scale were assessed (Terwee et al., 2018). Relevance (i.e., are the items relevant to the measured construct?) was assessed as the percentage of RSA-R items matching at least one dimension. According to the COSMIN guidelines, there should be at least 85% matching items for good relevance. Comprehensiveness (i.e., do the items cover each aspect of the construct to measure?) was assessed as whether all dimensions of LeBoutillier et al. (2011) model were covered by the items.

Results

Sample Characteristics

Nine participants were excluded from subsequent analyses, as they systematically answered "Not Applicable" to every RSA-R item. The n=160 study participants were mostly females (73.8%), with a mean age of 42.3 years (sd=11.5), reporting a diagnosis of bipolar disorder (59.4%). Detailed sample characteristics are displayed in Table 1.

Table 1

Sample sociodemographic characteristics

Variable	Modalities	M	SD	N	%
Age		42.3	11.5	160	
Gender					
	Male			38	23.8
	Female			118	73.8
	Other			4	2.5
Self-reported diagnosis					
	BD			95	59.4
	SSD			43	26.9
	MDD			22	13.8
Professional status					
	Student			9	5.6
	Unemployed			48	30.0
	Looking for employment			15	9.4
	Full/part time employed			79	49.4
	Retired			9	5.6

Note. BD = Bipolar Disorders, SSD = Schizophrenia Spectrum Disorders, MDD = Major Depressive Disorders.

Structural Validity and Internal Consistency

Descriptive statistics for the RSA-R items are displayed in Table 2. Bartlett's sphericity test was significant ($p<.05$), and the KMO values were satisfactory (Overall MSA = .91), supporting factorability of the data. The Very Simple Structure (VSS) test, parallel analysis and

further examination of the scree plots suggested that three or four factors should be extracted. Therefore, it was decided to sequentially evaluate both a three and a four-factor model, as displayed in Figure 1.

Table 2

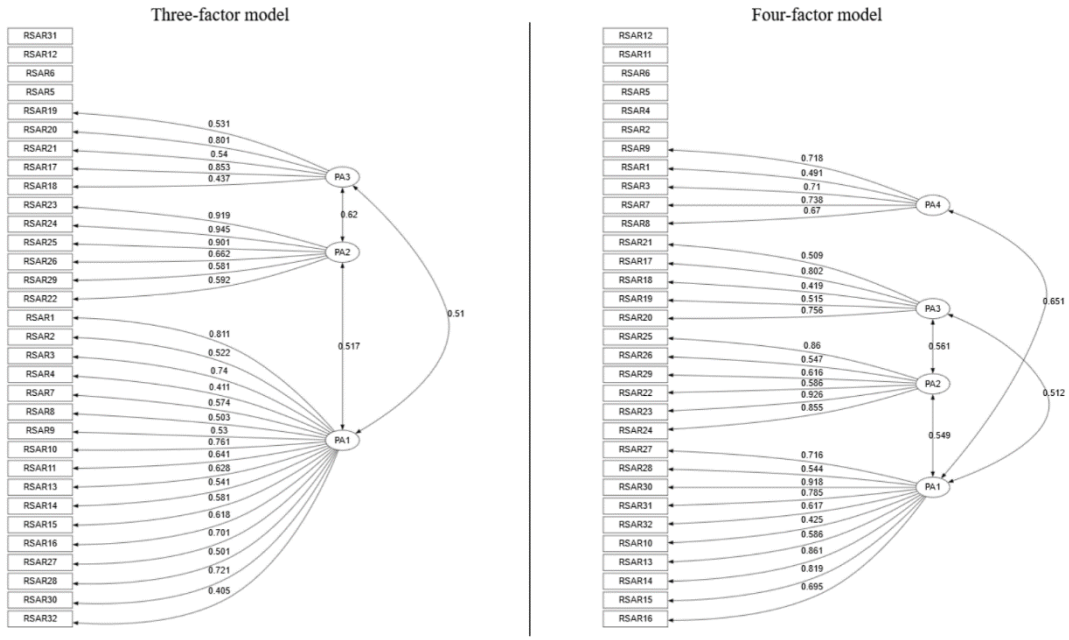
Descriptive statistics of RSAR-Fr items

Items	Mean	SD	Skew	Kurtosis	Factor loadings			α if item dropped
					F1	F2	F3	
RSAR1	4.42	1.044	-1.9366	2.9843	**.811**	-.068	-.125	.948
RSAR2	4.05	1.201	-1.0546	-0.0370	**.522**	.091	-.048	.949
RSAR3	4.11	1.199	-1.2742	0.5714	**.740**	-.129	.044	.948
RSAR4	3.60	1.433	-0.6438	-0.9282	**.411**	-.029	.231	.948
RSAR5	3.13	1.395	-0.0334	-1.3008	.294	.047	.201	.948
RSAR6	4.64	0.954	-2.9743	7.9844	.220	-.014	-.037	.951
RSAR7	4.46	0.908	-1.9867	3.9702	**.574**	-.131	.036	.949
RSAR8	4.29	0.962	-1.5690	2.2542	**.503**	-.178	.045	.950
RSAR9	4.53	0.774	-1.9458	3.9295	**.530**	-.229	.040	.950
RSAR10	4.33	1.043	-1.7153	2.2283	**.761**	-.080	-.145	.948
RSAR11	4.04	1.257	-1.1907	0.2306	**.641**	.031	-.038	.948
RSAR12	3.46	1.301	-0.4304	-0.9242	.323	.230	.142	.948
RSAR13	3.22	1.424	-0.2559	-1.2496	**.628**	.197	.039	.946
RSAR14	3.42	1.437	-0.4689	-1.1676	**.541**	.278	-.001	.947
RSAR15	3.45	1.475	-0.5224	-1.1907	**.581**	.063	.109	.947
RSAR16	3.69	1.419	-0.7279	-0.8536	**.618**	.072	.189	.946
RSAR17	2.18	1.240	0.8071	-0.4497	-.004	-.144	**.853**	.948
RSAR18	3.29	1.447	-0.4084	-1.2348	.147	.227	**.437**	.947
RSAR19	3.16	1.509	-0.1839	-1.4367	.303	-.032	**.531**	.947
RSAR20	1.95	1.309	1.2901	0.4053	-.233	.142	**.801**	.948
RSAR21	2.60	1.497	0.3654	-1.3328	-.219	.476	**.540**	.948
RSAR22	2.40	1.488	0.5905	-1.1400	-.149	**.592**	.228	.948
RSAR23	2.50	1.462	0.3805	-1.3232	-.115	**.919**	-.038	.947
RSAR24	2.42	1.439	0.5506	-1.1654	-.045	**.945**	-.131	.947
RSAR25	2.31	1.409	0.6120	-1.0350	-.110	**.901**	-.078	.948
RSAR26	3.04	1.553	-0.1129	-1.5501	.212	**.662**	-.085	.947
RSAR27	3.75	1.320	-0.8926	-0.4157	**.701**	.251	-.143	.947
RSAR28	3.52	1.388	-0.6363	-0.9020	**.501**	.400	-.045	.946
RSAR29	2.05	1.275	1.1094	0.1332	-.126	**.581**	.096	.949
RSAR30	3.79	1.377	-0.9091	-0.4867	**.721**	.242	-.134	.947
RSAR31	3.17	1.378	-0.2899	-1.2423	.373	.397	.000	.947
RSAR32	3.24	1.319	-0.3623	-0.9949	**.405**	.137	.004	.948

Note. Statistics were computed with imputed data. Loadings in bold indicate factor attribution. Reliability of RSAR-Fr total score, α = .949. F1 = "Person-centered", F2 = "Organizational engagement", F3 = "Social inclusion".

Figure 1

RSAR-Fr Exploratory Factor Analyses Models



Note. On the left, the three-factor model is presented. Items 5, 6, 12 and 31 did not reach the .40 loading threshold. On the right, the four-factor model is presented. Items 2, 4, 5, 6, 11 and 12 did not reach the .40 loading threshold. Cross-loadings are not displayed. The four-factor model did not come with major advantages, only improving total explained variance by four percent. The four-factor solution also significantly complexified the factor structure, with more items not saliently loading on any factor (<.40), and an additional item cross-loading on two factors.

Model 1

The first model yielded three factors explaining 46.3% of total variance. Inter-factor correlations ranged between .51 and .62, indicating correlated but differentiated latent variables. The first factor (F1) was named “Person-centered”, as its items covered aspects of how the user/provider relationship could focus on supporting individual needs and preferences. The second

factor (F2) was named “Organizational engagement”: the items mainly focused on user’s participation in the functioning and evaluation of services. Finally, the third factor (F3) was named “Social inclusion” as its items focused on promoting users’ social roles outside the mental health system, connecting to peer-support and including close ones to care. Internal consistency was excellent, with the following McDonald’s ω values: F1=.94; F2=.94; F3=.92. Cronbach’ α ranged from .88 to .93. Overall, the three-factor model exhibited satisfactory fit, with RMSEA=.069, 90%CI=[.061; .078] and RMSR=.056. Nonetheless the comparative index didn’t reach the .95 threshold, with TLI=.841. Three items had loadings <.40, i.e., item n°5 (*I can easily access my treatment records if I want to*), n°6 (*Staff do not use threats, bribes, or other forms of pressure to get me to do what they want*) and n°31 (*Staff are knowledgeable about special interest groups and activities in the community*). Items n°21 (*Staff offer to help me connect with self-help, peer support, or consumer advocacy groups and programs*) and n°28 (*Staff work hard to help me fulfill my personal goals*) cross-loaded on two factors.

Model 2

The second model yielded four factors explaining 50% of total variance. Inter-factor correlations ranged between .29 and .65. Internal consistency was excellent, with the following McDonald’s ω values: F1=.94; F2=.94; F3=.91; F4=.88. Cronbach’ α ranged from .84 to .93. Adding a fourth factor did not profoundly change the factor structure identified in Model 1. The same items loaded on F2 and F3. The main difference was that the items from the first factor were split across F1 and F4: five items loaded on the new fourth factor (F4), and related more closely to trust and empowering aspects of the user/provider relationships. Therefore, F4 was named “Empowering relationships”. The addition of this fourth factor improved model fit, with RMSEA=.057 (90%CI = .048 - .067) and RMSR=.044. Absolute fit still didn’t reach the .95 criteria, with TLI=.889. Six items had loadings <.40: items n°2 (*The physical space of this program (e.g., the lobby, waiting rooms, etc.) feels inviting and dignified*), n°4 (*I can change my*

clinician or case manager if I want to), n°5 (*I can easily access my treatment records if I want to*), n°6 (*Staff do not use threats, bribes, or other forms of pressure to get me to do what they want*), n°11 (*Staff regularly ask me about my interests and the things I would like to do in the community*) and n°12 (*Staff encourage me to take risks and try new things*). Items n°10 (*Staff listen to me and respect my decisions about my treatment and care*), n°19 (*Staff help me to include people who are important to me in my recovery/treatment planning (such as family, friends, clergy, or an employer)*) and n°21 (*Staff offer to help me connect with self-help, peer support, or consumer advocacy groups and programs*) cross-loaded on two factors.

Model Comparison

In light of parsimony principles, it was decided to give preference to the three-factor model. Although it exhibited some symptoms of under-extraction, fit statistics were still in range of acceptability. Accordingly, the BIC criteria, which accounts for model complexity in goodness of fit assessment (Burnham & Anderson, 2004), was better for the three-factor model (BIC = -1335.137) than for the four-factor model (BIC = -1327.006). Adding a fourth factor did not come with major advantages, only improving total explained variance by four percent. The four-factor solution also significantly complexified the factor structure, with more items not saliently loading on any factor (<.40), and an additional item cross-loading on two factors.

Convergent Validity

Convergent validity analyses were conducted in a subset of n=130 participants who also completed the measure of personal recovery (QPR-Fr). Results for the QPR-Fr multiple regression model are displayed in Table 3. VIF values ranged between 1.43 and 2.05 in the ten imputed datasets, supporting a lack of multicollinearity. None of the three RSA-R subscales met the .05 significance threshold in predicting QPR-Fr total score. Only the “Person-centered” subscale

showed a positive tendential association with the QPR-Fr, with a small effect size (β=.221, df=77, p=.069, d=0.291).

Table 3

Multiple linear regression analysis: predictors of the QPR-Fr total score

Variables	Regression statistics						
	β	SE β	t	p	d	FMI	R^2
Model 1						.087	.077
Intercept	2.812e-17	.086	3.260e-16	1.000		.016	
F1 “Person-centered”	.221	.120	1.840	.069	0.291	.184	
F2 “Organizational engagement”	-.0945	.140	-.676	.503	-0.107	.384	
F3 “Social inclusion”	.129	.138	.934	.354	0.148	.287	

Note. Standardized regression coefficients are presented. Cohen’s d was computed using t parameters. FMI = Fraction of Missing Information, values closer to 1 indicate high variability between imputed datasets.

Content Validity

Table 4 displays the RSA-R item matching to LeBoutillier et al. (2011) model. The mean agreement rate was 84% between raters. Relevance of RSA-R items was found to be excellent, with 100% items matching at least one dimension of LeBoutillier et al. (2011) model of recovery-oriented care. Comprehensiveness was satisfactory: RSA-R items equally covered every dimension of the conceptual framework.

Table 4

Mapping of RSAR-Fr items on LeBoutillier et al. (2011) domains of recovery-orientation

Items	Promoting citizenship	Organizational commitment	Supporting personal recovery	Working relationships
1. Staff welcome me and help me feel comfortable in this program.				✓
2. The physical space of this program (e.g., the lobby, waiting rooms, etc.) feels inviting and dignified.		✓		
3. Staff encourage me to have hope and high expectations for myself and my recovery.			✓	✓
4. I can change my clinician or case manager if I want to.	✓	✓		
5. I can easily access my treatment records if I want to.	✓			
6. Staff do not use threats, bribes, or other forms of pressure to get me to do what they want.	✓			
7. Staff believe that I can recover.			✓	✓
8. Staff believe that I have the ability to manage my own symptoms.			✓	✓
9. Staff believe that I can make my own life choices regarding things such as where to live, when to work, whom to be friends with, etc.			✓	✓
10. Staff listen to me and respect my decisions about my treatment and care.			✓	✓
11. Staff regularly ask me about my interests and the things I would like to do in the community.	✓			
12. Staff encourage me to take risks and try new things.			✓	
13. This program offers specific services that fit my unique culture and life experiences.		✓	✓	
14. I am given opportunities to discuss my spiritual needs and interests when I wish.			✓	
15. I am given opportunities to discuss my sexual needs and interests when I wish.			✓	
16. Staff help me to develop and plan for life goals beyond managing symptoms or staying stable (e.g., employment, education, physical fitness, connecting with family and friends, hobbies).	✓			
17. Staff help me to find jobs.	✓			
18. Staff help me to get involved in non-mental health/addiction related activities, such as church groups, adult education, sports, or hobbies.	✓			
19. Staff help me to include people who are important to me in my recovery/treatment planning (such as family, friends, clergy, or an employer).	✓			✓
20. Staff introduce me to people in recovery who can serve as role models or mentors.			✓	
21. Staff offer to help me connect with self-help, peer support, or consumer advocacy groups and programs.			✓	
22. Staff help me to find ways to give back to my community, (i.e., volunteering, community services, neighborhood watch/cleanup).	✓			
23. I am encouraged to help staff with the development of new groups, programs, or services.		✓		
24. I am encouraged to be involved in the evaluation of this program's services and service providers.		✓		
25. I am encouraged to attend agency advisory boards and/or management meetings if I want.		✓		
26. Staff talk with me about what it would take to complete or exit this program.		✓		✓
27. Staff help me keep track of the progress I am making towards my personal goals.			✓	
28. Staff work hard to help me fulfill my personal goals.			✓	
29. I am/can be involved with staff trainings and education programs at this agency.		✓		
30. Staff listen, and respond, to my cultural experiences, interests, and concerns.			✓	
31. Staff are knowledgeable about special interest groups and activities in the community.	✓			
32. Agency staff are diverse in terms of culture, ethnicity, lifestyle, and interests.		✓		

Note. Items were sourced from https://medicine.yale.edu/psychiatry/prch/tools/rec-selfassessment/

Discussion

Key Findings

The aim of the study was to provide psychometric data for the French translation of the RSA-R (RSAR-Fr) in a sample of people reporting a diagnosis of serious mental illness. The final RSAR-Fr comprised 32 items, and overall displayed satisfactory psychometrics.

Regarding structural validity, results provided evidence for a parsimonious three-factor structure with acceptable fit. The three identified factors covered distinct conceptual domains of recovery-orientation, i.e., person-centered (F1), organizational engagement (F2), and social inclusion (F3). This three-factor structure showed differences with the original five factors identified by O'Connell et al. (2005) in the 36 items version of the RSA. The organizational engagement (F2) factor in this study was almost identical to the original "Involvement" factor, with item n°26 ("*Staff talk with me about what it would take to complete or exit this program*") additionally loading. The person-centered (F1) and social inclusion (F3) factors were very different from the original structure however, displaying a combination of items from all the other four RSA factors. Notably, our findings echo Ye et al. (2013) results, as the authors had also provided evidence for a three-factor structure using Principal Component Analysis (PCA) on a Chinese version of the 36-item RSA. Unfortunately, it was not possible to compare the factor structures, as the saturations were not provided. This study results also provide information when compared to previous validation studies specific to the 32-items RSA-Revised version (RSA-R). To our knowledge, the RSA-R structural validity had never been studied using exploratory methods in the literature. We found only two studies assessing the RSA-R structural validity. First, Konkolÿ Thege et al. (2017) used Confirmatory Factor Analysis (CFA) to test several models, including a unidimensional and a six-factor structure, both showing poor overall fit. Chao et al.

(2019) reported evidence for poor unidimensionality of the RSA-R using Rasch analyses, and found the original RSA five dimensions to poorly fit the data using PCA on residuals.

In addition to acceptable structural validity, all subscales and the total score of the RSAR-Fr demonstrated high internal consistency, contrasting with prior reports of inadequate reliability in some of the original five RSA subscales (Chao et al., 2019; Konkolÿ Thege et al., 2017; Rosenberg et al., 2015; Tan & Fernandez, 2018; Ye et al., 2013). Therefore, the present study addresses limitations in the literature regarding the RSA-R structural validity and internal consistency.

Hypotheses for convergent validity were not verified in this study. None of the RSAR-Fr subscale scores significantly predicted personal recovery as measured by the QPR-Fr, despite the small effect size found for the "Person-centered" subscale. This result may indicate a small degree of convergence between the personal recovery and recovery-orientation constructs. Although recovery-oriented services are theoretically expected to foster users' personal recovery, recovery processes intrinsically take place outside mental health services (Slade & Longden, 2015). It might therefore be expected that mental health services have limited impact on recovery, which would be consistent with our results. Moreover, recovery is a longitudinal process (Andresen et al., 2011; Leamy et al., 2011) and the cross-sectional assessment of recovery in this study might not have been sufficient to capture the complexity of its determinants. Nevertheless, this result should be interpreted with caution, as there is a well-identified knowledge gap regarding the effects of recovery-oriented care on recovery-related outcomes (Williams et al., 2012; Chang et al., 2018). Further research is required to longitudinally explore the underlying mechanisms of recovery-oriented care.

Finally, the content validity analysis confirmed the relevance and comprehensiveness of the RSAR-Fr items when compared to LeBoutillier et al. (2011) conceptual framework of

recovery-orientated care. All the items were found to match at least one domain of the framework, and the four dimensions (*promoting citizenship*, *supporting personally defined recovery*, *working relationships*, and *organizational commitment*) were equally represented. The results provide additional data to support the scale's conceptual coherence, and strengthen its relevance as a measure of recovery-oriented care.

Limitations

The sample was predominantly female and comprised mainly individuals with bipolar disorder, which may restrict the generalizability of the findings. Moreover, no data were collected on the type or intensity of service use, limiting our ability to assess the representativeness of the sample. To reduce this bias, only participants who explicitly reported receiving professional mental health care were included. Accounting for such variables in subsequent research would clarify the interplay between service characteristics and perceived recovery orientation of care.

While exploratory factor analysis (EFA) was appropriate given the absence of a previously validated French RSA-R version, confirmatory factor analysis (CFA) would have offered a more stringent test of structural validity. However, as noted by Brown (2015), CFA requires a well-established theoretical and empirical basis for model specification, which was lacking for the RSA-R. Additionally, the sample size in this study was too restricted to conduct both an EFA and a CFA. Independent replication of the identified three-factor solution in other samples and settings would strengthen confidence in the scale's dimensional structure.

Finally, the study design did not allow for the assessment of test–retest reliability, measurement error, or sensitivity to change. Future research should address these psychometric properties, as they are essential for accurately interpreting RSAR-Fr scores in longitudinal studies, intervention evaluations, and quality-improvement initiatives.

Implications for practice

As a measure of recovery-oriented care, routine implementation of the RSAR-Fr could drive practice improvements at multiple levels.

Clinicians may use the RSAR-Fr to assess their alignment with recovery principles, identify gaps in their practices, and tailor interventions to better support personal recovery (McLoughlin & Fitzpatrick, 2008). By offering a standardized tool to guide reflections on clinical practices, the RSAR-Fr may strengthen evidence-based practice (EBP), notably by promoting the systematic inclusion of service users' personal values, one of the three core pillars of EBP (Druss & Jones, 2025; Spring et al., 2019). As a Patient-Reported Experience Measure (PREM), the RSAR-Fr could be usefully combined with Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) of recovery, such as the Questionnaire about the Process of Recovery. This combination might help fully capture both the experience of recovery-oriented care and its perceived outcomes, from the perspective of service users (Roe et al., 2022).

Collective RSAR-Fr assessments can also inform the team and organizational levels. By profiling strengths and weaknesses across services, the RSAR-Fr could catalyze systemic change towards recovery-oriented practices (Davidson et al., 2009). If embedded in formal quality improvement processes, it has potential to support highlighting recovery as the overriding vision of services, nurturing an organizational culture that places recovery amongst its core values (Anthony, 2000). Over time and refinement, the RSAR-Fr will be a useful benchmarking indicator in certification schemes for recovery-oriented services in the French context, mirroring its original use in Connecticut's mental health system reform (Davidson et al., 2007).

Nevertheless, implementation of patient-reported measures is not straightforward, and requires an enabling context. A supportive organizational culture as well as leadership commitment have shown essential for effective integration into routine workflows (Shunmuga

Sundaram et al., 2022). The selection of the measures to be implemented is also a key issue: it is recommended that service users participate in selecting and interpreting indicators, ensuring that the measurements reflect their priorities (Coldefy, 2022). The RSAR-Fr is only an addition to this package of instruments, as other measures have been developed to assess mental health services recovery-orientation (Campbell-Orde et al., 2005). Additionally, complementing quantitative experience measurement with qualitative methods (e.g., focus groups) appears critical to deepen our understanding of local barriers and facilitators to recovery-oriented practices (Fernandes et al., 2001; Fernandes et al., 2020 Howard et al., 2024).

Conclusion

In the current international context, valid measures of recovery-orientation are needed to enrich implementation policies, and provide mental health services with opportunities to assess and transform their practices (O'Connell et al., 2005; Davidson et al., 2009; Slade, 2014; Roe et al., 2022). The RSAR-Fr fills a critical gap by offering a psychometrically sound instrument to assess recovery-oriented care from the perspective of service users in French-speaking mental health settings. It demonstrated a coherent three-factor structure, strong internal consistency, and solid content validity. While its cross-sectional link to personal recovery remains unconfirmed, the RSAR-Fr holds promise as a service-level indicator to guide practice transformation. Future studies will be needed to replicate the scale's dimensional structure, to evaluate test-retest reliability and sensitivity to change of the RSAR-Fr scores, and to adapt and validate the other stakeholder-specific versions. Extensive research remains necessary to explore the longitudinal impact of recovery-oriented practices on personal recovery trajectories. By embedding service-user perspectives and lived-experience into routine evaluation, the RSAR-Fr can support genuine shifts toward recovery-oriented care and ultimately improve outcomes for individuals living with mental illness.

References

Aboraya, A., Nasrallah, H. A., Elswick, D. E., Ahmed, E., Estephan, N., Aboraya, D., Berzingi, S., Chumbers, J., Berzingi, S., Justice, J., Zafar, J., & Dohar, S. (2018). Measurement-based Care in Psychiatry—Past, Present, and Future. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *15*(11-12), 13-26.

Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery : Beyond Mental Illness* (1re éd.). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119975182

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(2), 159-168. https://doi.org/10.1037/h0095104

Australian Government Department of Health. (2013). *A national framework for recovery-oriented mental health services : Guide for practitioners and providers*. Australian Government Department of Health. https://www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers

Bola, J., Chan, T. H. C., Chen, E. H. Y., & Ng, R. (2016). Cross-validating Chinese language mental health recovery measures in Hong Kong. *Research on Social Work Practice*, *26*(6), Article 6. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1177/1049731515625326

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research* (Second edition). The Guilford Press.

Bull, C., Byrnes, J., Hettiarachchi, R., & Downes, M. (2019). A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Services Research*, *54*(5), 1023-1035. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187

Burnham, K. P., & Anderson, D. R. (2004). Multimodel Inference : Understanding AIC and BIC in Model Selection. *Sociological Methods & Research*, *33*(2), 261-304. https://doi.org/10.1177/0049124104268644

Buuren, S. van, & Groothuis-Oudshoorn, K. (2011). mice : Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *Journal of Statistical Software*, *45*, 1-67. https://doi.org/10.18637/jss.v045.i03

Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. S. (2005). *Measuring the Promise : A Compendium of Recovery Measures Volume II*. Human Services Research Institute. https://www.hsri.org//publication/measuring-the-promise-a-compendium-of-recovery-measures-volume-ii

Chang, B.-H., Geller, J. L., & Biebel, K. (2018). Recovery services and outcomes in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly*, *89*(3), 707-716. psyh. https://doi.org/10.1007/s11126-018-9570-y

Chao, J., Siu, A. M. H., Leung, O., Lo, A., Chu, M., Lee, W. K., Auw, C., Lee, V., & Chien, C.-W. (2019). Chinese version of the Recovery Self-Assessment scale : Psychometric evidence from Rasch analysis and reliability estimates. *Journal of Mental Health*, *28*(2), 206-212. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521931

Coldefy, M. (2022). *Approche population-centrée et partenariale en santé mentale : L'implication et le partenariat avec les usagers.e.s et la population dans la conception et le fonctionnement du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale* (p. 173). Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/HCAAM%20-%20Rapport%20Santé%20mentale%20-%20Web.pdf

Davidson, L. (2003). *Living Outside Mental Illness : Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York University Press. https://doi.org/10.18574/9780814785355

Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M., & Staeheli, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice : Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care : Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(1), 23-31. https://doi.org/10.2975/31.1.2007.23.31

Druss, B. G., & Jones, N. (2025). Evidence-Based Practicing in Mental Health. *JAMA Psychiatry*, *82*(5), 433. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0010

Evans, L., Wewiorski, N. J., Ellison, M. L., Ni, P., Harvey, K. L. L., Hunt, M. G., Gorman, J. A., & Charns, M. P. (2020). Development and Validation of an Instrument to Measure Staff Perceptions of Recovery Climate and Culture in Mental Health Programs. *Psychiatric Services*, *71*(6), 570-579. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900181

Felix, S., Valery, K.-M., Caiada, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness : A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*, *112*, 102459. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X., Michel, P., Lançon, C., Berna, F., Schurhoff, F., Aouizerate, B., Henry, C., Etain, B., Samalin, L., Leboyer, M., Misdrahi, D., Llorca, P., Coldefy, M., Auquier, P., Baumstarck, K., & Boyer, L. (s. d.). A conceptual framework to develop a patient-reported experience measure of the quality of mental health care : A qualitative study of the PREMIUM project in France. *Journal of Market Access & Health Policy*, *9*(1), 1885789. https://doi.org/10.1080/20016689.2021.1885789

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X. Y., Baumstarck, K., Lançon, C., Berna, F., Schurhoff, F., Aouizerate, B., Henry, C., Etain, B., Samalin, L., Leboyer, M., Llorca, P.-M., Coldefy, M., Auquier, P., & Boyer, L. (2020). Measuring the Patient Experience of Mental Health Care : A

Systematic and Critical Review of Patient-Reported Experience Measures. *Patient Preference and Adherence*, *14*, 2147-2161. https://doi.org/10.2147/PPA.S255264

Heymans, M. W., & Eekhout, I. (2019). *Applied Missing Data Analysis with SPSS and (R) Studio*. Heymans and Eekhout: Amsterdam, The Netherlands. https://bookdown.org/mwheymans/bookmi/

Howard, A. F., Warner, L., Cuthbertson, L., & Sawatzky, R. (2024). Patient-driven research priorities for patient-centered measurement. *BMC Health Services Research*, *24*(1), 735. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11182-x

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, *6*(1), 1-55.

Konkolÿ Thege, B., Ham, E., & Ball, L. C. (2017). A Factor Analytic Investigation of the Person-in-Recovery and Provider Versions of the Revised Recovery Self-Assessment (RSA-R). *Evaluation & the Health Professions*, *40*(4), 505-516. https://doi.org/10.1177/0163278716674247

LaVela, S. L., & Gallan, A. S. (2014). *Evaluation and measurement of patient experience*. *1*(1).

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). *What Does Recovery Mean in Practice ? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance*. *62*(12), 7.

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Leamy, M., Foye, U., Hirrich, A., Bjørgen, D., Silver, J., Simpson, A., Ellis, M., & Johan-Johanson, K. (2023). A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health

services and staff. *International Journal of Mental Health Systems*, *17*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s13033-023-00600-y

Lee, J. H., & Huber, J. C. (2021). Evaluation of Multiple Imputation with Large Proportions of Missing Data : How Much Is Too Much? *Iranian Journal of Public Health*, *50*(7), 1372-1380. https://doi.org/10.18502/ijph.v50i7.6626

Leong, F. T. L., Batram, D., Cheung, F. M., Geisinger, K. F., & Iliescu, D. (Éds.). (2016). *The ITC international handbook of testing and assessment* (1 Edition). Oxford University Press.

Lorenzo-Seva, U., & Van Ginkel, J. R. (2016). Multiple Imputation of missing values in exploratory factor analysis of multidimensional scales : Estimating latent trait scores. *Anales de Psicología*, *32*(2), 596. https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.215161

Madley-Dowd, P., Hughes, R., Tilling, K., & Heron, J. (2019). The proportion of missing data should not be used to guide decisions on multiple imputation. *Journal of Clinical Epidemiology*, *110*, 63-73. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.02.016

McLoughlin, K. A., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-reports of recovery-oriented practices of mental health nurses in state mental health institutes : Development of a measure. *Issues in Mental Health Nursing*, *29*(10), 1051-1065. psyh. https://doi.org/10.1080/01612840802319738

McNeish, D. (2017). Exploratory Factor Analysis With Small Samples and Missing Data. *Journal of Personality Assessment*, *99*(6), 637-652. https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1252382

Munuera, C., Felix, S., Prouteau, A., Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery in severe mental illness : French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). *Psychiatric Rehabilitation Journal*. https://doi.org/10.1037/prj0000601

Neil, S., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR) : A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis*, *1*, 145-155. https://doi.org/10.1080/17522430902913450

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2. ed). McGraw-Hill.

Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Gordon Lambert, W., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative Recovery : An Integrative Model for Working with Individuals Who Experience Chronic and Recurring Mental Illness. *Australasian Psychiatry*, *13*(3), 279-284. https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2005.02202.x

Oades, L. G., & Anderson, J. (2012). Recovery in Australia : Marshalling strengths and living values. *International Review of Psychiatry*, *24*(1), 5-10. psyh. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.660623

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine : Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *28*(4), 378-386. psyh. https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services : A systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*, *10*(1), 134. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0

Roe, D., Slade, M., & Jones, N. (2022). The utility of patient-reported outcome measures in mental health. *World Psychiatry*, *21*(1), 56-57. https://doi.org/10.1002/wps.20924

Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schön, U.-K. (2015). Establishing a Recovery Orientation in Mental Health Services : Evaluating the Recovery Self-Assessment (RSA) in a Swedish Context. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(4), 328-335. https://doi.org/10.1037/prj0000150

Scanferla, E., Bienassis, K. de, Pachoud, B., & Gorwood, P. (2023). How subjective well-being, patient-reported clinical improvement (PROMs) and experience of care (PREMs) relate in an acute psychiatric care setting? *European Psychiatry*, *66*(1), e26. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.12

Shunmuga Sundaram, C., Campbell, R., Ju, A., King, M. T., & Rutherford, C. (2022). Patient and healthcare provider perceptions on using patient-reported experience measures (PREMs) in routine clinical care : A systematic review of qualitative studies. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *6*(1), 122. https://doi.org/10.1186/s41687-022-00524-0

Slade, M. (2009a). *Personal Recovery and Mental Illness : A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Slade, M. (2009b). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, *18*(5), 367-371. https://doi.org/10.3109/09638230903191256

Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery : Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*, *24*(1), 1-4. https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery : Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, *13*(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

Slade, M., & Hayward, M. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry : Research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(2), 81-83. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01047.x

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 285. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4

Spring, B., Hoffman Marchese, S., & Steglitz, J. (2019). History and Process of Evidence-Based Practice in Mental Health. In *Evidence Based Practice in Action* (Guilford Press, p. 9-27).

Tan, K.-A., & Fernandez, A. (2018). Examining the reliability and factor structure of the Malay version of the Recovery Self-Assessment in a sample of individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *41*(4), 336-340. pdh. https://doi.org/10.1037/prj0000308

Terwee, C. B., Prinsen, C. a. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures : A Delphi study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *27*(5), 1159-1170. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0

Wagner, J. (2010). The Fraction of Missing Information as a Tool for Monitoring the Quality of Survey Data. *Public Opinion Quarterly*, *74*(2), 223-243. https://doi.org/10.1093/poq/nfq007

Waldrop, J., & McGuinness, T. M. (2017). Measurement-Based Care in Psychiatry. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *55*(11), 30-35. https://doi.org/10.3928/02793695-20170818-01

Watkins, M. W. (2018). Exploratory Factor Analysis : A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology*, *44*(3), 219-246. https://doi.org/10.1177/0095798418771807

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services : Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(11), 1827-1835. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches. In *Guidance and technical packages on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648

Ye, S., Pan, J.-Y., Wong, D. F. K., & Bola, J. R. (2013). Cross-validation of mental health recovery measures in a Hong Kong Chinese sample. *Research on Social Work Practice*, *23*(3), 311-325. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1177/1049731512471861

2.3 Synthèse et ouverture

2.3.1 Synthèse et discussion des résultats principaux

Cette étude avait pour objectif d'adapter et valider l'échelle RSAR dans le contexte français (RSAR-Fr), auprès de personnes concernées par des troubles psychiques sévères. Pour ce faire, 160 participants ont répondu à une enquête en ligne. La structure factorielle de l'échelle a été testée à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire (AFE) comparant deux modèles de mesure. L'AFE a mis en évidence trois dimensions distinctes, chacune présentant une excellente cohérence interne. La première dimension ("*person-centered*") reflète l'aspect personne-centré des pratiques, c'est-à-dire la capacité des professionnels et des organisations à adapter leurs accompagnements aux besoins, préférences et priorités individuelles, dans une logique de partenariat promouvant l'autonomie des personnes plutôt que le contrôle professionnel. La deuxième dimension ("*organizational engagement*") correspond au degré d'implication des personnes concernées dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'offre de soins. Enfin, la troisième dimension ("*social inclusion*") permet d'évaluer comment les services soutiennent l'exercice de rôles sociaux valorisés par la personne, en dehors du système de soins. L'échelle RSAR-Fr a également montré une excellente validité de contenu : l'analyse qualitative des items a montré leur cohérence avec un modèle théorique reconnu de l'orientation rétablissement (Le Boutillier et al., 2011). Enfin, contrairement à l'hypothèse de départ, les scores des sous-dimensions de la RSAR-Fr n'ont permis qu'une prédiction tendancielle du rétablissement personnel des participants. Ce point questionne la validité convergente de l'échelle, mais pourrait aussi refléter la nature transversale du protocole d'étude. Dans leur ensemble, les résultats sont une première étape encourageante quant à la **validité de la RSAR-Fr** comme mesure de l'orientation rétablissement des services de santé mentale en contexte français.

2.3.2 Implications

L'étude apporte une contribution originale à la recherche sur l'orientation rétablissement des services de santé mentale, champ récent de la littérature scientifique. En effet, les mesures de l'orientation rétablissement restent encore peu validées (Garrido-Cervera et al., 2024; Leamy et al., 2023), aucune ne l'étant en langue française. Nos résultats apportent en outre un éclairage utile concernant la structure factorielle de la RSAR, qui constituait une limite connue de cette échelle dans la littérature. Disposer d'outils valides permettra notamment **d'étudier l'efficacité des pratiques pour soutenir le rétablissement** des personnes concernées, domaine encore peu étudié

en dehors des études interventionnelles (Leamy et al., 2011; Melillo et al., 2025; Slade, 2010a; Slade, Adams, et al., 2012; Slade & Hayward, 2007).

Cette étude apporte des informations importantes pour l'implémentation de l'approche orientée rétablissement en contexte Français. L'échelle RSAR-Fr offre un support standardisé (« evidence-based ») permettant **d'intégrer le savoir expérientiel des personnes concernées dans l'évaluation des pratiques et de la qualité des soins**, enjeu majeur dans le champ de la santé mentale (Coldefy, 2022; Roe et al., 2022; Thornicroft & Slade, 2014). Elle peut également être utilisée pour évaluer l'adéquation des pratiques dans une structure de soin avec les valeurs et principes de l'approche centrée sur le rétablissement. Combinée avec une mesure du rétablissement personnel comme le QPR-Fr (Munuera et al., 2024), son utilisation permet une prise en compte plus systématique du rétablissement dans les accompagnements. Comme l'explique (Slade, 2010a), intégrer la notion de rétablissement dans l'évaluation des services de santé mentale est un moyen à part entière de transformer la culture du soin : « *parler de rétablissement est une intervention en soi* ». Ainsi, l'échelle RSAR-Fr permet **d'outiller et documenter la transformation des organisations vers des pratiques orientées rétablissement** (Davidson et al., 2007; Davidson, Rowe, et al., 2009). C'est d'ailleurs dans cette fonction précise que l'échelle avait été développée à l'origine : recueillir et comparer le point de vue des différents acteurs du soin, dans le but d'exposer les convergences et divergences dans leurs perceptions des pratiques, et ainsi encourager le développement de solutions communes pour mieux soutenir le rétablissement (O'Connell et al., 2005). Dans cette perspective d'évaluation systémique, il apparaît donc essentiel de poursuivre la validation des autres versions de la RSAR-Fr (professionnels, proches, décideurs institutionnels). Des recherches longitudinales restent également nécessaires pour répliquer les résultats de cette étude et vérifier la capacité de l'échelle à mesurer l'évolution dans le temps de l'orientation rétablissement (i.e., propriété de sensibilité au changement).

En conclusion, cette étude pose les bases d'une réflexion plus large sur les moyens concrets qui permettraient de transformer les pratiques, ainsi que sur les facteurs qui favorisent ou freinent l'appropriation des POR par les professionnels de santé mentale. La transformation des pratiques ne peut relever uniquement de leur seule responsabilité, mais doit également tenir compte du cadre organisationnel, et du contexte sociopolitique plus large (Pachoud et al., 2019; Speyer et al., 2025). L'étude suivante se propose donc d'explorer les déterminants des POR à ces différents niveaux.

Chapitre 3. Identifier des leviers d'implémentation des pratiques orientées rétablissement

3.1 Introduction : Déterminants connus des pratiques orientées rétablissement

Dans le contexte international de transformation des systèmes de santé mentale vers une orientation rétablissement, la formation des professionnels a rapidement été identifiée comme un levier prometteur d'implémentation (Bedregal et al., 2006; Silverstein & Bellack, 2008; Williams et al., 2016). En effet, les données scientifiques actuelles soulignent le **besoin de former les professionnels aux pratiques orientées rétablissement** (POR). La littérature rapporte ainsi la persistance de croyances stigmatisantes, négatives ou sceptiques à l'égard du rétablissement et des troubles psychiques en général (Luigi et al., 2020; Morera et al., 2017; Valery & Prouteau, 2020). Par exemple, les recherches montrent que les professionnels de santé mentale ont tendance à avoir de faibles attentes concernant le pronostic des personnes concernées par un trouble psychique, et à leur attribuer directement des freins au rétablissement (manque de motivation, fonctionnement cognitif insuffisant, symptômes trop exacerbés, etc.) (Gyamfi et al., 2020; Luigi et al., 2020; Morera et al., 2017; Valery et al., 2022). Les professionnels se déclarent globalement favorables à la notion de rétablissement, mais les données montrent qu'ils en ont des représentations très hétérogènes, pouvant mêler des éléments de définition à la fois du rétablissement clinique et du rétablissement personnel (Gyamfi et al., 2020; Le Boutillier, Chevalier, et al., 2015; Le Boutillier, Slade, et al., 2015). Le niveau d'attentes et d'espoir à avoir pour le rétablissement, ainsi que la nature non-linéaire du processus, sont deux aspects particulièrement incompris par les professionnels (Gyamfi et al., 2020). Plusieurs études soulignent en outre la difficulté pour les professionnels à saisir les implications concrètes de la notion de rétablissement pour leur pratique quotidienne, qui semble influencée par leur cadre théorique d'appartenance et par les priorités des institutions dans lesquelles ils exercent (Chester et al., 2016; Gyamfi et al., 2020; Le Boutillier, Chevalier, et al., 2015; Le Boutillier, Slade, et al., 2015).

Ainsi, plusieurs programmes de formation ont été développés à l'international pour accompagner cette transformation, tels que REFOCUS au Royaume-Uni (Slade, Bird, Boutillier, et al., 2015; Slade, Bird, Clarke, et al., 2015) ou le Collaborative Recovery Model en Australie (Oades & Anderson, 2012). Ces programmes de formation se basent sur les meilleures données scientifiques disponibles : ils mêlent des apports théoriques sur le rétablissement personnel, ainsi que des entraînements pratiques visant à développer les compétences des professionnels pour

faciliter l'engagement des personnes dans leur rétablissement, la définition et la poursuite d'objectifs personnels, etc. (pour revue, voir Jackson-Blott et al., 2019). Cependant, bien que ces programmes montrent des effets positifs sur les connaissances et les attitudes des professionnels envers le rétablissement (Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019; Sreeram et al., 2021), les données disponibles soulignent **des effets limités** à la fois sur la transformation effective des pratiques et l'amélioration du rétablissement personnel (Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019; Jackson-Blott et al., 2019; McPherson et al., 2021).

Les difficultés rencontrées par ces programmes mettent en lumière un domaine nouveau et sous-étudié dans la littérature scientifique : celui des déterminants des POR chez les professionnels de santé mentale. Les données actuelles portent principalement sur les déterminants dispositionnels des pratiques, comme les croyances et attitudes des professionnels vis-à-vis du rétablissement (e.g., Luigi et al., 2020). Cependant, le rôle central de **déterminants liés au contexte de travail** (organisationnels) a été suggéré à plusieurs reprises. En particulier, les modèles théoriques et les différents guides pratiques reconnaissent l'importance d'un engagement organisationnel fort pour permettre des POR (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2013a; Leamy et al., 2011; Mental Health Commission of Canada, 2015; Subandi et al., 2023). Les professionnels de santé mentale eux-mêmes expriment comment leurs possibilités de pratiques sont parfois directement dictées par le fonctionnement et les priorités de leurs structures d'appartenance (Chester et al., 2016; Le Boutillier, Chevalier, et al., 2015; Le Boutillier, Slade, et al., 2015). Plusieurs facteurs organisationnels ont été identifiés dans la littérature comme pouvant impacter à la fois l'implémentation et l'utilisation de POR. On peut notamment citer la culture de l'organisation, qui, si elle repose sur une vision biomédicale du soin, centrée sur la gestion du risque, peut être un frein aux POR, les politiques et procédures ne reflétant pas les principes clés de l'approche orientée rétablissement. Les styles de leadership et de management semblent également importants, les professionnels expliquant qu'un management hiérarchique et oppressif empêche la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins complexes des usagers. Enfin, les ressources humaines, financières, matérielles sont autant de facteurs conditionnant la pratique : les professionnels expliquent que le manque de ressources crée une pression temporelle, qui représente un frein majeur à l'investissement relationnel nécessaire au partenariat dans le soin (Chester et al., 2016; Erondu & McGraw, 2021; Fleury et al., 2018; Piat et al., 2021). Toutefois, il est important de noter que les connaissances actuelles reposent principalement sur des **données qualitatives**, et des recherches sont donc nécessaires pour confirmer l'impact de ces variables sur les POR.

Ces considérations apparaissent essentielles pour l'implémentation des POR dans le contexte Français. La littérature sur les POR y est particulièrement sous-développée. A notre connaissance, une seule recherche a documenté qualitativement les représentations de psychiatres au sujet du rétablissement (Michel, 2019) et seules deux recherches quantitatives ont étudié le lien entre les croyances stigmatisantes des professionnels de santé mentale et les POR (Valery et al., 2022, 2025). Il y a donc un enjeu important à explorer quantitativement et en détail les pratiques des professionnels de santé mentale français en lien avec le rétablissement personnel, ainsi que leurs déterminants individuels et organisationnels. Ces informations permettraient d'identifier des leviers potentiels d'implémentation, qui pourraient être ciblés dans les programmes de formation et d'accompagnement au changement.

L'objectif de cette étude n°3 était donc d'examiner, auprès d'un échantillon de professionnels de santé mentale en France, les facteurs associés aux POR. Elle visait à explorer simultanément les contributions de variables individuelles et de facteurs liés à l'environnement de travail.

3.2 Etude 3 : Two levels, two logics ? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey.

Cet article est actuellement en préparation. Il sera soumis à publication dans un journal à comité de lecture d'ici à Décembre 2025. Une version préliminaire en anglais est présentée ci-dessous.

Référence : Felix, S., Caïada, M., Seguela, A., Guionnet, S., Tison, E., Valery, K-M., Dulaurens, M., Aragnou, C., Lagarde, R., Hillairet, B., Reyreaud, H., Staedel, B., Sebbane, D., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J-M, Carrier, A., Deprez, G., Corbière, M., Kotera, Y., & Prouteau, A. (*In Preparation*). Two levels, two logics? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey.

Two levels, two logics? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey.

Simon Felix[1,2], Meryl Caïada[1,3,4], Adrien Seguela[1], Sarah Guionnet[1], Emma Tison[1], Kevin-Marc Valery[1,5], Mathilde Dulaurens[2], Camille Aragnou[2], Romain Lagarde[2], Benoît Hillairet[2], Hélène Reyreaud[6], Bérénice Staedel[7], Déborah Sebbane[7], Julien Bonilla-Guerrero[2], Jean-Marc Destaillats[2], Antonin Carrier[1], Guillaume Deprez[1], Marc Corbière[3,4], Yasuhiro Kotera[8] and Antoinette Prouteau[1,2]

[1] Psychology Laboratory (LabPsy) UR4139, University of Bordeaux

[2] ESPPAIR unit, Department of Adult Psychiatry, Jonzac Hospital, 17500 Saint-Martial de Vitaterne, France

[3] Department of Psychology, University of Montreal, Montreal, Canada,

[4] Research Centre of Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

[5] Fondation John Bost, 33000 Bordeaux, France

[6] Club Action Avenir, Vauclaire Hospital, 24100 Bergerac, France

[7] WHO Collaborating Center, EPSM Lille-Métropole, 59260 Lille – Hellemmes, France

[8] Institute of Mental Health, Nottingham, NG7 2TU, England

Author Note

Simon Felix https://orcid.org/0000-0002-7326-1936

Meryl Caïada https://orcid.org/0000-0001-7061-2094

Adrien Seguela https://orcid.org/0009-0005-8103-277X

Sarah Guionnet https://orcid.org/0009-0004-7921-0904

Emma Tison https://orcid.org/0000-0002-5297-5227

Kevin-Marc Valery https://orcid.org/0000-0002-3463-9035

Déborah Sebbane https://orcid.org/0000-0001-5688-6515

Antonin Carrier https://orcid.org/0000-0001-5921-0887

Guillaume Deprez https://orcid.org/0000-0003-1554-6105

Marc Corbière https://orcid.org/0000-0002-1777-1544

Yasuhiro Kotera https://orcid.org/0000-0002-0251-0085

Antoinette Prouteau https://orcid.org/0000-0001-7540-4139

Manuscript word count: 6234

Correspondence concerning this article should be addressed to Simon Felix, Laboratoire de Psychologie UR4139, 3ter place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France.

Email: simon.felix@u-bordeaux.fr ; Phone number: 05 57 57 30 40

Abstract

Objective: Recovery-oriented practices (ROP) implementation gaps persist between policy and practice. This study examined individual and organizational factors influencing individual ROP and collective recovery-oriented service delivery (ROSD) among mental health professionals.

Methods: The nationwide RECOR-PRO survey collected data from 555 French mental health professionals using standardized measures of recovery beliefs, attitudes toward and frequency of ROP, organizational culture, and collective ROSD. Regression analyses examined how individual, dispositional, and organizational factors predicted both practice levels.

Results: Individual ROP and collective ROSD showed weak association, suggesting distinct underlying mechanisms. For individual ROP, dispositional characteristics explained 44% of variance, with attitudes toward recovery practices as strongest predictors (Hope: $\beta = .29$, $p < .001$; Empowerment: $\beta = .20$, $p < .001$). For collective ROSD, organizational culture explained 62% of variance, with coworker expectations as primary predictor ($\beta = .62$, $p < .001$), followed by leadership ($\beta = .20$, $p < .001$) and quality improvement processes ($\beta = .16$, $p < .001$). Shared predictors across both practice levels included lived experience of mental illness, standardized recovery tools use, professional utility, and colleague expectations.

Conclusions: Recovery-oriented care implies operating through two distinct practice levels, with different determinants. The observed gap between individual ROP and collective ROSD challenges current theoretical approaches, suggesting need for dual-level conceptualization. Training programs should target both levels simultaneously, combining skill development with organizational culture change. Findings support multilevel interventions addressing both practitioners' attitudes and systemic organizational factors for effective recovery-oriented care implementation.

Keywords: mental health; mental health recovery; mental health practices; recovery-oriented practices; associated factors; cross-sectional survey; beliefs, attitudes and practices; implementation research

For much of the history of psychiatry, serious mental illnesses (SMI) were conceptualized as progressive and irreversible conditions (Jimenez, 1988; Lieberman et al., 2008), often experienced by individuals as "a prognosis of doom" (Deegan, 1997). However, decades of research have since challenged this view, establishing substantial evidence for the possibility of recovery from SMI (Lieberman et al., 2008; Slade & Longden, 2015; Warner, 2010). This evidence spans both clinical recovery, defined as symptom remission and functional improvement, and personal recovery, understood as the process of establishing "a fulfilling, meaningful life and a positive sense of identity founded on hopefulness and self-determination" (Andresen et al., 2003).

Through sustained advocacy from service users and allies, this consumer-defined notion of recovery has gained widespread recognition in mental health systems and has begun reshaping service provision priorities. The World Health Organization now identifies the transformation of mental health services to support personal recovery as a global imperative (WHO, 2021). Accordingly, many health systems have revised their public health strategies to promote recovery-oriented care (Piat et al., 2010; Subandi et al., 2023).

Conceptualizing Recovery-Oriented Care: Individual and Collective Practices

Recovery-oriented care is commonly defined as "the extent to which mental health staff and services attempt to facilitate or promote personal recovery" (Williams et al., 2012). The Australian Government Department of Health (2013) further elaborates this definition, describing recovery-oriented care as "the application [by professionals, teams, and organizations] of sets of capabilities that support people to recognize and take responsibility for their own recovery and wellbeing and to define their goals, wishes and aspirations." These capabilities include underlying principles, values, knowledge, attitudes, skills, and behaviors. Among available conceptual models, the framework developed by Le Boutillier et al. (2011) remains among the most influential. Drawing on a qualitative analysis of 30 policy and practice

guidance documents, the authors proposed four overarching domains of recovery-supporting care: (i) promoting citizenship (e.g., respecting users' rights and fostering social inclusion), (ii) supporting personally defined recovery (e.g., person-centered, holistic, and strengths-based approaches), (iii) working relationships (e.g., partnership-building, fostering hope, supporting autonomy), and (iv) organizational commitment (e.g., promoting recovery through culture, structure, and leadership).

This framework highlights a critical distinction: recovery-oriented care operates on both individual and collective levels. The term recovery-oriented practice is often used interchangeably to describe both individual-level actions by practitioners (recovery-oriented practice, ROP) and systemic, collective approaches to care (recovery-oriented service delivery, ROSD) (Australian Government Department of Health, 2013). At the individual level, ROP includes the use of specific knowledge and skills (e.g., personalized recovery planning, shared decision-making, strength-based assessment), informed by core recovery values (e.g., belief in recovery, valuing lived experience, relational symmetry) (Australian Government Department of Health, 2013; Davidson et al., 2009; Oades & Anderson, 2012 ; Slade, 2009). At the collective level, ROSD refers to systemic structures and processes that enable recovery-supportive care environments, such as embedding recovery principles into policies, leadership, team functioning, and care models (Anthony, 2000; Davidson et al., 2021; SAMHSA, 2009; Subandi et al., 2023). This multi-level perspective, emphasizing the distinction between individual and collective dimensions in recovery-oriented care, remains under-researched.

Determinants of Recovery-Oriented Care

Despite growing policy commitments to recovery-oriented care, implementation remains challenging (Erondu & McGraw, 2021; Lorien et al., 2020; Slade et al., 2014). Researchers have described a translational gap between well-established values and policies and routine practice, emphasizing the need to identify the mechanisms and conditions that

facilitate implementation (Le Boutillier et al., 2011, 2015a; Piat et al., 2021; Subandi et al., 2023).

Existing research has primarily focused on individual-level, dispositional determinants of recovery-oriented care, particularly the beliefs and attitudes of mental health professionals (MHPs). This reflects a conceptualization of recovery-oriented practices as individual behaviors, driven by cognitive processes (e.g., theory of planned behavior; Ajzen, 1991). Studies consistently show that MHPs often lack clarity about the concept of recovery, conflating personal and clinical dimensions, as well as their implications for practice (Chester et al., 2016; Gyamfi et al., 2020; Le Boutillier et al., 2015a). Additionally, some professionals hold stigmatizing beliefs (e.g., perceiving service users as unmotivated for recovery) or pessimistic views about recovery prospects (Morera et al., 2017; Luigi et al., 2020). Demographic and professional characteristics, such as age, professional role, clinical experience, or training background, may also influence recovery beliefs, though more research is needed (Gyamfi et al., 2020; Luigi et al., 2020). Several literature reviews emphasize that this variability in staff knowledge, beliefs, and attitudes towards recovery may hinder the implementation of recovery-oriented practices (Chatwiriyaphong et al., 2023; Chester et al., 2016; Lorien et al., 2020; Piat et al., 2021; Waldemar et al., 2016). As a result, researchers highlight the need to train MHPs in the recovery approach, particularly in associated values, attitudes, and skills (Bedregal et al., 2006; Silverstein & Bellack, 2008; Williams et al., 2016a). Several educational training programs have been developed (e.g., Cook et al., 2016; Oades et al., 2005; Slade et al., 2015), although their impact on actual practice appears limited. A meta-analysis by Eiroa-Orosa and Garcia-Mieres (2019) found moderate effects on MHPs attitudes and knowledge, but no significant improvements in practice behaviors. This suggests that additional contextual or systemic barriers may be at play.

More recent studies have emphasized the role of organizational determinants of recovery-oriented care, although mostly relying on qualitative research. Implementation science frameworks such as the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) suggest that successful adoption of evidence-based practices requires alignment between individual factors and organizational context (Damschroder et al., 2009). For example, congruence between staff and organizational values has been linked to mental health care quality (Bru-Luna et al., 2022). This systemic perspective recognizes that MHPs work within systems governed by structural, procedural, and cultural norms that can constrain or enable recovery-oriented practice. Le Boutillier et al. (2015a), in a systematic review, demonstrated that organizational priorities profoundly shape MHPs' understanding of recovery ("service-defined recovery") and influence the ways in which recovery can be operationalized in practice. Research has identified key enabling organizational-level factors to recovery-oriented care, such as a shared organizational recovery vision, recovery-supportive leadership, collaborative team culture, and alignment of procedures and policies with recovery principles (Chester et al., 2016; Fleury et al., 2018; Le Boutillier et al., 2011, 2015b; Waldemar et al., 2016). Conversely, environmental barriers such as inpatient settings, resource limitations, lack of community programs, or a predominant focus on risk management may undermine recovery-supportive efforts (Chatwiriyaphong et al., 2023; Chester et al., 2016; Erondu & McGraw, 2021; Lorien et al., 2020; Waldemar et al., 2016). A recent review by Piat et al. (2021) confirmed these findings, identifying culture, resources, staff turnover, and leadership as critical implementation factors for recovery-supportive interventions.

Study Rationale and Objectives

Despite growing attention to recovery-oriented care, its determinants remain insufficiently understood, especially at the organizational level, where empirical research is scarce and largely qualitative. Eiroa-Orosa and Garcia-Mieres (2019) hypothesized that adverse

work-context factors may help explain the limited practical impact of educational training programs. This suggests that contextual variables may condition whether and how MHPs adopt recovery-oriented practices, though supporting quantitative evidence remains limited (Fleury et al., 2018). Furthermore, the few quantitative studies of recovery-oriented care determinants have investigated either individual or organizational factors in isolation, with few assessing their relative contributions. Finally, the distinction between individual ROP and collective ROSD has received limited empirical attention. This represents a significant gap, as theoretical models suggest both levels interact in shaping recovery-oriented care. This differentiation is likely crucial, as distinct mechanisms may influence implementation at each level. For example, individual beliefs and skills may predict ROP, whereas leadership, culture, and structure may be more predictive of ROSD.

The present study aimed to explore the contribution of both individual and organizational factors in predicting two distinct outcomes: (1) individual recovery-oriented practices (ROP), and (2) collective recovery-oriented service delivery (ROSD).

Method

Study design and procedure

This article reports data from the larger RECOR-PRO study, a nationwide survey exploring the recovery-oriented practices of French mental health professionals. The study received ethical approval from the University of Bordeaux Institutional Review Board (CER-UB-2024-37B-F) and was pre-registered on the Open Science Framework (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JMAHD). The RECOR-PRO study was co-constructed at all stages with the support of a steering committee composed of expert clinicians, people with lived experience of mental illness, administrators, and researchers. An online survey was developed and hosted on the LimeSurvey® platform. Both convenience and snowball sampling strategies were used: calls for participation were disseminated through the authors' professional networks

(including social media) and relayed by participants. Eligible participants had to be over 18 years old and currently working in the mental health field. There were no additional exclusion criteria.

After providing informed consent, participants accessed the online survey and were invited to complete several self-report questionnaires. The survey was divided into four sections. The first included measures of participants' beliefs about recovery, attitudes toward ROP, frequency of ROP, and perception of service delivery recovery-orientation (ROSD). In the second section, participants reported sociodemographic and professional characteristics. In the third section, they completed a measure of recovery-oriented organizational culture. Finally, participants who self-identified as having lived experience of mental illness were invited to answer questions about mental illness disclosure in the workplace, although these data are not presented in this article. Participants were directed to different sections of the survey depending on their professional characteristics. In particular, participants who reported working alone were excluded from completing the collective ROSD and organizational culture measures, as these scales assess team-based and organizational-level processes that are not applicable to individual work contexts. This selective administration ensured that participants only completed measures relevant to their specific professional situation.

Measures

At the time of survey development, no validated French staff-rated measures were available to assess the constructs of interest. To maximize robustness and validity, pre-existing standardized instruments were adapted rather than newly developed. When necessary, questionnaires were i) translated and culturally adapted to French following best-practice international guidelines (Leong et al., 2016), and ii) adapted to reflect MHPs' perspectives when only user-rated versions were available. Following best practices in survey design and cross-cultural adaptation of psychological measures (Passmore et al., 2002; Slattery et al., 2011;

Terwee et al., 2018), the survey was pilot-tested with ten individuals (including MHPs, people with lived experience, and researchers) before launch. According to COSMIN recommendations (Terwee et al., 2018), the pilot test assessed comprehensibility of the instructions, item content, and response formats.

Beliefs about Recovery

The Global INSPIRE scale (G-INSPIRE; Kotera et al., 2025) was used to assess participants' beliefs about mental health recovery. It has shown adequate psychometric properties in both UK and Japanese samples (Kotera et al., 2025). Originally developed as a 20-item user-rated measure covering the five CHIME dimensions (Leamy et al., 2011), the scale was adapted for staff in this study. Participants were asked to rate the extent to which each item contributes to recovery, using a 5-point Likert scale (1 = "Does not at all contribute to recovery" to 5 = "Contributes a great deal to recovery"). Total scores ranged from 20 to 100, with higher scores indicating stronger beliefs in the contribution of CHIME processes for recovery.

Attitudes Toward and Frequency of ROP

The Recovery-Promoting Relationship Scale (RPRS; Russinova et al., 2013) was used to measure both attitudes toward and frequency of ROP. Originally a 24-item user-rated scale, the RPRS includes two components: 8 items on core relational competencies and 16 items on recovery-promoting strategies (Hopefulness, Empowerment, and Self-Acceptance dimensions). The scale has been adapted and validated in several languages, including Hebrew, Chinese and Dutch. Only the 16-item "Recovery-Promoting Strategies" index was used and adapted for staff in this study. Participants completed two subscales:

a) The Usefulness RPRS (U-RPRS) assessed providers attitudes toward ROP, with participants rating how useful each strategy is in their practice (1 = "Not at all useful to my recovery supportive practice" to 5 = "Very useful to my recovery supportive practice").

b) The Frequency RPRS (F-RPRS) assessed actual use of ROP, with participants rating how often they apply each strategy in practice (1 = “Never” to 5 = “Systematically”).

Each subscale had scores ranging from 16 to 80, with higher scores indicating more positive attitudes or more frequent use of ROP, respectively.

Recovery-Oriented Service Delivery (ROSD)

The Recovery Self-Assessment–Revised, Provider version (RSAR; O’Connell et al., 2005) was used to assess collective recovery-oriented practices at the service level. The user-rated version of the RSAR has been validated in the French context (Felix et al., submitted) and has demonstrated appropriate psychometric properties. The 32 items cover three dimensions: Person-Centeredness, Social Inclusion, and Organizational Engagement. Items are rated on a 5-point Likert scale (1 = “Strongly disagree” to 5 = “Strongly agree”). Total scores ranged from 32 to 160, with higher scores indicating a higher recovery orientation in service delivery.

Recovery-Oriented Organizational Culture

The Recovery Culture and Climate Scale (RCCS; Evans et al., 2020) was used to assess organizational culture related to recovery. The staff-rated RCCS has shown adequate psychometrics in a US sample. The 28-item RCCS evaluates seven domains of recovery-oriented culture: Expectations, Values, Leadership, Education and Training, Rewards, Policy, and Quality Improvement. All items (except the three binary-rated Policy items) use a 5-point Likert scale where 1 indicates absence of the element and 5 its strong presence. Total scores ranged from 25 to 125, with higher scores reflecting a more recovery-oriented organizational culture.

Non-standardized Measures

Feeling of professional utility was assessed using three items adapted from Valery et al., (2023): “What I do in my work is useful in the care pathway of people with mental illness,”

"My work with people with mental illness plays an important role in their recovery," and "I feel effective in my work with people with mental illness.". Responses were recorded on a 7-point Likert scale ranging from 1 ("Strongly disagree") to 7 ("Strongly agree"). Total scores ranged from 3 to 21, with higher scores indicating a greater sense of professional utility.

Attitudes toward positive risk-taking were measured using a single item developed specifically for this study. After providing participants with a definition of positive risk-taking, they were asked: "In your practice, do you support encouraging people to take positive risks?" Responses were recorded on a 7-point Likert scale ranging from 1 ("Strongly unsupportive") to 7 ("Strongly supportive"). Higher scores indicated a more favorable attitude toward positive risk-taking.

Analyses

All statistical analyses were performed using R version 4.2.2. Descriptive statistics were first computed for all study variables, including distributional characteristics and internal consistency (Cronbach's α). The main analyses consisted of multiple linear regression models using a block-wise entry approach to assess predictors of recovery-oriented care. Two dependent variables were examined separately: individual ROP (F-RPRS total score) and collective ROSD (RSAR total score). For each outcome, three distinct blocks of theoretically-driven independent variables were tested in separate models: individual characteristics (e.g., sociodemographic and professional background); dispositional characteristics (i.e., recovery beliefs and attitudes) and organizational characteristics, including recovery-oriented culture. Each outcome variable was cross-included in the other's model. That is, RSAR total score was included in the organizational block predicting F-RPRS, and F-RPRS was included in the dispositional block predicting RSAR. This approach reflected the assumption that individual ROP and collective ROSD might be interrelated dimensions of recovery-oriented care. For all regression models, standard assumptions were verified including: multicollinearity assessment

using Variance Inflation Factors (VIF<5), homoscedasticity of residuals using the Breusch-Pagan test, independence of residuals using the Durbin-Watson test, and linearity using the Rainbow test. Statistical significance was set at $p < .05$. Model performance was evaluated with adjusted R^2, and effect sizes for individual predictors were reported as both standardized β and Cohen's d, using conventional thresholds for the latter: small (≥ .20), medium (≥ .50), and large (≥ .80). Missing data were handled using complete case analysis. Notably, most instances of missingness reflected planned exclusions based on professional characteristics (e.g., participants working alone were not administered team or organization-level measures), rather than attrition or item nonresponse.

Results

Participants

Data collection took place between October 2024 and April 2025. The study page was accessed N = 3,734 times. A total of N = 744 participants completed the first questionnaire (G-INSPIRE), among whom N = 555 provided sociodemographic information, and N = 492 fully completed the survey. Most participants were female (74%), with a mean age of 42.56 years (SD = 10.24). The sample primarily comprised nurses (20.7%), psychiatrists (6.7%), psychologists (17.5%), occupational therapists (7.3%), therapeutic support workers (9.3%), and peer-support workers (10.7%). Participants were almost equally distributed across the three main public psychiatry sectors in France: in-patient care (30.27%), out-patient/ambulatory care (33.69%), and community mental health services (33.69%). Detailed participant characteristics are presented in Table 1.

Table 1

Participants Sociodemographic and Professional Characteristics

Variable	N (%)	M (SD)	Min-Max
Age		42.56 (10.24)	20-73
Gender			
Male	140 (25.2)		
Female	411 (74.1)		
Education level (years)		15.37 (3.92)	2-27
Close to someone with mental illness			
Yes, family	213 (38.4)		
Yes, someone else	158 (28.5)		
No	225 (40.5)		
Lived experience of mental illness (Yes)	156 (28.2)		
Profession			
Director/administrator	27 (4.9)		
Healthcare manager	27 (4.9)		
Nurse	114 (20.7)		
Occupational therapist	40 (7.3)		
Peer-support worker	59 (10.7)		
Psychiatrist	37 (6.7)		
Psychologist	96 (17.5)		
Therapeutic support worker	51 (9.3)		
Other	51 (9.3)		
Professional experience (years)		12.60 (9.63)	0-40
Job tenure (years)		5.55 (5.91)	0-34
Job sector			
Inpatient care	169 (30.4)		
Outpatient care	204 (36.8)		
Community care	196 (35.3)		
Private practice	38 (6.8)		
Multidisciplinary team (Yes)	508 (91.5)		
Mobile team (Yes)	172 (34.0)		
Team has peer-support worker(s)			
Yes, unpaid	37 (6.6)		
Yes, professional	241 (43.4)		

No	242 (43.6)
Has received training in mental health recovery (Yes)	346 (62.3)
Type of recovery training	
Initial training	69 (12.4)
Continuing professional development	249 (44.9)
Conferences, seminars, etc.	158 (28.5)
Use of recovery-promoting instruments (Yes)	405 (73)
Type of recovery-promoting instruments	
Standardized instruments to assess users' specific needs	297 (53.5)
Recovery plans co-constructed with users	312 (56.2)
Standardized outcome measures of personal recovery	162 (29.2)

Note. N=555

Descriptive Statistics

Descriptive statistics and Cronbach's alphas for all key variables are reported in Table 2. Ceiling effects were observed in several variables, particularly for the G-INSPIRE recovery beliefs subscales (skew > 2 for Connectedness, Hope, and Meaning; skew > 1 for Identity and Empowerment), and for the item assessing attitudes toward positive risk-taking (skew > 1). Negative skewness was also noted for the Hope dimension of the U-RPRS and the Values dimension of the RCCS. Overall, participants reported high levels of individual ROP (M = 65.66, SD = 7.99, range = 16–80). In contrast, greater variability was observed for ratings of collective ROSD (M = 117.87, SD = 22.88, range = 32–160). Table 3 presents the distribution of ROP and ROSD total scores by profession, care setting, and personal familiarity with mental illness.

Table 2

Descriptive Statistics of Main Variables

Variable	N° items	N	Std. α	M	SD	Min-Max	Skew	Kurtosis
Beliefs about recovery (G-INSPIRE)								
Total score	20	555	.95	90.15	10.07	20-100	-2.69	13.53
Connectedness	4		.89	18.66	2.17	4-20	-3.32	16.34
Hope	4		.85	18.35	2.29	4-20	-2.49	9.95
Identity	4		.82	17.47	2.66	4-20	-1.37	2.91
Meaning in Life	4		.81	18.43	2.10	4-20	-2.72	12.60
Empowerment	4		.80	17.23	2.52	4-20	-1.28	3.24
Attitudes towards ROP, utility (U-RPRS)								
Total score	16	528	.87	71.75	6.18	39-80	-0.8	1.31
Hope	7		.79	31.14	3.19	12-35	-1.06	2.4
Empowerment	5		.67	22.86	1.99	15-25	-1	0.87
Self-acceptance	4		.64	17.75	1.88	9-20	-0.74	0.71
Individual ROP, frequency of use (F-RPRS)								
Total score	16	528	0.89	65.66	7.99	33-80	-0.65	1.01
Hope	7		0.81	28.72	3.82	12-35	-0.69	0.99
Empowerment	5		0.74	20.71	2.86	10-25	-0.7	0.51
Self-acceptance	4		0.62	16.22	2.25	6-20	-0.6	0.87
Feeling of professional utility	3	555	0.82	17.55	2.64	5-21	-0.91	1.47
Attitudes towards positive risk-taking	1	555	N/A	6.10	0.98	1-7	-1.41	3.52
Recovery-orientation of service delivery (RSAR)								
Total score	32	481	0.96	117.87	22.88	34-160	-0.63	0.04

Variable	N° items	N	Std. α	M	SD	Min-Max	Skew	Kurtosis
Person-centeredness	17		0.93	65.39	11.91	18-85	-0.84	0.69
Organizational engagement	6		0.85	18.897	5.69	6-30	-0.22	-0.60
Social inclusion	5		0.84	18.67	4.45	5-25	-0.56	-0.36
Recovery-orientation of organizational culture (RCCS)								
Total score	25	436	.91	83.96	17.1	32-125	-0.18	-0.16
Expectations	5		.84	19.87	4.13	5-25	-0.86	0.38
Values	3		.65	13.27	1.81	3-15	-1.23	2.35
Leadership	5		.90	18.76	5.09	5-25	-0.91	0.16
Education and training	5		.88	14.69	5.52	5-25	-0.18	-0.80
Rewards	3		.96	6.84	3.74	3-15	0.52	-0.99
Policy	3		NA	NA	NA	NA	NA	NA
Quality improvement	4		.82	10.64	4.29	2-20	0.21	-0.81

Note. G-INSPIRE = Global INSPIRE; U-RPRS = utility subscale of the Recovery Promoting Relationships Scale (RPRS); F-RPRS = frequency subscale of the RPRS; RSAR-Fr = Recovery-Self Assessment Scale Revised – French version; RCCS = Recovery Climate and Culture Scale. Descriptive statistics were not computed for the RCCS Policy subscale, as the three items are binary. Cronbach' α >.70 are considered satisfactory.

Table 3

Descriptive Statistics of ROP and ROSD According to Profession, Structure Setting and Familiarity to Mental Illness

Variable	Individual ROP (F-RPRS total score)			Collective ROSD (RSAR total score)		
	N	M	SD	N	M	SD
Profession						
Director/administrator	21	66	8.34	23	128.7	17.83
Healthcare manager	20	64.45	5.97	24	116.79	18.22
Nurse	114	67	7.23	108	118.99	23.36
Occupational therapist	40	65.33	7.57	38	106.95	25.81
Peer-support worker	56	63.59	10.75	48	114.67	21.81
Psychiatrist	37	66.73	7.17	35	115.23	27.16
Psychologist	94	65.4	7.78	76	116.24	22.25
Therapeutic support worker	50	67.46	6.41	48	123.73	19.49
Structure setting						
Inpatient care	162	66.36	7.43	159	107.52	24.34
Outpatient care	194	66.21	7.67	196	118.36	23.17
Community care	188	65.09	8.54	173	122.72	23.36
Private practice	37	67.41	6.77	8	118.75	25.12
Lived experience of mental illness						
Yes	146	66.31	7.21	131	114.97	23.45
No	381	63.98	9.56	349	118.9	22.61
Close to someone with mental illness						
Yes	307	65.33	8.14	284	117.85	22.40
No	219	66.19	7.73	195	117.81	23.68

Note. ROP = Recovery-Oriented Practices; ROSD = Recovery-Oriented Service Delivery; F-RPRS = frequency subscale of the Recovery Promoting relationship Scale; RSAR-Fr = Recovery-Self Assessment Scale Revised.

Predictors of Individual Recovery-Oriented Practice (ROP)

Results of the multiple linear regression analyses with the F-RPRS total score (reported frequency of individual ROP) as criterion are presented in Table 4. Participants' individual characteristics explained 9% of the variance of the ROP frequency (Model n°1, $F(10,429)=5.37$, $p<.001$). Age was significantly and positively associated with ROP frequency ($t=2.09$, $p<.05$), with a small effect size ($d=0.20$). Education level was significantly and negatively associated with ROP frequency ($t=-2.67$, $p<.01$), with a small effect size ($d=0.26$). Additionally, participants who declared using at least one instrument in their recovery-supporting practices (needs assessment tools, recovery plans or personal recovery outcome measures) reported more frequent ROP ($t=3.12$, $p<.01$), with a small effect size ($d=0.30$). Finally, participants with lived experience of mental illness reported less frequent ROP ($t=-2.97$, $p<.01$), with a small effect size ($d=-0.29$).

Participants' dispositional characteristics (beliefs, attitudes) explained 44% of the variance of individual ROP frequency (Model n°2, $F(10,517)=42.4$, $p<.001$). Amongst recovery beliefs, the Hope dimension showed a significant negative association with ROP ($t=-2.43$, $p<.05$), with a small effect size ($d=-0.21$), while the Identity dimension showed a positive association ($t=2.39$, $p<.05$) with a small effect size ($d=.21$). Attitudes towards ROP were significantly and positively associated with ROP frequency, for both the Hope ($t=6.43$, $p<.001$) and Empowerment ($t=4.68$, $p<.001$) practice domains, with small to medium effect sizes ($d=0.74$ and 0.41 respectively). Participants who reported that promoting Hope and Empowerment was useful to their own recovery-supportive practice tended to report more frequent ROP. The feeling of professional usefulness was positively associated with ROP frequency ($t=6.73$, $p<.001$) with a medium effect size ($d=0.59$). No significant effect was found for the attitude towards positive risk-taking.

Organizational characteristics accounted for 15% of ROP frequency total variance (Model n°3, $F(9,412)=9.20$, $p<.001$). None of the RSAR subscales showed significant association: the recovery-orientation of service delivery (ROSD) did not significantly predict ROP frequency. Nonetheless, two dimensions of organizational culture were positively associated with ROP frequency: expectations between colleagues ($t=3.36$, $p=.001$) and education and training ($t=3.83$, $p<.001$), both with small effect sizes ($d=0.33$ and 0.38 respectively).

Table 4

Multiple Linear Regression Analysis of Individual ROP Predictors (F-RPRS Total Score as Criterion)

Variable	β	SE	t	p-value	Cohen d	95%LL	95%UL	Eff. Size	F	df	Adj. R^2
Model 1: individual characteristics									5.37***	10, 429	0.09
Intercept	-0.272	0.087	-3.122	0.002							
Age	0.137	0.065	2.093	0.037*	0.202	0.012	0.392	Small			
Gender	0.176	0.106	1.662	0.097	0.16	-0.03	0.35				
Education level	-0.097	0.037	-2.668	0.008**	-0.258	-0.448	-0.066	Small			
Close to someone with mental illness	0.006	0.102	0.06	0.952	0.006	-0.183	0.195				
Lived experience of mental illness	-0.359	0.121	-2.971	0.003**	-0.287	-0.478	-0.095	Small			
Use of recovery-promoting tools	0.421	0.135	3.124	0.002**	0.302	0.11	0.493	Small			
Has received training in mental health recovery	0.133	0.109	1.219	0.223	0.118	-0.072	0.307				
Team has peer-support worker(s)	0.125	0.095	1.309	0.191	0.126	-0.063	0.316				
Professional experience	0.016	0.065	0.242	0.809	0.023	-0.166	0.213				
Job tenure	0.053	0.048	1.105	0.27	0.107	-0.083	0.296				
Model 2: dispositional characteristics									42.4***	10, 517	0.44
Intercept	-0.016	0.034	-0.463	0.644							
Recovery beliefs[a] - Connectedness	-0.035	0.049	-0.715	0.475	-0.063	-0.235	0.11				
Recovery beliefs - Hope	-0.114	0.047	-2.43	0.015*	-0.214	-0.387	-0.04	Small			
Recovery beliefs - Identity	0.137	0.057	2.39	0.017*	0.21	0.037	0.383	Small			
Recovery beliefs - Meaning	-0.033	0.057	-0.579	0.563	-0.051	-0.223	0.122				
Recovery beliefs - Empowerment	0.052	0.052	1	0.318	0.088	-0.085	0.26				
Attitudes toward ROP[b] - Hope	0.31	0.048	6.432	<.001***	0.566	0.386	0.744	Medium			
Attitudes toward ROP - Empowerment	0.184	0.039	4.676	<.001***	0.411	0.235	0.587	Small			

Variable	β	SE	t	p-value	Cohen d	95%LL	95%UL	Eff. Size	F	df	Adj. R^2
Attitudes toward ROP - Self-acceptance	0.043	0.047	0.928	0.354	0.082	-0.091	0.254				
Feeling of professional utility	0.336	0.05	6.733	<.001***	0.592	0.412	0.772	Medium			
Attitude toward positive risk-taking	0.019	0.033	0.57	0.569	0.05	-0.122	0.223				
Model 3: organizational characteristics									9.20 ***	9, 412	0.15
Intercept	0.008	0.047	0.18	0.858	0.018	-0.175	0.211				
Collective ROP[c] - Person-centeredness	0.02	0.081	0.253	0.8	0.025	-0.168	0.218				
Collective ROP - Organizational engagement	0.083	0.105	0.789	0.431	0.078	-0.116	0.271				
Collective ROP - Social inclusion	-0.025	0.083	-0.296	0.767	-0.029	-0.222	0.164				
Recovery culture[d] - Expectations	0.238	0.071	3.362	0.001**	0.331	0.135	0.527	Small			
Recovery culture - Values	0.092	0.052	1.757	0.08	0.173	-0.021	0.367				
Recovery culture - Leadership	-0.004	0.064	-0.059	0.953	-0.006	-0.199	0.187				
Recovery culture - Education and training	0.222	0.058	3.829	<.001***	0.377	0.18	0.573	Small			
Recovery culture - Rewards	0.011	0.051	0.21	0.833	0.021	-0.172	0.214				
Recovery culture - Quality improvement	-0.109	0.067	-1.639	0.102	-0.162	-0.355	0.032				

Note. *p<.05; **p<.01; ***p<.001. The following thresholds were used for Cohen's d: small (d≥.20), medium (d≥.50) and large (d≥.80). F-RPRS = Frequency subscale of the Recovery Promoting Relationship Scale; ROP = Recovery-Oriented Practices

[a] Measured with Global INSPIRE scale

[b] Measured with Usefulness subscale of the Recovery Promoting Relationship Scale (U-RPRS)

[c] Measured with the Recovery Self-Assessment Scale Revised (RSAR)

[d] Measured with the Recovery Culture and Climate Scale (RCCS)

Predictors of Recovery-Oriented Service Delivery (ROSD)

Results of the multiple linear regression analyses with the RSAR-Fr total score (perceived recovery orientation of service delivery) as criterion are presented in Table 5. Participants' individual characteristics explained 15% of ROSD variance (Model n°4, $F(10,409)=8.48$, $p<.001$). The use of recovery-promoting instruments was positively associated with ROSD ($t=2.75$, $p<.01$), with a small effect size ($d=0.27$). The presence of peer-support workers in the team also significantly predicted ROSD ($t=7.38$, $p<.001$), with a medium effect size ($d=0.73$). Similar to what was observed for individual ROP, participants with lived experience of mental illness perceived lower ROSD ($t=-3.29$, $p<.01$), with a small effect size ($d=-0.32$).

Participants' dispositional characteristics (beliefs, attitudes, behaviors) explained 16% of ROSD variance (Model n°5, $F(13,449)=7.98$, $p<001$). None of the recovery beliefs dimensions showed significant associations with ROSD. Regarding attitudes towards ROP, the Self-Acceptance practice domain predicted lower ROSD levels, with a small effect size ($t=-2.22$, $p<.05$, $d=-0.21$). Regarding the effect of ROP frequency, the Empowerment practice domain showed a significant positive association with ROSD ($t=1.99$, $p=.047$), but with a negligible effect size ($d<0.20$). The feeling of professional usefulness predicted higher ROSD levels with a small effect size ($t=5.00$, $p<.001$, $d=0.47$).

Finally, organizational characteristics accounted for 62% of ROSD total variance (Model n°6, $F(6,429)=120.9$, $p<.001$). Within variables related to recovery-oriented organizational culture, expectations between coworkers were significantly and positively associated with ROSD ($t=14.38$, $p<.001$), with a large effect size ($d=1.39$). The Leadership ($t=4.58$, $p<.001$) and Quality improvement ($t=3.65$, $p<.001$) dimensions were also found to be significant ROSD predictors, both with small effect sizes ($d=0.44$ and 0.35 respectively).

Table 5

Multiple Linear Regression Analysis of Collective ROSD (RSAR Total Score as Criterion)

Variable	β	SE	t	p-value	Cohen d	95%LL	95%UL	Eff. Size	F	df	Adj. R^2
Model 4: individual characteristics									8.48 ***	10, 409	0.15
Intercept	-0.167	0.069	-2.435	0.015							
Age	0.033	0.062	0.529	0.597	0.052	-0.142	0.246				
Gender	-0.022	0.106	-0.211	0.833	-0.021	-0.215	0.173				
Education level	0.024	0.047	0.504	0.615	0.05	-0.144	0.244				
Close to someone with mental illness	0.078	0.099	0.786	0.432	0.078	-0.116	0.272				
Lived experience of mental illness	-0.36	0.109	-3.288	0.001**	-0.325	-0.521	-0.128	Small			
Use of recovery-promoting tools	0.334	0.122	2.75	0.006**	0.272	0.076	0.467	Small			
Has received training in mental health recovery	-0.087	0.103	-0.849	0.396	-0.084	-0.278	0.11				
Team has peer-support worker(s)	0.726	0.098	7.376	<.001***	0.729	0.522	0.935	Medium			
Professional experience	0.081	0.066	1.239	0.216	0.123	-0.072	0.317				
Job tenure	-0.1	0.064	-1.573	0.117	-0.156	-0.35	0.039				
Model 5: dispositional characteristics									7.98 ***	13, 449	0.16
Intercept	-0.017	0.046	-0.362	0.717							
Recovery beliefs[a] - Connectedness	-0.02	0.061	-0.32	0.749	-0.03	-0.215	0.155				
Recovery beliefs - Hope	0.127	0.065	1.961	0.051	0.185	-0.001	0.371				
Recovery beliefs - Identity	0.087	0.065	1.323	0.187	0.125	-0.061	0.31				
Recovery beliefs - Meaning	0.018	0.071	0.25	0.803	0.024	-0.161	0.209				
Recovery beliefs - Empowerment	0.014	0.081	0.167	0.867	0.016	-0.169	0.201				
Attitudes toward ROP[b] - Hope	0.127	0.086	1.477	0.14	0.139	-0.046	0.325				
Attitudes toward ROP - Empowerment	-0.045	0.07	-0.64	0.523	-0.06	-0.245	0.125				

Variable	β	SE	t	p-value	Cohen d	95%LL	95%UL	Eff. Size	F	df	Adj. R^2
Attitudes toward ROP - Self-acceptance	-0.17	0.077	-2.217	0.027*	-0.209	-0.395	-0.023	Small			
Individual ROP[c] - Hope	-0.038	0.089	-0.429	0.668	-0.04	-0.225	0.145				
Individual ROP - Empowerment	0.163	0.082	1.99	0.047*	0.188	0.002	0.373				
Individual ROP - Self-acceptance	0.027	0.079	0.343	0.732	0.032	-0.153	0.217				
Feeling of professional utility	0.257	0.051	5.004	<.001***	0.472	0.282	0.662	Small			
Attitude toward positive risk-taking	0.044	0.048	0.923	0.356	0.087	-0.098	0.272				
Model 6: organizational characteristics									120.9***	6, 429	0.62
Intercept	0.018	0.029	0.631	0.528	0.061	-0.128	0.25				
Recovery culture[d] - Expectations	0.541	0.038	14.381	<.001***	1.389	1.157	1.618	Large			
Recovery culture - Values	0.045	0.031	1.439	0.151	0.139	-0.051	0.328				
Recovery culture - Leadership	0.178	0.039	4.579	<.001***	0.442	0.248	0.635	Small			
Recovery culture - Education and training	0.037	0.033	1.113	0.266	0.108	-0.082	0.297				
Recovery culture - Rewards	0.05	0.034	1.499	0.135	0.145	-0.045	0.334				
Recovery culture - Quality improvement	0.132	0.036	3.649	<.001***	0.352	0.16	0.544	Small			

Note. *p<.05; **p<.01; ***p<.001. The following thresholds were used for Cohen's d: small (d≥.20), medium (d>.50) and large (d≥.80). RSAR = Recovery Self-Assessment Scale Revised; ROSD = Recovery-Oriented Service Delivery

[a] Measured with Global INSPIRE scale
[b] Measured with Usefulness subscale of the Recovery Promoting Relationship Scale (U-RPRS)
[c] Measured with Frequency subscale of the Recovery Promoting Relationship Scale (F-RPRS)
[d] Measured with Recovery Culture and Climate Scale (RCCS)

Discussion

Main Findings

This study explored predictors of recovery-oriented care from mental health professionals' perspectives. To our knowledge, this was the first study to jointly examine dispositional and organizational predictors while considering both individual (ROP) and collective (ROSD) practice levels as outcomes.

A major finding was the identification of an individual-collective practice gap: ROP and ROSD practice levels were not significantly associated. This challenges assumptions about the direct relationship between individual and service-level recovery orientation within MHPs' self-reports. Previous qualitative reviews have highlighted how crucial organizational alignment (reflected in policies, goals, missions, values, and practice frameworks) is for ROP work (Chester et al., 2016; LeBoutillier et al., 2015a; Waldemar et al., 2016). Among the scarce quantitative data, Stuber et al. (2014) found that ROSD significantly predicted providers' recovery-promoting competencies, although they used a different outcome measure (the Competency Assessment Instrument; Chinman et al., 2003). Our study provides new quantitative data that nuances available literature: the lack of significant association between ROP and ROSD suggests that providers may engage in ROP even when working in settings perceived as not collectively supporting recovery, and vice versa. This interpretation aligns with previous research arguing that MHPs do not passively endure adverse work contexts but strive to defend their clinical support of recovery, reflecting their core values (Nugent et al., 2017; Williams et al., 2016a). However, the association between ROP and ROSD may become more apparent longitudinally, as qualitative sources highlight the competing priorities and professional exhaustion that can result from efforts to support recovery within organizations not aligned with recovery principles (Chester et al., 2016; Erondu & McGraw, 2021; LeBoutillier et al., 2015b; Nugent et al., 2017; Waldemar et al., 2016). These results reinforce the importance of examining and differentiating individual and collective

levels of recovery-oriented care. Reviewing the literature revealed that this distinction was very rarely, if ever, made. Yet, these two practice levels may rely on different mechanisms, be shaped by distinct influences, and require differentiated implementation strategies. Precisely, this study revealed a notable difference in predictor block contributions to ROP and ROSD. Participants' dispositional characteristics emerged as the strongest predictors of individual ROP, whereas organizational characteristics were the primary drivers of ROSD. This pattern suggests that individual practices may be more strongly shaped by professionals' psychological dispositions (beliefs and attitudes), while collective service delivery appears more dependent on perceived organizational elements, team culture, and broader system-level dynamics. Building on these findings, we further examined which predictors were shared across both practice levels and which appeared to be specific to one or the other.

Shared Factors Across ROP and ROSD

Few factors significantly predicted both ROP and ROSD. The sociodemographic and professional characteristics predictor block had little explanatory power for both individual and collective practices. Only age was positively associated with ROP, with a small to negligible effect size. This contrasts with previous quantitative findings showing that age, education level, recovery training, and clinical experience predicted ROSD (McLoughlin & Fitzpatrick, 2008; Roth et al., 2021; Tsai & Salyers, 2010) and ROP (Stuber et al., 2014). More indirectly, a previous literature review also highlighted these variables' effects on MHPs' attitudes toward recovery (Luigi et al., 2020). This finding reinforces the idea that engaging in recovery-oriented care, although it may require specific knowledge and skills, is accessible to all professionals, regardless of background or predispositions (Roberts & Boardman, 2014; Slade, 2009; Slade et al., 2014).

Participants who reported lived experience of mental illness consistently reported lower levels of both individual and collective recovery-oriented practices, although with small effect sizes. We identified no previous studies comparing recovery-orientation ratings between MHPs

with and without lived experience. This surprising result echoes findings reporting discrepancies between provider and service user ratings of ROSD (Coffey et al., 2019; Leamy et al., 2016), suggesting that consumers may perceive practices as less recovery oriented compared to MHPs. However, other studies have not observed this discrepancy (Conway et al., 2018; Kidd et al., 2010; O'Connell et al., 2005). This finding is supported by previous research on peer workers, identifying mechanisms that could lead participants with lived experience to rate lower ROP and ROSD, including better knowledge of recovery principles, self-stigma, professional identity conflicts, or differences in training experiences (Byrne et al., 2015; Kemp & Henderson, 2012; King et al., 2020; Richards et al., 2016; Stuetzle et al., 2023; Vandewalle et al., 2016).

Use of recovery-supporting tools (needs assessment instruments, personal recovery plans, or personal recovery outcome measures) was positively associated with both ROP and ROSD. In a previous cross-sectional study, Fleury et al. (2018) found no association between ROSD and standardized assessment tools use (evaluations for mental health problems/substance abuse; client satisfaction). Our finding supports the value of recovery-focused measurement-based approaches: instruments focusing on mental health recovery may enhance individual practice and serve as tangible evidence of organizational commitment to recovery support (Felix et al., submitted; Roe et al., 2022; Slade, 2010).

Professional utility emerged as another shared predictor, underlining the importance of professionals' sense of effectiveness and purpose in delivering recovery-oriented care. This result is consistent with theoretical frameworks such as Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 2012), which emphasizes the role of professional identity and self-efficacy in driving practice: a strong sense of professional utility may reflect more internalized motivation to support recovery. Previous research indeed showed that increasing professionals' internalized motivation may foster recovery-oriented practices adoption (Williams et al., 2016a, 2016b).

The "Expectations" dimension of organizational culture consistently predicted both practice levels: when participants perceived that coworkers held higher mutual expectations to adopt recovery-supporting practices, they reported both greater individual engagement in ROP and stronger perceptions of ROSD. This highlights how shared professional identities, shaped by collective norms aligned with recovery values, may be powerful levers for recovery-oriented care implementation (Aarons & Sawitzky, 2006; Damschroder et al., 2009). Previous research has highlighted the importance of building shared meaning of recovery-oriented practice across providers (LeBoutillier et al., 2015b), which may prove essential for proper multidisciplinary collaboration, a key factor in ROP adoption (Chester et al., 2016; Fleury et al., 2018; Waldemar et al., 2016).

Predictors of Individual Recovery-Oriented Practices (ROP)

Participants' dispositional characteristics emerged as the strongest predictors of individual ROP, explaining 44% of variance, far more than individual (9%) or organizational (15%) factors. Within this block, participants' attitudes toward specific recovery-oriented practices were the most consistent predictors: those who perceived these practices as more useful in promoting recovery reported engaging in ROP more frequently. Surprisingly, beliefs about recovery, a core construct in recovery literature, were only weakly and inconsistently related to ROP. Notably, "Hope" beliefs showed a small negative association with ROP frequency. Previous quantitative research exploring dispositional predictors of ROP has been restricted by measurement approaches conflating providers' knowledge, beliefs, and attitudes. In this study, we clearly distinguished between providers' beliefs about recovery and attitudes toward specific recovery-promoting practices. Our results suggest that abstract recovery beliefs may not directly translate into practice behaviors, whereas positive attitudes toward concrete practices may play a more decisive role in routine utilization. This finding partially contrasts with existing literature. Several reviews have emphasized how favorable views of mental illness and recovery contribute to recovery-supportive

practices adoption (Chester et al., 2016; Jackson-Blott et al., 2019; Sreeram et al., 2021; Winsper et al., 2020), although few studies have explored this quantitatively. We identified two studies reporting positive associations between mental illness/recovery-related beliefs and ROSD (Mak et al., 2018; Stacy & Rosenheck, 2019) and one study reporting direct positive association with ROP (Petros & Solomon, 2020). A recent quantitative study among French MHPs found weak associations between recovery beliefs and self-reported ROP (Valery et al., 2024), aligning with our results. Several literature reviews have reported that although professionals express positive beliefs about recovery, translating these beliefs into actual practice remains a common challenge, suggesting that beliefs alone may be insufficient to sustain recovery-oriented care (Chatwiriyaphong et al., 2023; Gyamfi et al., 2020; Waldemar et al., 2016). Conversely, the role of attitudes toward specific practices, rather than broad recovery beliefs, has received little attention in the literature. Further research is needed to clarify how attitudes might shape daily clinical behavior and how they might be targeted in training and supervision to foster greater ROP adoption.

Our findings regarding dispositional predictors of ROP are consistent with theoretical models such as the Theory of Planned Behavior (TPB; Ajzen, 1991), which has been used to design the REFOCUS training program for ROP (Slade et al., 2015). The TPB posits that behavioral intention is primarily driven by attitudes toward the behavior, subjective norms, and perceived behavioral control. Our results support this framework: attitudes were strong predictors of ROP, and the "Expectations" dimension of organizational culture (reflecting perceived peer norms) was also positively associated with ROP frequency. Participants who felt their colleagues expected recovery-supporting practices were more likely to engage in such behaviors themselves.

Predictors of Recovery-Oriented Service Delivery (ROSD)

Perceived organizational characteristics emerged as the strongest predictors of collective ROSD, accounting for 62% of variance, far surpassing individual (15%) and dispositional (16%)

factors. Several dimensions of organizational culture were associated with ROSD. First, participants who perceived stronger expectations from coworkers to support recovery were more likely to describe their work environment as recovery-oriented. This highlights the potential influence of peer norms in shaping providers' perceptions of their work environment. Recovery-supportive leadership emerged as a significant predictor. Consistent with previous research, this emphasizes supervisors' role in modeling recovery values and guiding teams in adopting recovery-oriented practice models (Brown et al., 2010; Chester et al., 2016; Olmos-Gallo et al., 2011; Piat et al., 2021). A third important factor was the quality-improvement dimension: participants who reported greater efforts to systematically integrate service users' perspectives to evaluate organizational design and functioning also perceived service delivery as more recovery oriented. This provides empirical support for the idea that embedding lived experience at all service planning and evaluation levels could be a powerful lever for fostering recovery-oriented systems (Anthony, 2000; Le Boutillier et al., 2011; Roe et al., 2022). These results suggest that these three organizational culture aspects may serve as tangible indicators of an organization's commitment to recovery. They operationalize key components identified in LeBoutillier et al.'s (2011) conceptual framework and likely reflect the "recovery vision" described as necessary to mobilize and sustain collective engagement in recovery-oriented practices. Finally, among individual-professional characteristics, the presence of peer support workers within teams significantly predicted higher perceived recovery-orientation. This aligns with growing evidence supporting peer workforce development and reinforces the idea that peer workers may act as catalysts for organizational culture change toward recovery (Ibrahim et al., 2020; Jones et al., 2020).

Limitations

Several limitations should be considered when interpreting these findings. First, the recruitment strategy likely introduced selection bias, attracting participants already familiar with recovery concepts. This may limit generalizability to the broader population of mental health

professionals, particularly those with little training or exposure to recovery-oriented care. Second, the cultural specificity of the study, conducted within the French mental health system, may restrict transferability to other contexts with different healthcare structures, professional norms, and cultural attitudes toward recovery.

Methodologically, most instruments used have not yet been validated in the French context, which may compromise certain subscale scores' interpretability. While internal consistency estimates were reported, future research should establish these tools' construct validity and reliability in this setting. Additionally, exclusive reliance on self-report measures may have introduced social desirability bias, possibly leading to ceiling effects and restricted variance, as was observed for the recovery beliefs scale. This raises concerns about such instruments' discriminant validity in contexts where recovery principles are widely endorsed. This limitation reflects a broader measurement challenge in recovery research: when respondents are aware that recovery-supportive responses are socially valued, self-report tools may fail to detect meaningful differences in actual practice. Addressing this issue may require developing more nuanced assessment strategies, such as behavioral indicators, or multi-informant designs incorporating service users' perspectives. These approaches could better differentiate between conceptual endorsement of recovery principles and their real-world implementation in clinical practice.

Implications for Practice, Research, and Policy

Current theoretical models of recovery-oriented practices (ROP) are primarily derived from qualitative research (Le Boutillier et al., 2011). While they acknowledge the need for organizational approaches to recovery support, this distinction is often underemphasized, and its implications for transforming practices remain insufficiently explored in the literature (Evans et al., 2020; Fleury et al., 2018). Our findings suggest a clear distinction between individual-level and collective-level recovery-oriented practices. These two practice levels appear to be weakly related and are associated with different types of determinants. While most existing literature has

focused on individual or dispositional determinants, our findings highlight organizational culture's central role in shaping recovery-oriented practices. Further research is needed to better understand the specificities and relationships between these two levels, which could inform development of more comprehensive theoretical models that explicitly integrate this distinction.

This study also has relevant implications for measuring recovery-oriented practices. The systematic review by Leamy et al. (2023) highlights the considerable heterogeneity of tools used in research, which variously assess knowledge of recovery principles, beliefs and attitudes toward recovery, or practical application of recovery principles in services. This heterogeneity in measurement might reflect the lack of a theoretical consensus in defining recovery-oriented practice, and contribute to the well-identified practice gap in the implementation of a recovery approach to care (Le Boutillier et al., 2011, 2015a). The conceptual distinction identified in our findings is an argument for future quantitative research to attentively distinguish between individual and collective levels when measuring recovery-supportive practices. These could mean either measuring these levels independently or focusing on developing instruments that explicitly integrate both practice levels.

Lastly, our findings have important implications for training and interventions aiming to foster recovery-oriented practices. While many interventions have been developed for this purpose (see Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2021, for a systematic review), they tend to focus primarily on increasing professionals' knowledge and beliefs about recovery, and teaching skills to improve recovery support in practice. Few interventions explicitly target collective practices or organizational change processes (Jackson-Blott et al., 2019). Our results highlight why this gap might be problematic and suggest that comprehensive implementation of recovery-oriented care may require simultaneous attention to both levels. In such dual-level interventions, individual practitioners could be supported in developing specific recovery-oriented skills and positive attitudes, while collective-level efforts could focus on culture change through management and

leadership development, as well as user-led quality improvement processes. Our findings suggest that for these two practice levels, a shared indicator or lever for change could be the extent of expectations between coworkers to adopt recovery-supportive practices. Our findings also point to two additional promising targets for such dual-level interventions: developing peer support roles and using standardized tools to support recovery in practice.

Conclusion

This study provides novel quantitative evidence that recovery-oriented care in mental health might operate through two distinct yet interrelated levels, individual and collective practices. Our findings demonstrate that these two practice levels are only weakly associated and are shaped by different sets of determinants. This dual-level distinction, rarely acknowledged in the existing literature, has major theoretical, practical, and policy implications. Results underscore the need to move beyond models and interventions that focus solely on individual professionals' knowledge, beliefs, or skills. Instead, we argue for an integrated approach that combines individual-level support (e.g., targeted training, attitude change, use of structured tools) with systemic interventions (e.g., leadership development, quality improvement processes, peer workforce integration). Beyond practice, these findings lay the empirical groundwork for the development of a dual-level theoretical model of recovery-oriented care, and appropriate quantitative measurement approaches. Such a model should explicitly distinguish between ROP and ROSD, articulate their respective mechanisms, and explore their dynamic interactions over time. Longitudinal studies and confirmatory analyses are needed to test these mechanisms and examine how organizational culture might shape individual practices through processes such as value internalization, burnout mitigation, or peer influence. Finally, future research should adopt a more inclusive and systemic lens. Including service users, family members, and institutional decision-makers is essential to deepen our understanding of the underlying mechanisms of

recovery-oriented care and to ensure that future interventions are meaningful, inclusive, and systemically informed.

In sum, this study highlights the complexity and multi-layered nature of recovery-oriented care. Advancing knowledge on the distinct yet connected determinants of ROP and ROSD will be critical for designing interventions that can sustainably embed recovery principles in mental health systems. Beyond a mere theoretical or clinical challenge, it will be a key step toward transforming services in line with the values that underpin the global recovery movement.

References

Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006). Organizational Culture and Climate and Mental Health Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice. *Psychological services*, *3*(1), 61-72. https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.1.61

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 586-594. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(2), 159-168. https://doi.org/10.1037/h0095104

Australian Government Department of Health, Disability and Aging. (2013). *A National Framework for Recovery-Oriented Mental Health Services : Guide for Practitioners and Providers*. Commonwealth of Australia. https://www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers

Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory : Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *30*(2), 96-103. https://doi.org/10.2975/30.2006.96.103

Brown, T. T., Mahoney, C. B., Adams, N., Felton, M., & Pareja, C. (2010). What predicts recovery orientation in county departments of mental health ? A pilot study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *37*(5), 388-398. psyh. https://doi.org/10.1007/s10488-009-0253-8

Bru-Luna, L. M., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., Salinas-Escudero, G., & Toledano-Toledano, F. (2022). Variables Impacting the Quality of Care Provided by Professional Caregivers for People

with Mental Illness : A Systematic Review. *Healthcare*, *10*(7), Article 7. https://doi.org/10.3390/healthcare10071225

Byrne, L., Happell, B., & Reid-Searl, K. (2015). Recovery as a Lived Experience Discipline : A Grounded Theory Study. *Issues in Mental Health Nursing*, *36*(12), 935-943. https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1076548

Chatwiriyaphong, R., Moxham, L., Bosworth, R., & Kinghorn, G. (2023). The experience of healthcare professionals implementing recovery-oriented practice in mental health inpatient units : A qualitative evidence synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *n/a*(n/a). https://doi.org/10.1111/jpm.12985

Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). "What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review". *International Journal of Mental Health Nursing*, *25*(4), 270-285. https://doi.org/10.1111/inm.12241

Chinman, M., Young, A. S., Rowe, M., Forquer, S., Knight, E., & Miller, A. (2003). An Instrument to Assess Competencies of Providers Treating Severe Mental Illness. *Mental Health Services Research*.

Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A., & Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings : A cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, *19*. psyh. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7

Conway, C., Surgenor, P. W. G., Thekiso, T. B., Moore, A., Campion, A., Twomey, A., & Rush, G. (2018). Client personal recovery and recovery orientation of an Irish suicide intervention charity. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *35*(2), 113-120. psyh. https://doi.org/10.1017/ipm.2016.18

Cook, S., Mundy, T., Killaspy, H., Taylor, D., Freeman, L., Craig, T., & King, M. (2016). Development of a staff training intervention for inpatient mental health rehabilitation units to increase service users' engagement in activities. *British Journal of Occupational Therapy*, *79*(3), 144-152. https://doi.org/10.1177/0308022615600175

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(1), 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Davidson, L., Rowe, M., Dileo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care : A Perspective on the Past, Present and Future. *Alcohol Research: Current Reviews*, *41*(1). Scopus. https://doi.org/10.35946/ARCR.V41.1.09

Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M., & Staeheli, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice : Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. In *Handbook of Theories of Social Psychology : Volume 1*. SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.4135/9781446249215

Deegan, P. E. (1997). Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Social Work in Health Care*, *25*(3), 11-24. https://doi.org/10.1300/j010v25n03_02

Eiroa-Orosa, F. J., & García-Mieres, H. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Recovery Educational Interventions for Mental Health Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *46*(6), 724-752. https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9

Erondu, C., & McGraw, C. (2021). Exploring the barriers and enablers to the implementation and adoption of recovery-orientated practice by community mental health provider organizations in

England. *Social Work in Mental Health*, *19*(5), 457-475. https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1949426

Evans, L., Wewiorski, N. J., Ellison, M. L., Ni, P., Harvey, K. L. L., Hunt, M. G., Gorman, J. A., & Charns, M. P. (2020). Development and Validation of an Instrument to Measure Staff Perceptions of Recovery Climate and Culture in Mental Health Programs. *Psychiatric Services*, *71*(6), 570-579. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900181

Felix, S., Munuera, C., Seguela, A., Fombouchet, Y., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Gard, S., Chevrier, F., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J. M., M'Bailara, K., & Prouteau, A. [Article Submitted]. Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr).

Fleury, M.-J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Vallée, C., & Cao, Z. (2018). Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open*, *4*(6), 478-485. Scopus. https://doi.org/10.1192/bjo.2018.66

Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2020). Knowledge and attitudes of mental health professionals and students regarding recovery : A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(3), 322-347. https://doi.org/10.1111/inm.12712

Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*(3), 285-293. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1

Jackson-Blott, K., Hare, D., Davies, B., & Morgan, S. (2019). Recovery-oriented training programmes for mental health professionals : A narrative literature review. *Mental Health and Prevention*, *13*, 113-127. Scopus. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.01.005

Jimenez, M. A. (1988). Chronicity in Mental Disorders : Evolution of a Concept. *Social Casework*, *69*(10), 627-633. https://doi.org/10.1177/104438948806901004

Jones, N., Teague, G. B., Wolf, J., & Rosen, C. (2020). Organizational Climate and Support Among Peer Specialists Working in Peer-Run, Hybrid and Conventional Mental Health Settings. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *47*(1), 150-167. https://doi.org/10.1007/s10488-019-00980-9

Kemp, V., & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers : Peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *35*(4), 337-340. https://doi.org/10.2975/35.4.2012.337.340

Kidd, S. A., George, L., O'Connell, M., Sylvestre, J., Kirkpatrick, H., Browne, G., & Thabane, L. (2010). Fidelity and recovery-orientation in assertive community treatment. *Community Mental Health Journal*, *46*(4), 342-350. Scopus. https://doi.org/10.1007/s10597-009-9275-7

King, A. J., Brophy, L. M., Fortune, T. L., & Byrne, L. (2020). Factors Affecting Mental Health Professionals' Sharing of Their Lived Experience in the Workplace : A Scoping Review. *Psychiatric Services*, *71*(10), 1047-1064. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900606

Kotera, Y., Hara, A., Newby, C., Miyamoto, Y., Ozaki, A., Ali, Y., Clinton, P., Felix, S., John, C., Inta, N., & Slade, M. (2025). Development and evaluation of a mental health recovery priority measure for cross-cultural research : Global INSPIRE. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-025-02946-9

Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V. J., Macpherson, R., Williams, J., & Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice : A systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, *10*(1), 87. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). *What Does Recovery Mean in Practice ? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance*. *62*(12), 7.

Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L. G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Competing Priorities : Staff Perspectives on Supporting Recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *42*(4), 429-438. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Leamy, M., Clarke, E., Boutillier, C. L., Bird, V., Choudhury, R., MacPherson, R., Pesola, F., Sabas, K., Williams, J., Williams, P., & Slade, M. (2016). Recovery practice in community mental health teams : National survey. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(4), 340-346. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160739

Leamy, M., Foye, U., Hirrich, A., Bjørgen, D., Silver, J., Simpson, A., Ellis, M., & Johan-Johanson, K. (2023). A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health services and staff. *International Journal of Mental Health Systems*, *17*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s13033-023-00600-y

Leong, F. T. L., Batram, D., Cheung, F. M., Geisinger, K. F., & Iliescu, D. (Éds.). (2016). *The ITC international handbook of testing and assessment* (1 Edition). Oxford University Press.

Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., & Stroup, S. (2008). Science and Recovery in Schizophrenia. *Psychiatric Services*, *59*(5), 487-496. https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.5.487

Lorien, L., Blunden, S., & Madsen, W. (2020). Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services : A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(6), 1035-1048. https://doi.org/10.1111/inm.12794

Luigi, M., Rapisarda, F., Corbière, M., Benedictis, L. D., Bouchard, A.-M., Felx, A., Miglioretti, M., Abdel-Baki, A., & Lesage, A. (2020). Determinants of mental health professionals' attitudes towards recovery : A review. *Canadian Medical Education Journal*, *11*(5), Article 5. https://doi.org/10.36834/cmej.61273

Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., & Yau, S. S. W. (2018). Development and validation of Attitudes towards Recovery Questionnaire across Chinese people in recovery, their family carers, and service providers in Hong Kong. *Psychiatry Research*, *267*, 48-55. psyh. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.047

McLoughlin, K. A., & Fitzpatrick, J. J. (2008). Self-reports of recovery-oriented practices of mental health nurses in state mental health institutes : Development of a measure. *Issues in Mental Health Nursing*, *29*(10), 1051-1065. psyh. https://doi.org/10.1080/01612840802319738

Morera, T., Pratt, D., & Bucci, S. (2017). Staff views about psychosocial aspects of recovery in psychosis : A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(1), 1-24. https://doi.org/10.1111/papt.12092

Nugent, A., Hancock, N., & Honey, A. (2017). Developing and Sustaining Recovery-Orientation in Mental Health Practice : Experiences of Occupational Therapists. *Occupational Therapy International*, *2017*(1), 5190901. https://doi.org/10.1155/2017/5190901

Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Gordon Lambert, W., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative Recovery : An Integrative Model for Working with Individuals Who Experience Chronic and Recurring Mental Illness. *Australasian Psychiatry*, *13*(3), 279-284. https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2005.02202.x

Oades, L. G., & Anderson, J. (2012). Recovery in Australia : Marshalling strengths and living values. *International Review of Psychiatry*, *24*(1), 5-10. psyh. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.660623

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine : Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *28*(4), 378-386. psyh. https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386

Olmos-Gallo, P. A., Starks, R., Lusczakoski, K. D., Huff, S., & Mock, K. (2012). Seven Key Strategies that Work Together to Create Recovery Based Transformation. *Community Mental Health Journal*, *48*(3), 294-301. https://doi.org/10.1007/s10597-011-9441-6

Passmore, C., Dobbie, A. E., Parchman, M., & Tysinger, J. (2002). Guidelines for constructing a survey. *Family Medicine*, *34*(4), 281-286.

Petros, R., & Solomon, P. L. (2020). Social Workers' Propensity to Endorse Recovery-oriented Service Provision : A Randomised Factorial Design. *British Journal of Social Work*, *50*(1), 42-61. Scopus. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz021

Piat, M., Sabetti, J., & Bloom, D. (2010). The Transformation of Mental Health Services To a Recovery-Orientated System of Care : Canadian Decision Maker Perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, *56*(2), 168-177. https://doi.org/10.1177/0020764008100801

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services : A systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*, *10*(1), 134. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0

Richards, J., Holttum, S., & Springham, N. (2016). How Do "Mental Health Professionals" Who Are Also or Have Been "Mental Health Service Users" Construct Their Identities? *Sage Open*, *6*(1). https://doi.org/10.1177/2158244015621348

Roberts, G., & Boardman, J. (2014). Becoming a recovery-oriented practitioner. *Advances in Psychiatric Treatment*, *20*(1), 37-47. https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010652

Roe, D., Slade, M., & Jones, N. (2022). The utility of patient-reported outcome measures in mental health. *World Psychiatry*, *21*(1), 56-57. https://doi.org/10.1002/wps.20924

Roth, C., Wensing, M., Kuzman, M. R., Bjedov, S., Medved, S., Istvanovic, A., Grbic, D. S., Simetin, I. P., Tomcuk, A., Dedovic, J., Djurisic, T., Nica, R. I., Rotaru, T., Novotni, A., Bajraktarov, S., Milutinovic, M., Nakov, V., Zarkov, Z., Dinolova, R., … Petrea, I. (2021). Experiences of healthcare staff providing community-based mental healthcare as a multidisciplinary community mental health team in Central and Eastern Europe findings from the RECOVER-E project : An observational intervention study. *BMC Psychiatry*, *21*. psyh. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03542-2

Russinova, Z., Rogers, E. S., Cook, K. F., Ellison, M. L., & Lyass, A. (2013). Conceptualization and measurement of mental health providers' recovery-promoting competence : The recovery promoting relationships scale (RPRS). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(1), 7-14. https://doi.org/10.1037/h0094741

Sheedy, C. K., & Whitter, M. (200apr. J.-C.). *Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care : What Do We Know From the Research?* (No. (SMA) 09-4439; HHS Publication). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://www.naadac.org/assets/2416/sheedyckwhitterm2009_guiding_principles_and_elements.pdf

Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, *28*(7), 1108-1124. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness : A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Slade, M. (2010). Measuring recovery in mental health services. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *47*(3), 206-212.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery : Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, *13*(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Boutillier, C. L., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS) : A multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, *2*(6), 503-514. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 285. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4

Slattery, E. L., Voelker, C. C. J., Nussenbaum, B., Rich, J. T., Paniello, R. C., & Neely, J. G. (2011). A Practical Guide to Surveys and Questionnaires. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *144*(6), 831-837. https://doi.org/10.1177/0194599811399724

Sreeram, A., Cross, W., & Townsin, L. (2021). Effect of recovery-based interventions on recovery knowledge and attitudes of mental health professionals, regarding recovery-oriented practice : A

quantitative narrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(5), 1057-1069. https://doi.org/10.1111/inm.12897

Stacy, M. A., & Rosenheck, R. (2019). The association of recovery orientation and stigmatizing beliefs. *Journal of Mental Health*, *28*(3), 276-281. Scopus. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417573

Stuber, J., Rocha, A., Christian, A., & Johnson, D. (2014). Predictors of Recovery-Oriented Competencies Among Mental Health Professionals in One Community Mental Health System. *Community Mental Health Journal*, *50*(8), 909-914. Scopus. https://doi.org/10.1007/s10597-014-9708-9

Stuetzle, S., Brieger, A., Lust, C., Ponew, A., Speerforck, S., & von Peter, S. (2023). Internalized stigma in mental health staff with lived experience of mental crises–Does the professional role protect against self-stigmatization? *Frontiers in Psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1078478

Subandi, M. A., Nihayah, M., Marchira, C. R., Tyas, T., Marastuti, A., Pratiwi, R., Mediola, F., Herdiyanto, Y. K., Sari, O. K., Good, M.-J. D., & Good, B. J. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services : A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *PLOS ONE*, *18*(3), e0276802. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276802

Terwee, C. B., Prinsen, C. a. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W., & Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures : A Delphi study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *27*(5), 1159-1170. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0

Tsai, J., & Salyers, M. P. (2010). Recovery Orientation in Hospital and Community Settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *37*(3), 385-399. https://doi.org/10.1007/s11414-008-9158-7

Valery, K.-M., Felix, S., Caiada, M., Fournier, T., Guionnet, S., Seguela, A., Tison, E., Violeau, L., & Prouteau, A. (2025). The Power of Beliefs in Recovery-Oriented Practice : A Brief Report from the STIGMAPRO Survey. *Community Mental Health Journal*. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01437-6

Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S., & Prouteau, A. (2023). Part of the solution yet part of the problem : Factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *27*(2), 134-144. https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068

Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services : A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *60*, 234-250. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018

Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings : A Literature Review. *Psychiatric Services*, *67*(6), 596-602. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469

Warner, R. (2010). Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist*, *34*(1), 3-5. https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.025643

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services : Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and*

Genetic Epidemiology and Mental Health Services, *47*(11), 1827-1835. psyh. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y

Williams, V. C., Deane, F. P., Oades, L. G., Crowe, T. P., Ciarrochi, J., & Andresen, R. (2016). Enhancing recovery orientation within mental health services : Expanding the utility of values. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *11*(1), 23-32. Scopus. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2015-0042

Williams, V., Deane, F. P., Oades, L. G., Crowe, T. P., Ciarrochi, J., & Andresen, R. (2016). A cluster-randomised controlled trial of values-based training to promote autonomously held recovery values in mental health workers. *Implementation Science*, *11*(1), 13. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0363-5

Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, *76*, 101815. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches. In *Guidance and technical packages on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648

3.3 Synthèse et ouverture

3.3.1 Synthèse et discussion des résultats principaux

Cette étude visait à explorer les déterminants individuels et organisationnels des pratiques orientées rétablissement (POR) chez les professionnels de santé mentale, à partir des données de l'enquête nationale en ligne RECOR-PRO (n = 555). Nous avons considéré **deux niveaux distincts de POR** : les **pratiques individuelles**, mesurées par la fréquence auto-rapportée de pratiques promouvant le rétablissement, et les **pratiques collectives**, mesurées par l'orientation rétablissement du service. Ceci permettait de tester empiriquement leur articulation et leurs prédicteurs spécifiques. Une approche en régression linéaire par blocs a été mobilisée pour estimer la contribution de trois catégories de prédicteurs : (1) les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants (2) leurs caractéristiques dispositionnelles (croyances sur le rétablissement et attitudes vis-à-vis des POR), et (3) les caractéristiques organisationnelles (culture organisationnelle).

Les résultats ont mis en évidence une **faible association entre les niveaux de pratiques individuelle et collective**, suggérant qu'ils reposent sur des mécanismes différenciés. **Les POR individuelles** étaient principalement prédites par **les caractéristiques dispositionnelles** des participants (44 % de variance expliquée), en particulier leurs **attitudes vis-à-vis des POR**. Ainsi, plus les participants percevaient les pratiques comme utiles pour soutenir le rétablissement, plus ils rapportaient y avoir recours fréquemment. En revanche, les croyances sur le rétablissement n'étaient que faiblement liées aux pratiques rapportées. **À l'inverse, les POR collectives** (mesurées par l'orientation rétablissement du service) étaient principalement prédites par des dimensions de la **culture organisationnelle** (62 % de variance expliquée). Les participants rapportaient plus de POR collectives lorsqu'ils (1) percevaient davantage d'attentes de la part de leurs collègues pour soutenir le rétablissement, (2) percevaient davantage leur responsable d'équipe comme un soutien pour des POR, et (3) rapportaient que le point de vue des usagers du service était davantage utilisé pour évaluer et améliorer la qualité des soins. La présence de **pairs-aidants** dans les équipes était associée à plus de POR collectives, soulignant le rôle clé de ces acteurs pour l'accompagnement au rétablissement. Enfin, certains prédicteurs se sont révélés communs aux deux niveaux de pratique. Ainsi, l'utilisation d'outils standardisés pour soutenir le rétablissement ainsi que le sentiment d'utilité professionnelle se sont révélés positivement associés aux POR. De manière innatendue, les professionnels ayant une expérience vécue de trouble psychique déclaraient moins de POR.

3.3.2 Implications

Cette étude constitue un apport significatif à la compréhension des déterminants des POR, un champ de recherche peu développé dans la littérature scientifique, qui repose majoritairement sur des travaux qualitatifs. L'écart identifié entre les dimensions individuelle et collective des POR, et le fait qu'elles soient prédites par des facteurs de natures différentes a plusieurs implications importantes. Sur le plan de la recherche, nos résultats soulignent la nécessité de tenir compte de cette **distinction dans les modèles théoriques** actuels, ainsi que dans les **modalités d'évaluation des POR**. Considérer distinctement les niveaux individuel et collectif de POR apparaît également comme un point crucial pour la transformation des pratiques : alors que la majorité des formations existantes ciblent les connaissances, croyances et compétences individuelles des professionnels, nos résultats suggèrent qu'elles doivent être couplées à des interventions plus systémiques, visant à intégrer la notion de rétablissement dans la culture et le fonctionnement des organisations de santé. Or, cet aspect organisationnel demeure quasiment absent des interventions disponibles (Jackson-Blott et al., 2019). Nos résultats soulignent la nécessité de développer des **programmes de formation multiniveaux** intégrant explicitement ces deux niveaux de pratique. Il s'agit de soutenir les professionnels dans l'adoption d'attitudes et de compétences favorables au rétablissement, tout en accompagnant les équipes et les structures dans des **dynamiques collectives de changement** (Chatwiriyaphong et al., 2023; Chester et al., 2016; Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019; Jackson-Blott et al., 2019; Lorien et al., 2020; McPherson et al., 2021; Shue et al., 2023). Dans cet objectif, il apparaît essentiel d'adopter une approche scientifique intégrative, empruntant non seulement à la psychiatrie et à la psychologie clinique, mais également aux sciences de l'implémentation, sciences de gestion, psychologie du travail et des organisations, sociologie, etc.

Cette étude a également des implications pour l'implémentation des POR en contexte Français. Malgré les limites de représentativité de l'échantillon, les résultats descriptifs mettent en exergue des croyances et attitudes positives des participants sur le rétablissement, ainsi qu'un recours fréquent aux POR individuelles. Cependant, les participants de l'étude rapportent des niveaux de POR collectives plus nuancés : le niveau d'implication des personnes concernées dans la conception, prestation et évaluation des soins reste un domaine sous développé selon les professionnels. En mobilisant une approche quantitative à grande échelle, cette étude a également permis d'identifier plusieurs facteurs significativement associés à de plus hauts niveaux de POR individuelles comme collectives. Ces facteurs sont autant de leviers potentiels qui pourraient être actionnés pour faciliter l'implémentation des POR. **Concernant les pratiques individuelles**, les

leviers identifiés sont les suivants : i) renforcer des attitudes positives chez les professionnels envers les pratiques qui soutiennent le rétablissement, et ii) former les professionnels à des compétences spécifiques qui soutiennent le rétablissement (e.g., élaborer des plans d'accompagnement individualisés, mettre en lien les personnes avec des associations ou groupes d'entraides extérieurs à la structure). **Concernant les pratiques collectives**, les leviers identifiés sont les suivants : i) intégrer des pairs-aidants dans les équipes d'accompagnement, ii) s'assurer que les personnes en responsabilité hiérarchique promeuvent et défendent des pratiques orientées rétablissement et iii) améliorer la participation des personnes concernées dans l'évaluation des soins et utiliser leurs retours pour faire des changements concrets. **Enfin, des leviers transversaux aux deux niveaux de pratique** ont été identifiés : i) renforcer le sentiment d'utilité des professionnels dans leur soutien au rétablissement, ii) développer l'utilisation par les professionnels d'outils standardisés pour soutenir le rétablissement (e.g., évaluation des besoins, PROMs du rétablissement personnel, plans de rétablissement) et iii) faire du soutien au rétablissement une norme professionnelle partagée au sein des équipes d'accompagnement.

Il est important de considérer que cette étude ne constitue qu'une première étape quantitative exploratoire, dans un champ de recherche en plein développement. Les résultats nécessitent notamment d'être répliqués dans des contextes variés, et testés de manière longitudinale. Les leviers identifiés dans l'étude doivent à l'avenir faire l'objet de considérations approfondies, afin de déterminer à la fois **par quels mécanismes** ils peuvent améliorer le soutien au rétablissement, et par conséquent la manière dont ils peuvent être actionnés efficacement dans des interventions ou programmes dédiés. Un point essentiel sera de pouvoir comparer ces leviers identifiés avec les **perspectives complémentaires** des autres acteurs en présence, comme les décideurs institutionnels, et les personnes concernées et leurs proches**.** En effet, les personnes directement concernées par des troubles psychiques restent les mieux placées pour juger de si elles se sentent effectivement soutenues ou non dans leur rétablissement.

Partie 3. Discussion générale

Cette dernière partie présente une synthèse des principaux résultats et implications du travail doctoral. Les limites du travail sont discutées, et des perspectives de recherche sont proposées.

3.4 Synthèse des résultats principaux et implications

Ce travail doctoral avait pour objectif de **produire des connaissances scientifiques utiles à la transformation vers des pratiques orientées rétablissement en santé mentale.** Pour répondre à cet objectif, un programme de recherche a été développé autour de l'acronyme RECOR (pour « Recovery Orientation »), visant à répondre à plusieurs besoins critiques identifiés dans la littérature.

3.4.1 Phase 1. Des outils pour soutenir le rétablissement

L'analyse de la littérature scientifique montre que **disposer de mesures valides** en lien avec la notion de rétablissement personnel constitue un enjeu majeur pour le déploiement de l'approche orientée rétablissement en santé mentale. Deux principales lacunes ont été identifiées. Premièrement, l'**hétérogénéité des mesures** actuellement disponibles (notamment en termes de qualité scientifique) représente un frein pour produire des données fiables sur le rétablissement personnel. Deuxièmement, le **nombre restreint d'outils disponibles en langue française** représente un obstacle à la fois pour la recherche et pour la pratique clinique. La première phase du travail doctoral s'est donc logiquement consacrée à l'identification et à la validation d'échelles auto-rapportées portant sur le rétablissement personnel et sur l'orientation rétablissement des services de santé mentale.

3.4.1.1 Etude 1 : Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties

Synthèse des résultats principaux. La première étude de cette thèse a consisté en une revue systématique de la littérature visant à recenser et évaluer la qualité scientifique des PROMs (« Patient-Reported Outcome Measures ») dédiées à la mesure du rétablissement personnel. Cette revue, menée selon les méthodologies PRISMA et COSMIN, a permis d'examiner plus de 3000 publications et d'inclure 91 études répondant aux critères de sélection. Au total, 25 PROMs spécifiquement développées pour mesurer le rétablissement personnel ont été identifiées. Ces instruments présentent une grande hétérogénéité tant au niveau de leurs contenus théoriques que de leurs formats et bases conceptuelles. Parmi ces 25 mesures, deux se distinguent particulièrement par leur diffusion internationale et leur solidité psychométrique globale : la *Recovery Assessment*

Scale (RAS ; Corrigan, Giffort, et al., 1999) et le *Questionnaire About the Process of Recovery* (QPR ; Neil et al., 2009). L'analyse approfondie révèle cependant qu'aucune de ces 25 PROMs n'atteint une qualité scientifique entièrement satisfaisante sur l'ensemble des critères psychométriques évalués. Un constat critique émerge concernant l'ancrage théorique des mesures existantes : aucune des échelles identifiées n'a été développée à partir du modèle CHIME, pourtant largement reconnu comme une référence majeure pour conceptualiser le rétablissement personnel. Ce décalage soulève des questions importantes quant à la validité de contenu de ces instruments et leur capacité à refléter exhaustivement l'expérience vécue des personnes concernées. Enfin, les adaptations francophones s'avèrent particulièrement rares et insuffisamment documentées. Seule l'échelle RAS a fait l'objet d'une étude de validation, et ce auprès d'une population très spécifique de personnes sans-abris souffrant de troubles psychiques sévères (Girard et al., 2015).

Implications générales pour la recherche. Cette revue systématique apporte plusieurs contributions significatives sur le plan international pour la mesure du rétablissement personnel. Les résultats soulignent la nécessité de **développer de nouveaux instruments** basés sur les modèles théoriques validés du rétablissement, particulièrement le modèle CHIME, afin d'assurer une meilleure validité de contenu. Notons que depuis la publication de ce travail, une mesure courte a été développée spécifiquement dans cet objectif, la Brief INSPIRE-O (Moeller et al., 2024, 2025). Parallèlement, il apparaît essentiel **d'approfondir la validation psychométrique** des échelles existantes, notamment sur les propriétés négligées comme la sensibilité au changement, qui s'avèrent pourtant cruciales pour une utilisation fiable en clinique.

Implications spécifiques pour l'implémentation des pratiques orientées rétablissement. Dans le contexte francophone, cette étude met en évidence un frein majeur au déploiement de l'approche orientée rétablissement : l'insuffisance critique d'outils validés en français. Cette lacune limite concrètement la capacité des professionnels à intégrer la notion de rétablissement dans leurs pratiques quotidiennes. L'adaptation culturelle d'instruments fiables au contexte français représente donc un **enjeu prioritaire** pour outiller les équipes d'accompagnement. Plus fondamentalement, sans outils de mesure valides, il est difficile de prouver l'efficacité des interventions orientées rétablissement, ce qui freine leur reconnaissance institutionnelle et leur financement. L'intégration de PROMs du rétablissement dans l'évaluation des programmes de soin permettra donc non seulement de démontrer leur impact, mais aussi d'harmoniser les pratiques à l'échelle nationale et de définir des politiques de santé publiques orientées rétablissement (Pincus et al., 2016; Roe et al., 2022; Slade, 2010a). Cette revue constitue donc une ressource utile pour **guider la sélection des PROMs du rétablissement** les plus appropriées selon les contextes

cliniques ou de recherche. Enfin, c'est précisément pour répondre à ce besoin critique de mesures culturellement adaptées que nous avons par la suite mené une collaboration scientifique afin de valider la version en langue française du *Questionnaire About the Process of Recovery* (QPR-Fr ; Munuera et al., 2024). L'échelle et l'article sont disponibles en Annexes 3 et 4.

3.4.1.2 Etude 2 : Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr).

Synthèse des résultats principaux. La deuxième étude visait à adapter et valider en contexte Français une échelle de l'orientation rétablissement des services de santé mentale, nommée *Recovery Self-Assessment scale - Revised* (RSAR, O'Connell et al., 2005). Il s'agit de l'échelle la mieux validée et la plus utilisée à l'international (Leamy et al., 2023). Une enquête en ligne a été menée auprès de 160 personnes concernées par des troubles psychiques sévères. La version finale, la RSAR-Fr, possède 32 items : dans l'ensemble, les analyses montrent que la RSAR-Fr possède des propriétés psychométriques satisfaisantes. L'analyse factorielle exploratoire a révélé une structure tridimensionnelle, toutes les dimensions présentant une excellente cohérence interne. La première dimension, dite « personne-centrée », reflète la capacité des professionnels et organisations à adapter leurs accompagnements aux besoins, préférences et priorités individuelles. La deuxième dimension, « engagement dans l'organisation », mesure le degré d'implication des personnes concernées dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'offre de soins. Enfin, la troisième dimension, « inclusion sociale », évalue comment les services soutiennent l'exercice de rôles sociaux valorisés en dehors du système de soins. L'échelle a démontré une excellente validité de contenu avec le modèle théorique de (Le Boutillier et al., 2011). Des recherches restent nécessaires pour confirmer la validité convergente de la RSAR-Fr, ainsi qu'étudier sa fidélité test-retest et sa sensibilité au changement.

Implications générales pour la recherche. Cette étude contribue aux recherches, encore peu nombreuses, sur l'orientation rétablissement des services de santé mentale. Elle éclaire la structure factorielle de la RSAR, qui constituait une limite importante de l'échelle originale. La RSAR étant l'échelle la plus utilisée à l'international pour mesurer l'orientation rétablissement, remédier à cette limite participe à améliorer la qualité des données de recherches produites. Enfin, disposer d'outils valides pour évaluer l'orientation rétablissement permet d'étudier l'efficacité de ce type d'approche pour soutenir le rétablissement personnel, domaine encore sous exploré sur le plan international (Melillo et al., 2025; Slade, Adams, et al., 2012; Slade & Hayward, 2007).

Implications spécifiques pour l'implémentation des pratiques orientées rétablissement. La validation de la RSAR-Fr offre désormais aux acteurs français (et plus largement francophones)

de la santé mentale un outil standardisé et fondé sur les preuves pour évaluer l'orientation rétablissement des services du point de vue des personnes concernées. A notre connaissance, il s'agit de la seule échelle validée en français permettant d'apprécier l'adéquation des pratiques avec les valeurs et principes de l'approche orientée rétablissement. Cette disponibilité représente une avancée concrète pour l'implémentation de pratiques orientées rétablissement, et ce à trois niveaux. Premièrement, l'échelle permet **d'intégrer le savoir expérientiel** des personnes concernées dans l'évaluation de la qualité des soins : elle peut ainsi être catégorisée comme une PREM, ou Patient Reported Experience Measure. Elle offre un support standardisé pour recueillir leur point de vue sur l'orientation rétablissement des services et identifier des domaines d'amélioration spécifiques dans les pratiques. Cette fonction répond à un enjeu majeur dans le champ de la santé mentale : **renforcer la participation** des usagers à tous les niveaux du système de soin (Anthony, 1993, 2000; Coldefy, 2022; HAS, 2021). Deuxièmement, l'intégration de la RSAR-Fr dans les **démarches qualités** pourrait servir de levier pour développer une culture organisationnelle autour du rétablissement, en envoyant le signal que le rétablissement est une priorité dans l'organisation (Evans et al., 2020; Slade, 2010a). Enfin, et c'est là sa principale utilité, la RSAR-Fr peut être directement utilisée comme **support de la transformation des pratiques**, en renseignant les domaines d'amélioration nécessaires pour mieux soutenir le rétablissement dans les structures de soins (Davidson et al., 2007; Davidson, Rowe, et al., 2009). A condition de poursuivre sa validation, elle pourra également permettre de suivre l'évolution dans le temps des pratiques. Cette fonction support souligne l'importance de valider les autres versions de l'échelle (professionnels, proches, décideurs institutionnels), une nécessité pour pouvoir à l'avenir conduire des processus de transformation véritablement collaboratifs et systémiques.

3.4.2 Phase 2. Des leviers pour promouvoir les pratiques orientées rétablissement

Après avoir recensé et adapté différents outils au contexte français, nous nous sommes tournés vers un autre levier largement documenté dans la littérature scientifique : la formation des professionnels aux pratiques orientées rétablissement (POR). Plusieurs besoins de recherche ont été identifiés. Premièrement, les travaux existants montrent que les programmes de formation dédiés sont en réalité **peu efficaces** pour transformer les pratiques. En outre, les déterminants des POR demeurent en grande partie méconnus, particulièrement ceux qui relèvent du contexte de travail des professionnels. Or, mieux comprendre ces déterminants permettrait d'améliorer les formations existantes. Deuxièmement, en France, la recherche sur les POR reste largement **sous-développée.** Il existe donc un enjeu important à explorer les pratiques des professionnels de santé mentale français en lien avec le rétablissement. La deuxième phase de ce travail doctoral visait

donc à étudier les POR et leurs déterminants en contexte français, afin d'identifier de potentiels leviers d'implémentation et de formation.

3.4.2.1 Etude 3 : Two levels, two logics? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey

Synthèse des résultats principaux. Pour cette troisième étude, une enquête nationale en ligne « RECOR-PRO » a été menée auprès de professionnels de santé mentale. L'étude avait pour objectif d'explorer les POR et leurs déterminants. Une originalité de cette recherche résidait dans la distinction opérée entre deux niveaux de POR : les pratiques individuelles (fréquence auto-rapportée de pratiques promouvant le rétablissement) et les pratiques collectives (orientation rétablissement du service). Les résultats de cette étude soulignent une faible association entre ces deux niveaux de pratique, suggérant qu'ils constituent deux niveaux distincts, et reposent sur des mécanismes différenciés. En outre, les pratiques individuelles étaient principalement prédites par les attitudes des participants envers les POR. Plus les professionnels percevaient ces pratiques comme utiles pour soutenir le rétablissement, plus ils rapportaient y avoir fréquemment recours. A l'inverse, les pratiques collectives étaient principalement prédites par des éléments de la culture organisationnelle. Les professionnels rapportaient davantage d'orientation rétablissement du service lorsqu'ils percevaient des attentes de leurs collègues pour soutenir le rétablissement, bénéficiaient du soutien de leur responsable d'équipe pour ces pratiques, et travaillaient dans des services utilisant le point de vue des usagers pour évaluer et améliorer la qualité des soins. La présence de pairs-aidants dans les équipes était également associée à plus de POR collectives. Certains prédicteurs se sont révélés communs aux deux niveaux : le sentiment d'utilité professionnelle, l'utilisation d'outils standardisés pour soutenir le rétablissement et les attentes entre collègues étaient positivement associés aux POR.

Implications générales pour la recherche. Cette étude apporte des éléments originaux à la compréhension des déterminants des POR, domaine encore peu développé dans la littérature scientifique internationale, et reposant majoritairement sur des données qualitatives. Notamment, les résultats soulignent l'importance de considérer à la fois des facteurs individuels (e.g., les attitudes des professionnels) et des facteurs liés au contexte de travail (e.g., culture de l'organisation) pour l'implémentation effective des POR. A notre connaissance, cette étude était d'ailleurs la première à comparer conjointement ces différents déterminants. Les résultats obtenus permettraient de comprendre pourquoi les programmes de formation existants ne sont que peu efficaces pour transformer les pratiques : ils sont majoritairement centrés sur les connaissances et compétences individuelles, et très peu intègrent une dimension organisationnelle (Jackson-Blott et

al., 2019). Enfin, sur un plan plus fondamental, cette étude questionne les modèles théoriques des POR, principalement basés sur des données qualitatives et consensus d'experts (e.g., Le Boutillier et al., 2011). L'écart observé entre les dimensions individuelle et collective des POR, ainsi que l'identification de déterminants spécifiques, souligne la nécessité de **compléter les modèles théoriques actuels**, qui ne distinguent pas suffisamment ces niveaux ni leurs relations. De futures recherches seront nécessaires pour répliquer ces résultats, proposer et tester des modélisations issues de données quantitatives, ou encore développer des mesures des POR qui intègrent les niveaux individuel et collectif.

Implications spécifiques pour l'implémentation des pratiques orientées rétablissement. Cette recherche fournit des connaissances directement opérationnalisables pour guider la transformation des pratiques de santé mentale vers une orientation rétablissement. Les résultats soutiennent la nécessité de **développer des programmes de formation multiniveaux** : il s'agit à la fois d'accompagner individuellement les professionnels à transformer leurs pratiques mais aussi de soutenir les équipes et les institutions dans des dynamiques collectives de changement (Chatwiriyaphong et al., 2023; Chester et al., 2016; Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019; Jackson-Blott et al., 2019; Lorien et al., 2020; McPherson et al., 2021; Shue et al., 2023). L'étude fournit ainsi une base empirique pour concevoir des interventions plus efficaces, ciblant à la fois les déterminants individuels et organisationnels des POR. **L'identification de leviers distincts** selon le niveau de pratique permet d'envisager des stratégies d'intervention différentes et complémentaires. Pour les pratiques individuelles, les leviers identifiés incluent le renforcement des attitudes positives des professionnels envers les POR et la formation à des compétences spécifiques. Pour les pratiques collectives, les leviers concernent l'intégration de pairs-aidants dans les équipes, l'engagement des responsables hiérarchiques dans la promotion des POR, et l'amélioration de la participation des usagers dans l'évaluation des soins et accompagnements. Des **leviers transversaux** ont également été identifiés, à savoir le renforcement du sentiment d'utilité professionnelle, l'utilisation par les professionnels d'outils standardisés pour soutenir le rétablissement et le fait de nourrir des attentes communes entre collaborateurs pour le recours aux POR. Une approche scientifique multidisciplinaire apparaît donc pertinente pour pouvoir intégrer ces différents leviers dans des interventions visant à promouvoir les POR.

3.5 De l'intérêt des données scientifiques pour la transformation des pratiques

Dans le contexte du mouvement international de déploiement des pratiques orientées rétablissement (POR) en santé mentale, la question du **positionnement épistémologique** demeure centrale. Historiquement, la notion de rétablissement personnel est issue de mouvements militants

d'usagers qui ont mis en avant la subjectivité et l'expérience vécue comme sources premières de connaissance et de transformation des pratiques. Cette origine constitue une richesse conceptuelle indéniable, mais elle soulève aussi des interrogations quant à l'acceptation des POR dans le champ médical, où domine l'**« evidence-based practice »** (« pratique basée sur les preuves »), ancrée dans la production et la validation empirique objective des interventions thérapeutiques. Cette tension épistémologique entre subjectivité et objectivité est un obstacle à la reconnaissance pleine et entière des POR par l'ensemble des acteurs de la santé mentale (Davidson, O'Connell, et al., 2006; Gordon & Ellis, 2013; Slade et al., 2014). Cependant, plusieurs auteurs soulignent que ces deux approches **ne sont pas incompatibles** (e.g., Davidson, Drake, et al., 2009; Speyer et al., 2025). Elles partagent notamment le principe fondamental de la prise en compte des valeurs et des préférences des personnes accompagnées (American Psychological Association, 2006). En outre, certaines interventions visant à promouvoir le rétablissement disposent déjà d'une base empirique solide, démontrant que les POR peuvent être intégrées dans une démarche de recherche et d'évaluation rigoureuse. Ces deux logiques sont même plutôt à considérer comme **complémentaires** : les POR élargissent le cadre traditionnel de la pratique basée sur les preuves, en rappelant que les critères d'efficacité doivent inclure ce qui importe réellement pour les personnes concernées, tandis que la pratique basée sur les preuves fournit aux POR la rigueur scientifique nécessaire à leur légitimation et à leur consolidation (Davidson, Drake, et al., 2009). Cette complémentarité souligne ainsi l'enjeu déontologique que représente le déploiement des POR.

L'articulation des POR avec la pratique basée sur les preuves fournit également un fondement scientifique pour guider les **décisions politiques et institutionnelles**. Du point de vue des politiques de santé publique, la transformation vers des services orientés rétablissement exige de documenter empiriquement l'efficacité et l'impact de ces pratiques sur la qualité des soins. Une telle validation constitue un levier essentiel pour convaincre les décideurs institutionnels et politiques de soutenir et financer ces transformations à large échelle (Pincus et al., 2016; Slade, 2010a; Slade & Hayward, 2007). Enfin, sur le **plan éthique**, une implémentation des POR sans fondement empirique présente le risque de dévoyer leurs objectifs initiaux. Des pratiques mal définies ou inadéquatement mises en œuvre pourraient non seulement s'avérer inefficaces pour favoriser le rétablissement, mais également reconduire, sous une rhétorique renouvelée, des approches paternalistes contraires aux valeurs mêmes portées par le mouvement du rétablissement (Slade et al., 2014; Speyer et al., 2025). En somme, pour répondre à ces impératifs épistémologiques, politiques, déontologiques et éthiques, **l'implémentation des POR doit impérativement s'appuyer sur des données scientifiques probantes.**

Ce travail doctoral s'inscrit pleinement dans cet enjeu. Nous avons identifié et répondu à plusieurs besoins de recherche critiques pour faciliter une transformation vers des POR en santé mentale basée sur les preuves, sans pour autant minimiser l'aspect subjectif du concept de rétablissement personnel. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les données les plus probantes de la littérature scientifique, ainsi que sur les précédentes expériences internationales. Premièrement, une revue systématique de la littérature a permis de recenser et d'analyser la qualité scientifique de mesures auto-rapportées du rétablissement personnel, révélant des lacunes qui freinent la production de preuves fiables. Deuxièmement, une mesure de l'orientation rétablissement des services de santé mentale (la RSAR-Fr) a été adaptée et validée en français auprès de personnes concernées par des troubles psychiques sévères, en parallèle d'une mesure du rétablissement personnel (le QPR-Fr), dotant ainsi le contexte francophone d'outils scientifiquement validés pour intégrer le rétablissement aux pratiques. Enfin, une étude auprès de professionnels de santé mentale a permis d'explorer les POR en contexte français et d'en identifier plusieurs déterminants, fournissant une base empirique pour concevoir des interventions d'implémentation plus efficaces. Dans l'ensemble, ce travail doctoral contribue à faire progresser les connaissances scientifiques sur le rétablissement des troubles psychiques, ainsi que sur la manière dont les services et pratiques en santé mentale peuvent soutenir ce rétablissement. Plus fondamentalement, il pose les jalons méthodologiques nécessaires au passage d'une implémentation des POR basée sur des éléments de faible niveau de preuve à une implémentation fondée sur un haut niveau de preuve. Ce travail de thèse fournit également des données scientifiques originales, spécifiquement adaptées au contexte français, qui peuvent être directement appliquées pour promouvoir la mise en place de POR, incluant le point de vue des différents acteurs en présence, selon une démarche rigoureuse et scientifiquement étayée.

3.6 Limites du travail doctoral

3.6.1 Limites méthodologiques

Les résultats de ce travail doivent être interprétés à la lumière de plusieurs limites méthodologiques, propres au format des études, aux méthodes de recrutement, et aux construits d'intérêt. Ces limites concernent principalement les études observationnelles menées dans le cadre du travail doctoral (étude n°2, validation de la RSAR-Fr et étude n°3, enquête RECOR-PRO).

Enquêtes en ligne. Le recours aux enquêtes en ligne possède de nombreux avantages, notamment en termes de faisabilité et de moyens humains et économiques. Cependant, il s'accompagne également de plusieurs biais potentiels (Corbière & Larivière, 2020; Cowles & Nelson, 2015; Sue & Ritter, 2012). Cette modalité exclut d'emblée les personnes ayant un accès limité aux

technologies numériques ou présentant des difficultés d'utilisation d'internet, ce qui peut introduire un biais de sélection des participants, et limiter la validité externe des résultats. De plus, l'absence de contrôle sur l'environnement de passation peut affecter la qualité des réponses : interruptions, distractions, erreurs ou mêmes fraudes sont autant de facteurs pouvant influencer la validité des données recueillies. Pour limiter le risque de fraude dans l'étude n°3 par exemple, nous avons paramétré le logiciel de recueil pour empêcher les doubles participations sur la base de l'adresse IP des participants (sans enregistrer cette dernière). A l'avenir, d'autres moyens pourraient mis en place pour monitorer la qualité des réponses, comme l'analyse des temps de réponse sur chaque échelle (e.g., Leiner, 2019), ou l'introduction d'items de vérification d'attention (e.g., Berinsky et al., 2014; Oppenheimer et al., 2009).

Questionnaires auto-rapportés. L'utilisation de questionnaires auto-rapportés s'est avérée incontournable pour mesurer nos construits d'intérêts. En effet, le rétablissement personnel, l'orientation des services de santé mentale ou les croyances et attitudes des professionnels sont par définition des concepts subjectifs, qui nécessitent d'utiliser des échelles auto-rapportées pour tenir compte de cette subjectivité. Cependant, ce choix soulève plusieurs enjeux méthodologiques. Les auto-questionnaires sont vulnérables à des biais de désirabilité sociale et d'acquiescement (Kreitchmann et al., 2019), les participants pouvant être tentés de fournir des réponses socialement acceptables, ou de répondre positivement par automatisme. Par exemple dans l'étude n°3, des effets plafonds ont été observés pour les mesures des croyances envers le rétablissement et les fréquences auto-rapportées de pratiques professionnelles. Ces effets sont un frein à la validité des données. La littérature fait également état de biais de rappels mnésiques, ou de biais de compréhension/d'interprétation des items (Hassan, 2006; Tourangeau et al., 2000). Pour limiter ces biais, nous avons pris soin de conduire des pré-tests approfondis pour chacune des études. A l'avenir, plusieurs solutions pourraient être mises en place, comme l'inclusion de mesures de désirabilité sociale (e.g., van de Mortel, 2005), ou l'ajout complémentaire de mesures implicites (De Houwer et al., 2009; Fazio & Olson, 2003).

Méthodes d'échantillonnage. Dans les deux études observationnelles de ce travail doctoral, les participants ont été recrutés par des méthodes d'échantillonnage dites de convenance. Ils ont été contactés par le biais de réseaux sociaux, de mails, ou par les réseaux professionnels. Cette méthode non-probabiliste peut entraîner certains biais, particulièrement en termes de représentativité des échantillons (Etikan, 2016; Golzar et al., 2022; Sue & Ritter, 2012). Un phénomène d'auto-sélection des participants les plus motivés ou concernés par la thématique peut s'opérer, ce qui limite la transférabilité des résultats à la population plus large. Ainsi dans l'étude

n°2 (validation de la RSAR-Fr) nous n'avons pu recruter qu'un nombre limité de participants (n=160). Les femmes étaient sur-représentées dans l'échantillon, et la majorité des participants rapportaient être concernés par des troubles bipolaires. Cela pourrait représenter un frein à la généralisabilité des propriétés psychométriques de l'échelle à l'ensemble des personnes concernées par un trouble psychique sévère. Concernant l'étude n°3 (enquête RECOR-PRO), plus de la moitié des participants rapportaient avoir reçu une formation/sensibilisation à la notion de rétablissement personnel. Les facteurs associés aux POR identifiés dans cette étude pourraient ne pas être transférables dans des populations de professionnels différentes, partageant une culture biomédicale marquée par exemple. Cela souligne la nécessité de répliquer ces résultats de recherche dans des contextes et échantillons variés.

3.6.2 Limites analytiques

Enfin, nous identifions des limites spécifiques aux approches analytiques, qui diffèrent selon les études de ce travail doctoral. Concernant l'étude n°1 (revue systématique des PROMs du rétablissement personnel), la méta-synthèse des propriétés psychométriques des échelles a reposé sur une méthode descriptive et qualitative (tel que proposé dans les standards COSMIN employés, Prinsen et al., 2018), notamment pour des raisons de faisabilité au vu du nombre d'échelles et d'études inclues. Cette analyse limite la validité des résultats. De futures recherches qui restreindraient leur périmètre d'étude à une seule mesure par exemple, pourraient employer des méthodes plus robustes visant à méta-analyser quantitativement les propriétés psychométriques (e.g., Cheung & Chan, 2005; Jak, 2015; López-Ibáñez et al., 2024). Concernant l'étude n°2 (validation de la RSAR-Fr), nous avons dû recourir à des analyses factorielles exploratoires pour tester la validité structurelle de l'échelle, pour des raisons liées à la faible taille d'échantillon et à l'absence d'une base empirique solide permettant de spécifier un modèle confirmatoire. La réplication par analyse factorielle confirmatoire sera indispensable pour valider la structure de l'échelle. De la même manière, de futures recherches seront nécessaires pour valider la fiabilité temporelle des scores, et la capacité de l'échelle à détecter un changement dans le temps : ces données seront essentielles pour pouvoir objectiver avec rigueur une évolution de l'orientation rétablissement dans une structure. Enfin concernant l'étude n°3 (enquête RECOR-PRO) la méthodologie observationnelle employée était volontairement à but exploratoire et descriptif, ce qui limite les interprétations possibles (aucune causalité suggérée, et pas d'hypothèses spécifiques testées). Ce choix était dû à l'aspect novateur de la recherche, qui visait à produire des données dans un champ non exploré jusqu'à présent. Les facteurs associés aux POR identifiés dans cette étude pourront donc servir de base pour formuler des hypothèses dans de futures recherches. Enfin, le choix d'une approche exploratoire en régression linéaire par blocs peut être limitant : l'objectif

était volontairement de séparer les variables de natures différentes (sociodémographiques/professionnelles, dispositionnelles et organisationnelles), et d'éviter la multicollinéarité, afin de réduire l'erreur de type II. Cependant, cette approche ne permet pas de comparer simultanément l'ensemble des variables, et pourrait avoir comme conséquence de surestimer les effets. Une perspective serait de compléter cette analyse par bloc avec un modèle complet, qui pourrait être réalisé en utilisant une méthode de régression par lasso par exemple (e.g., Ranstam & Cook, 2018).

3.7 Perspectives de recherche

Les résultats de ce travail doctoral ouvrent plusieurs axes de recherche complémentaires pour faire progresser l'implémentation des pratiques orientées rétablissement (POR) en santé mentale. Ces perspectives s'articulent autour de trois enjeux principaux : le développement et l'implémentation d'outils de mesure, l'accompagnement du changement individuel et organisationnel, et la participation des personnes concernées.

3.7.1 Développement et implémentation d'outils pour le rétablissement personnel.

Dans le cadre de ce travail doctoral nous avons adapté aux contexte français une échelle auto-rapportée du rétablissement personnel, et une échelle auto-rapportée de l'orientation rétablissement des services. Cela répond à un enjeu international crucial qui est d'intégrer la notion de rétablissement personnel dans les indicateurs de résultats des soins (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) et de vécu/qualité des soins (Patient-Reported Experience Measures, PREMs) (Pincus et al., 2016, 2017; Roe et al., 2022; Thornicroft & Slade, 2014). Nous identifions plusieurs perspectives de recherche en lien avec ces outils.

3.7.1.1 Poursuivre le développement d'outils validés

Notre revue systématique (Etude n°1) a notamment révélé qu'une seule PROM du rétablissement (sur 25 identifiées) disposait d'une validation francophone, soulignant l'ampleur des besoins. Malgré l'avancée que représente la validation du QPR-Fr (Munuera et al., 2024), l'insuffisance d'outils validés en français demeure un obstacle majeur pour la recherche et la pratique clinique orientée rétablissement. Plusieurs axes de développement apparaissent prioritaires. D'une part, adapter ou créer une échelle du rétablissement basée sur le modèle CHIME (e.g., Brief INSPIRE-O) constituerait une avancée significative pour aligner les outils de mesure sur les référentiels conceptuels validés. D'autre part, il apparaît important de **diversifier l'offre** d'outils disponibles en langue française : adapter et valider d'autres échelles permettrait de couvrir

d’autres aspects importants peu documentés par les instruments actuels, tels que les étapes du processus de rétablissement ou ses dimensions relationnelles et spirituelles.

Parallèlement, l'amélioration continue des propriétés psychométriques des échelles existantes demeure essentielle. Les professionnels identifient la qualité scientifique insuffisante comme un frein majeur à l'adoption de ces outils (Newman-Taylor et al., 2019). Poursuivre la validation du QPR-Fr et de la RSAR-Fr, particulièrement en ce qui concerne leur capacité à détecter un changement dans le temps, conditionnera leur utilisation fiable et leur déploiement dans les pratiques.

3.7.1.2 Etudier la fonction clinique des PROMs du rétablissement

Au-delà de leur fonction évaluative traditionnelle, l'intégration des PROMs du rétablissement comme **supports thérapeutiques** représente une perspective prometteuse mais sous-explorée. Les professionnels de santé mentale peuvent en effet utiliser ces outils dans des modalités qui soutiennent le processus de rétablissement. Ces outils peuvent constituer des supports de discussion avec les personnes, permettant de coconstruire des objectifs d’accompagnement, et plus largement de **renforcer la collaboration** entre les professionnels et les personnes concernées autour du processus de rétablissement (e.g., Lam et al., 2025). Cependant, ces modalités d'utilisation méritent d'être investiguées empiriquement, par le biais de méthodologies qualitatives qui croisent le point de vue de personnes concernées et de professionnels par exemple. Ces recherches contribueraient à dépasser une approche purement quantitative de la mesure pour explorer le potentiel transformateur de ces outils dans la relation thérapeutique.

3.7.1.3 Implémenter les PROMs/PREMs du rétablissement dans les services de santé mentale

L'implémentation effective des outils dans les pratiques constitue un défi majeur, et un enjeu de recherche à part entière. Le contexte français apparaît favorable, car la Haute Autorité de Santé recommande désormais l'intégration de PROMs et PREMs comme levier d'amélioration de la qualité des soins (HAS, 2021). Cependant, le recours à ces outils demeure particulièrement limité en psychiatrie[3], et les instruments disponibles ne ciblent pas spécifiquement le rétablissement personnel (Coldefy, 2022; HAS, 2023). La littérature sur les « soins basés sur la mesure » (Measurement-Based Care, MBC) offre un cadre théorique pertinent pour aborder cette

[3] On peut cependant citer le dispositif national e-Satis piloté par la HAS, qui mesure la satisfaction et l’expérience des personnes hospitalisées. Le dispositif vient d’être élargi à la psychiatrie depuis Mars 2025. On peut également citer le projet PREMIUM (Fernandes et al., 2019), qui a permis de développer un système de recueil de l’expérience de la qualité des soins en psychiatrie.

problématique (Aboraya et al., 2018; Fortney et al., 2017; Låver et al., 2024). Les recherches dans ce domaine ont identifié des obstacles récurrents à l'implémentation des PROMs/PREMs : contraintes temporelles et organisationnelles, perception de complexité ou d'inutilité des outils par les professionnels, craintes concernant l'impact sur l'alliance thérapeutique, etc. (Aboraya et al., 2018; Gelkopf et al., 2022; Newman-Taylor et al., 2019; Shunmuga Sundaram et al., 2022; Waldrop & McGuinness, 2017). Inversement, des leviers d'implémentation ont été documentés : soutien organisationnel structuré, formation spécialisée des professionnels, développement de supports techniques facilitant le recueil, l'accessibilité et l'interprétation des données (Migchels et al., 2023; Shunmuga Sundaram et al., 2022). Ces connaissances pourraient éclairer la conception d'une expérimentation de recherche visant à implémenter des PROMs/PREMs spécifiques au rétablissement dans différents contextes organisationnels. Une approche de recherche interventionnelle alliant à la fois méthodes qualitatives et quantitatives permettrait d'évaluer l'efficacité de stratégies d'implémentation pour ces outils.

3.7.2 Accompagner le changement vers des pratiques orientées rétablissement

Au-delà du développement d'outils pour outiller la pratique clinique, l'implémentation des POR soulève des défis complexes. Les tentatives de transformation des systèmes de santé mentale vers une orientation rétablissement se heurtent à de nombreux obstacles, depuis les résistances individuelles jusqu'aux contraintes organisationnelles et institutionnelles. Face à ces constats, cette section examine des enjeux spécifiques relatifs à l'accompagnement au changement vers des POR. Deux axes complémentaires sont développés : la formation des professionnels et la transformation organisationnelle des structures de soins.

3.7.2.1 Développer la formation des professionnels de santé mentale

3.7.2.1.1 Formation initiale et harmonisation des référentiels

Il apparaît primordial **d'adapter les cursus de formation initiale** pour y intégrer des enseignements spécifiques sur le rétablissement des troubles psychiques (Gyamfi et al., 2020). Bien qu'il n'existe pas à notre connaissance de base de données permettant de recenser le contenu des formations des professionnels de santé mentale en France, on peut constater que la notion de rétablissement y est parfois absente. Par exemple, le référentiel de psychiatrie et addictologie, qui constitue le socle commun pour les internes de médecine, ne traite pas directement de la notion de rétablissement personnel (Collège National des Universitaires de Psychiatrie, 2024). Le rapport « Réinvestir la psychiatrie » souligne explicitement cette nécessité de formation à large échelle (Nicolle, 2022). Une **harmonisation des référentiels de formation** des différents métiers de la santé mentale faciliterait l'émergence de POR, en sensibilisant les futurs professionnels dès leur

formation. Cette approche de sensibilisation en amont permettrait de réduire les résistances au changement observées dans l'implémentation des POR (e.g., Davidson, O'Connell, et al., 2006) et de créer une culture commune, basée sur des connaissances théoriques et pratiques partagées.

3.7.2.1.2 Interventions de formation continue

Bien que les interventions existantes montrent une efficacité limitée sur la transformation des pratiques, elles demeurent utiles pour améliorer les connaissances et attitudes des professionnels au sujet du rétablissement (Eiroa-Orosa & García-Mieres, 2019). Le développement d'une **offre de formation continue scientifiquement validée** constitue donc une priorité pour le contexte français. A ce titre, l'adaptation d'interventions standardisées ayant fait leurs preuves à l'international représente une voie prometteuse. L'intervention REFOCUS, actuellement en cours d'évaluation en France (Dubreucq et al., 2025), fournira des données informatives sur l'efficacité de cette approche de formation continue pour développer des POR. Parallèlement, l'adaptation culturelle d'autres programmes validés, comme le Collaborative Recovery Model (Oades et al., 2005), pourrait diversifier l'offre disponible et faciliter la dissémination des POR sur le territoire français.

3.2.1.3. Développement de référentiels nationaux

L'absence d'un **guide national de pratiques orientées rétablissement**, comparable à ceux développés au Canada (Mental Health Commission of Canada, 2015) ou en Australie (Australian Government Department of Health, Disability and Aging, 2013a), peut constituer un frein à la diffusion homogène des POR. Un tel document, développé par une institution de référence comme la Haute Autorité de Santé, pourrait servir de support structurant pour harmoniser les pratiques et guider les professionnels dans leur mise en œuvre quotidienne.

3.7.2.2 Accompagner au changement organisationnel vers des POR

3.7.2.2.1 Développer des interventions multi-niveaux

La majorité des interventions de formation aux POR ciblent uniquement les professionnels de santé mentale (Jackson-Blott et al., 2019). Or, la littérature internationale et les résultats de l'enquête RECOR-PRO convergent pour souligner la nécessité d'approches multiniveaux qui intègreraient simultanément formation individuelle et soutien organisationnel au changement (e.g., Jackson-Blott et al., 2019; McPherson et al., 2021). Le développement de telles interventions nécessiterait plusieurs étapes de recherche préalables.

Identifier les facteurs organisationnels critiques. Une cartographie des freins et facilitateurs organisationnels aux POR s'avère nécessaire. Si certains obstacles ont été documentés (contraintes

de ressources temporelles, cadre managérial rigide, procédures incompatibles avec le soutien au rétablissement ; Chester et al., 2016; Erondu & McGraw, 2021), les **données quantitatives demeurent insuffisantes** (Fleury et al., 2018). L'enquête RECOR-PRO représente une avancée supplémentaire en identifiant des facteurs organisationnels positivement associés aux POR. Néanmoins ce travail gagnerait à être complété par une revue systématique de la littérature, qui permettrait d'identifier les facteurs organisationnels à prioriser dans les interventions futures.

Déterminer des modalités d'intervention organisationnelle. L'identification de modalités efficaces pour accompagner la transformation organisationnelle vers des POR constitue un domaine de recherche sous-développé. Les expériences antérieures suggèrent plusieurs pistes : mise en place de réunions d'intervision/supervision régulières, désignation de personnes référentes soutenues par la hiérarchie (« recovery champions »), intégration effective du management à la formation, modification des processus organisationnels (Gee et al., 2017). En contexte français, la modification des **projets de service/d'établissement** peut constituer un levier pertinent pour afficher et opérationnaliser les objectifs de transformation. L'efficacité de ces différentes modalités pour la transformation vers des POR n'a à notre connaissance jamais été investiguée.

Une fois ces étapes préalables réalisées, une intervention existante pourrait-être adaptée (e.g., REFOCUS), en ajoutant à la formation des professionnels des **modules spécifiques de soutien organisationnel**, selon les modalités choisies. Une méthode de **recherche participative** serait particulièrement indiquée pour le développement d'une telle intervention. Associer usagers, familles, professionnels et responsables institutionnels permettrait d'assurer la pertinence des contenus de l'intervention pour l'ensemble des acteurs, de faciliter leur collaboration, et ainsi maximiser un changement durable des pratiques. L'évaluation de cette intervention multiniveau nécessiterait ensuite des méthodologies longitudinales et mixtes pour examiner les mécanismes de changement et leur maintien dans le temps.

3.7.2.2.2 Utiliser des outils d'évaluation comme support de changement

L'expérience de l'état du Connecticut aux Etats-Unis illustre comment les outils d'évaluation peuvent catalyser le changement organisationnel (Davidson et al., 2007; Davidson, Rowe, et al., 2009). L'échelle RSAR y a été utilisée comme **outil diagnostique pour orienter et légitimer la transformation des pratiques.** Elle a permis la conduite d'évaluations croisées de l'orientation rétablissement selon les perspectives des différents acteurs : usagers, familles/proches, professionnels et décideurs institutionnels. La RSAR-Fr, validée dans cette recherche doctorale, pourrait être intégrée dans des processus d'audit similaires. Cette approche d'évaluation systémique permettrait de dresser un profil des POR au sein des structures et

d'identifier collaborativement les axes d'amélioration prioritaires. Bien que prometteuse, cette méthodologie nécessite d'être scientifiquement évaluée.

Cette idée de l'évaluation comme support de changement n'est pas sans évoquer les actions menées en France par le Centre Collaborateur de l'OMS dans le cadre du programme Quality Rights. Il s'agit pour les structures volontaires d'accueillir une équipe d'observateurs externes, qui mène un audit approfondi du respect des droits fondamentaux des personnes concernées. L'évaluation en cours du programme pourrait fournir des données probantes sur l'efficacité de ces **approches d'audit externe** pour la transformation des pratiques en santé mentale. À plus long terme, l'intégration de critères spécifiques au rétablissement personnel dans les processus de certification des structures sanitaires par la Haute Autorité de Santé pourrait également constituer un levier institutionnel majeur de transformation.

3.7.3 La participation, un moyen de préserver le sens du rétablissement

Un dernier enjeu, essentiel pour l'avenir des pratiques orientées rétablissement, concerne le **risque de dévoiement** du concept lui-même. Issu des mouvements des usagers en santé mentale et des droits civiques, la notion de rétablissement portait initialement une dimension profondément politique et émancipatrice (e.g., Chamberlin, 1978, 1990, 1995). Son intégration progressive dans les systèmes de soins et les politiques de santé a certes permis une large diffusion et reconnaissance de l'importance du rétablissement, mais l'a en partie dénué de ses revendications originelles. La **critique de la conception biomédicale** des troubles psychiques, de la pertinence même des classifications diagnostiques, est passée sous silence (Bernard, 2022; Topor et al., 2022). On constate un risque à ce que la notion de rétablissement soit cooptée, à ce que l'orientation rétablissement des services devienne un argument marketing, une simple façade, sans qu'aient eu lieu les nécessaires transformations des pratiques ni la redéfinition profonde des rapports de pouvoir dans le soin (Llewellyn-Beardsley et al., 2023; Rose, 2014; Speyer et al., 2025). L'essentialisation du rétablissement comme processus individuel court le risque de se transformer en injonction, en devoir de prise de responsabilité pour soi-même, ce qui a pour effet de détourner l'attention des **facteurs sociaux plus larges qui freinent le rétablissement** et devraient être des priorités : stigmatisation, exclusion sociale, pauvreté, inégalités d'accès au logement, au travail, aux soins, etc. (Davidson et al., 2021; Topor et al., 2022; Wyngaerden & Allart, 2021). Le mouvement « **Recovery in the Bin** » (« le rétablissement à la poubelle ») né au Royaume-Uni, illustre parfaitement cette tension. Ses membres, personnes concernées par des troubles psychiques, dénoncent une instrumentalisation des récits de rétablissement, à des fins de justification d'un programme politique néolibéral visant la réduction des dépenses de santé, la

fermeture de services, et l'insertion à marche rapide par le travail. Le premier principe du mouvement décrit ainsi : « *L'approche du rétablissement a commencé avec de nobles principes mais a été cooptée par une idéologie néolibérale, et sert désormais avant tout de couverture à la coercition, à la culpabilisation des victimes, au déni du handicap et au retrait de services*. » (Recovery In The Bin, 2016). Cette critique rappelle que le rétablissement appartient d'abord aux personnes qui le vivent, et appelle à la vigilance de chacun de respecter son sens initial, pour que le rétablissement ne devienne pas une simple prescription professionnelle.

A cette fin précise, développer la pleine et entière participation des personnes concernées à tous les niveaux apparaît comme un levier indispensable et une priorité, tant dans le système de soin que dans les pratiques de recherche. Comme le souligne le rapport de Coldefy (2022) pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, la **participation des personnes vivant avec des troubles psychiques est un axe majeur** de la transformation du système de santé mentale en France, intrinsèquement lié au déploiement d'une approche orientée rétablissement. Cette participation ne saurait se limiter à une consultation symbolique, mais implique un véritable partage du pouvoir décisionnel dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé (Anthony, 2000). Le **développement de dispositifs de démocratie en santé** est donc nécessaire pour assurer une meilleure participation des personnes (CNS, 2022; HAS, 2020a, 2020b) : un tel dispositif est actuellement en cours d'évaluation au Centre Hospitalier de Jonzac (Projet Démocratie en Santé Mentale), qui permettra d'en étudier la plus-value pour les personnes. **Le développement de la pair-aidance professionnelle** constitue un autre niveau concret de cette participation. Au-delà de ses effets directs connus sur les personnes accompagnées, une perspective sera d'étudier les conditions de son intégration dans les équipes, et son potentiel de modifier les dynamiques de travail, de contribuer à rééquilibrer la place des savoirs expérientiels et professionnels (Troisoeufs, 2020). Ces réflexions sur la participation des personnes concernées concernent également **le champ de la recherche**. Il apparaît nécessaire de promouvoir des démarches de recherche citoyenne et participative, où les personnes concernées ne sont pas seulement objets de recherche mais co-chercheurs, impliquées à chaque étape : définition des questions de recherche, choix méthodologiques, analyse, interprétation et diffusion des résultats (Batty et al., 2020; Slade et al., 2024). Cette approche ne constitue pas seulement une exigence éthique, mais aussi une garantie scientifique d'ancrer les travaux dans l'expérience vécue, et de produire des connaissances directement utiles aux personnes (Faulkner, 2017). Dans notre équipe de recherche à l'Université de Bordeaux, plusieurs projets se sont engagés dans cette voie, à commencer par le programme StigmaPRO visant la réduction de la stigmatisation dans les pratiques professionnelles (Valery, 2021), le programme INTIMATE sur les relations intimes dans

le handicap psychique (Caïada, 2024), et plus récemment le projet LiveIt qui explore le potentiel de la réalité augmentée pour la déstigmatisation des étudiants en santé (Krogmeier et al., 2024). Cette démarche a franchi une nouvelle étape en 2023 avec la constitution d'une Communité Mixte de Recherche sur la Pair-Aidance en Santé Mentale (CMR-PASM), qui offre un cadre privilégié pour co-construire les recherches avec les personnes directement concernées, tout en rassemblant une large diversité d'acteurs de la santé mentale (https://www.cmr-pair-aidance.fr/).

En somme, préserver le sens du rétablissement suppose de dépasser une logique d'appropriation professionnelle pour renouer avec son ancrage citoyen. La participation des personnes concernées, à la fois dans le système de santé mentale et dans les pratiques de recherche, apparaît comme un enjeu central et incontournable. L'avenir des pratiques orientées rétablissement, et plus largement des pratiques en santé mentale, se joue sans doute dans cette capacité à faire de la co-construction non pas un simple principe affiché, mais une réalité politique, organisationnelle et scientifique.

Conclusion

À la croisée des récits autobiographiques des personnes concernées, de la recherche scientifique et des réformes institutionnelles, la notion de rétablissement personnel a profondément bouleversé la compréhension des troubles psychiques, et les pratiques d'accompagnement en santé mentale. Reconnue et promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001), l'approche orientée rétablissement constitue aujourd'hui un enjeu central pour l'évolution de nos systèmes de soins et d'accompagnement. Son intégration répond à des exigences multiples de l'ordre de la justice sociale, de l'éthique et de la déontologie, mais également de la pratique basée sur les preuves. Ce travail doctoral s'inscrit dans cette dynamique, et a permis de produire des connaissances utiles au déploiement des pratiques orientées rétablissement. Il apporte des contributions nouvelles et contextualisées au champ francophone, encore peu développé. Ainsi, une revue systématique recense les échelles de mesure du rétablissement personnel et en analyse la qualité scientifique, une étape essentielle à leur utilisation fiable. Puis des études d'adaptation et validation d'échelles du rétablissement personnel et de l'orientation rétablissement des services permettent d'outiller la pratique clinique et les transformations organisationnelles, afin de mieux y intégrer le soutien au rétablissement. Enfin, une enquête nationale inédite explore en détail les pratiques orientées rétablissement chez des professionnels de santé mentale, et permet d'identifier des besoins de formation et des leviers d'implémentation pour ces pratiques. Les recherches menées soulignent que le déploiement de pratiques orientées rétablissement ne peut se concevoir qu'en s'appuyant sur les meilleures données scientifiques disponibles. En ce sens, ce travail doctoral constitue un socle de connaissances sur lequel de futurs efforts pourront s'adosser afin de faire évoluer les pratiques et les politiques en santé mentale. Plusieurs axes majeurs pourront soutenir ce mouvement, dont le développement de la pair-aidance, la formation initiale et continue des professionnels, et l'accompagnement au changement des organisations : la réussite de cette transformation repose cependant sur l'implication active et incontournable des personnes concernées à tous les niveaux. En définitive, ce travail doctoral est une étape supplémentaire d'un chemin collectif et humaniste qui dépasse largement le cadre scientifique, un chemin vers une société où les personnes concernées par des troubles psychiques connaîtront une pleine reconnaissance de leurs voix, leurs droits et leurs aspirations.

Références

Aboraya, A., Nasrallah, H. A., Elswick, D. E., Ahmed, E., Estephan, N., Aboraya, D., Berzingi, S., Chumbers, J., Berzingi, S., Justice, J., Zafar, J., & Dohar, S. (2018). Measurement-based Care in Psychiatry—Past, Present, and Future. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *15*(11-12), 13-26.

Acuff, C. (2000). Commentary : Listening to the message. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(11), 1459-1465. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200011)56:11<1459::AID-JCLP8>3.0.CO;2-O

American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Press. http://archive.org/details/dsmiiimanueldiag0000unse

American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Press. http://archive.org/details/dsmiiirmanueldia0000amer

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271

ANCREAI. (2017). *Evaluation qualitative des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents. Synthèse Novembre 2017*. ANCREAI. https://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/01/ancreai_synthese_final_gem_2017_def.pdf

Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in Schizophrenia : Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 441-449. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441

Andreasen, N. C., & Olsen, S. (1982). Negative v Positive Schizophrenia : Definition and Validation. *Archives of General Psychiatry*, *39*(7), 789-794. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070025006

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument : Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(11/12), 972-980. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2013). Development of a short measure of psychological recovery in serious mental illness : The STORI-30. *Australasian Psychiatry*, *21*(3), 267-270. Scopus. https://doi.org/10.1177/1039856213476352

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia : Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 586-594. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x

Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery : Beyond Mental Illness* (1re éd.). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119975182

Anthony, W. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(2), 159-168. https://doi.org/10.1037/h0095104

Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*, *54*, 101675. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675

Åsbø, G., Ueland, T., Haatveit, B., Bjella, T., Flaaten, C. B., Wold, K. F., Widing, L., Engen, M. J., Lyngstad, S. H., Gardsjord, E., Romm, K. L., Melle, I., & Simonsen, C. (2022). The Time is Ripe for a Consensus Definition of Clinical Recovery in First-episode Psychosis : Suggestions Based on a 10-Year Follow-up Study. *Schizophrenia Bulletin*, *48*(4), 839-849. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac035

Austin, S. F., Hjorthøj, C., Baagland, H., Simonsen, E., & Dam, J. (2022). Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, *16*(10), 1102-1111. https://doi.org/10.1111/eip.13258

Australian Government Department of Health, Disability and Aging. (2010). *National Standards for Mental Health Services 2010*. Commonwealth of Australia. https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/national-standards-for-mental-health-services-2010-and-implementation-guidelines.pdf

Australian Government Department of Health, Disability and Aging. (2013a). *A National Framework for Recovery-Oriented Mental Health Services : Guide for Practitioners and Providers*. Commonwealth of Australia. https://www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers

Australian Government Department of Health, Disability and Aging. (2013b). *National Practice Standards for the Mental Health Workforce 2013*. Commonwealth of Australia. https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/national-practice-standards-for-the-mental-health-workforce-2013.pdf

Ballesteros-Urpi, A., Slade, M., Manley, D., & Pardo-Hernandez, H. (2019). Conceptual framework for personal recovery in mental health among children and adolescents : A systematic review and narrative synthesis protocol. *BMJ Open*, *9*(8), e029300. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029300

Bassman, R. (2000). Agents, not objects : Our fights to be. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(11), 1395-1411. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200011)56:11<1395::AID-JCLP3>3.0.CO;2-W

Battin, C., Bouvet, C., & Hatala, C. (2016). A systematic review of the effectiveness of the clubhouse model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *39*(4), 305-312. https://doi.org/10.1037/prj0000227

Batty, R., Florescu, A., Gulliksen, E., Wong, A., Kamvar, R., Pinfold, V., Rennick Egglestone, S., Slade, M., & Todowede, O. (2020). *The potential of citizen mental health science*. Wellcome. https://wellcomeopenresearch.org/documents/9-581/pdf

Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness : Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *73*(5), 379-387. https://doi.org/10.1136/jech-2018-210981

Béchard, L., Desmeules, C., Bachand, L., Huot-Lavoie, M., Corbeil, O., Anderson, E., Brodeur, S., LeBlanc, A., Demers, M.-F., Lauzier, S., & Roy, M.-A. (2024). The effects of antipsychotic discontinuation or maintenance on the process of recovery in remitted first-episode psychosis patients—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *67*(1), e13. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.5

Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory : Assessment of Mental Health Staff Knowledge and Attitudes about Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *30*(2), 96-103. https://doi.org/10.2975/30.2006.96.103

Bejerholm, U., & Roe, D. (2018). Personal recovery within positive psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, *72*(6), 420-430. Scopus. https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1492015

Berinsky, A. J., Margolis, M. F., & Sances, M. W. (2014). Separating the Shirkers from the Workers? Making Sure Respondents Pay Attention on Self-Administered Surveys. *American Journal of Political Science*, *58*(3), 739-753. https://doi.org/10.1111/ajps.12081

Bernard, J.-C. (2022). Le rétablissement, méta-glissement vers le rétablissement d'État ? *In Analysis*, *6*(2), 195-202. https://doi.org/10.1016/j.inan.2022.09.002

Best, M. W., Law, H., Pyle, M., & Morrison, A. P. (2020). Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophrenia Research*, *223*, 112-118. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.06.026

Binbay, T., Ergül, C., & Van Os, J. (2021). Symptomatic Remission Along the Clinical Psychosis Spectrum : A Historical and Conceptual Review. *Archives of Neuropsychiatry*. https://doi.org/10.29399/npa.27701

Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(7), 644-653. https://doi.org/10.1177/0004867413520046

Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. https://philpapers.org/rec/BLEDPO-2

Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., & Yangarber, N. (2000). Recovery Attitudes Questionnaire : Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(2), 95-102. https://doi.org/10.1037/h0095112

Bouloudnine, R., Abelanski, S., Debroas, F., & Commaille, V. (2022). La méthode Working First. In *La politique du Logement d'abord en pratique* (p. 235-241). Presses de Rhizome. https://doi.org/10.3917/chlv.chamb.2022.01.0236

Bouvet, C., Battin, C., & Le Roy-Hatala, C. (2015). Le modèle Clubhouse pour les personnes souffrant de troubles psychiques : Revue de littérature et expérience française. *L'Encéphale*, *41*(6), 477-486. https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.09.001

Braun, E., Gaillard, A.-S., Vollmann, J., Gather, J., & Scholten, M. (2023). Mental Health Service Users' Perspectives on Psychiatric Advance Directives : A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *74*(4), 381-392. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202200003

Bresnahan, M., Menezes, P., Varma, V., & Susser, E. (2002). Geographical variation in incidence, course and outcome of schizophrenia : A comparison of developing and developed countries. In *The Epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge University Press.

Brinchmann, B., Widding-Havneraas, T., Modini, M., Rinaldi, M., Moe, C. F., McDaid, D., Park, A.-L., Killackey, E., Harvey, S. B., & Mykletun, A. (2020). A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(3), 206-220. https://doi.org/10.1111/acps.13129

Burgess, P., Pirkis, J., Coombs, T., & Rosen, A. (2011). Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 267-280. https://doi.org/10.3109/00048674.2010.549996

Caïada, M. (2024). *Relations intimes & troubles psychiques sévères : Vers une amélioration des accompagnements*. Université de Bordeaux.

Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J., & Leff, H. S. (2005). *Measuring the Promise : A Compendium of Recovery Measures Volume II*. Human Services Research Institute. https://www.hsri.org//publication/measuring-the-promise-a-compendium-of-recovery-measures-volume-ii

Canacott, L., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *42*(4), 372-381. https://doi.org/10.1037/prj0000368

Canacott, L., Tickle, A., & Moghaddam, N. (2020). Perceptions of wellness recovery action plan (WRAP) training : A systematic review and metasynthesis. *Mental Health Review Journal*. Scopus. https://doi.org/10.1108/MHRJ-10-2019-0037

Catalan, A., Richter, A., Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Mancebo, G., Pedruzo, B., Aymerich, C., Solmi, M., González-Torres, M. Á., Gil, P., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2021). Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis : Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, *64*(1), e69. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2246

Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E.-M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, *27*(1), 19-32. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007

Chaiban, M. (2020). *Le « chez-soi d'abord » revue de la littérature d'un modèle à destination des personnes sans-abri souffrant de pathologies psychiatriques sévères*. Université de Bordeaux.

Chamberlin, J. (1978). *On Our Own : Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*. Hawthorn Books.

Chamberlin, J. (1990). The Ex-Patients' Movement : Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, *11*(3/4), 323-336.

Chamberlin, J. (1995). Rehabilitating Ourselves : The Psychiatric Survivor Movement. *International Journal of Mental Health*, *24*(1), 39-46. https://doi.org/10.1080/00207411.1995.11449302

Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., Chio, F. H. N., & Tong, A. C. Y. (2018). Flourishing With Psychosis : A Prospective Examination on the Interactions Between Clinical, Functional, and Personal Recovery Processes on Well-being Among Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(4), 778-786. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx120

Charlton, J. I. (2004). *Nothing about us without us : Disability oppression and empowerment* (3. Dr.). Univ. of California Press.

Chatwiriyaphong, R., Moxham, L., Bosworth, R., & Kinghorn, G. (2023). The experience of healthcare professionals implementing recovery-oriented practice in mental health inpatient units : A qualitative evidence synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *n/a*(n/a). https://doi.org/10.1111/jpm.12985

Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). "What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review". *International Journal of Mental Health Nursing*, *25*(4), 270-285. https://doi.org/10.1111/inm.12241

Cheung, M., & Chan, W. (2005). Meta-Analytic Structural Equation Modeling : A Two-Stage Approach. *Psychological methods*, *10*, 40-64. https://doi.org/10.1037/1082-989X.10.1.40

Chirio-Espitalier, M., Schreck, B., Duval, M., Hardouin, J.-B., Moret, L., & Bronnec, M. G. (2022). Exploring the Personal Recovery Construct in Bipolar Disorders : Definition, Usage and Measurement. A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 876761. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.876761

Ciudad, A., Bobes, J., Álvarez, E., San, L., Novick, D., & Gilaberte, I. (2011). Clinical meaningful outcomes in schizophrenia : Remission and recovery. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *4*(1), 53-65. https://doi.org/10.1016/S2173-5050(11)70008-5

Cloutier, G., & Maugiron, P. (2016). La pair aidance en santé mentale : L'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, *92*(9), 755-760. https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1545

CNS. (2022). *La démocratie en santé : Une urgence de santé publique. 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé.* Conférence Nationale de Santé (CNS).

Coldefy, M. (2022). *Approche population-centrée et partenariale en santé mentale : L'implication et le partenariat avec les usagers.e.s et la population dans la conception et le fonctionnement*

du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale (p. 173). Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/HCAAM%20-%20Rapport%20Santé%20mentale%20-%20Web.pdf

Collège National des Universitaires de Psychiatrie. (2024). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent addictologie* (4e éd). Presses universitaires François-Rabelais.

Commonwealth of Australia. (2009). *Fourth national mental health plan : An agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*. Commonwealth of Australia.

Cook, S., Hill, C., Mundy, T., Killaspy, H., Holloway, F., Craig, T., Taylor, D., & Freeman, L. (2012). *GetREAL Intervention Manual. A staff training intervention for inpatient mental health rehabilitation units aimed at increasing patients' engagement in activities. Authors : Sarah Cook, Cathy Hill, Tim Mundy, Helen Killaspy, Frank Holloway, Tom Craig, Deborah Taylor, Lara Freeman*. Faculty of Health & Wellbeing, Sheffield Hallam University. https://shura.shu.ac.uk/8245/1/GetREAL_Intervention_Manual_Final_June_2014.pdf

Cooper, R. E., Saunders, K. R. K., Greenburgh, A., Shah, P., Appleton, R., Machin, K., Jeynes, T., Barnett, P., Allan, S. M., Griffiths, J., Stuart, R., Mitchell, L., Chipp, B., Jeffreys, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., & Johnson, S. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health : A systematic umbrella review. *BMC Medicine*, *22*(1), 72. https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y

Copeland, M. E. (2002). Wellness Recovery Action Plan : A System for Monitoring, Reducing and Eliminating Uncomfortable or Dangerous Physical Symptoms and Emotional Feelings. *Occupational Therapy in Mental Health*, *17*(3-4), 127-150. https://doi.org/10.1300/J004v17n03_09

Corbière, M., & Larivière, N. (Éds.). (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e édition). Presses de l'Université du Québec.

Corrigan, P. W. (2006). Impact of Consumer-Operated Services on Empowerment and Recovery of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, *57*(10), 1493-1496. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1493

Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F., & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, *38*(1), 77-84. https://doi.org/10.1016/S0920-9964(98)00180-7

Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, *35*(3), 231-239. https://doi.org/10.1023/a:1018741302682

Cowles, E. L., & Nelson, E. (2015). *An introduction to survey research* (First edition). Business Expert Press.

Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & Boehrer, A. É. (2023). *DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., texte révisé). Elsevier Masson.

Crowe, T. P., Deane, F. P., Oades, L. G., Caputi, P., & Morland, K. G. (2006). Effectiveness of a collaborative recovery training program in Australia in promoting positive views about recovery. *Psychiatric Services*, *57*(10), 1497-1500. Scopus. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1497

Crowley, K. (1997). *Implementing the concept of recovery, Final report : Blue Ribbon Commission on Mental Health*. Wisconsin Department of Health Services, Madison.

Damsgaard, J. B., Overgaard, C. L., & Birkelund, R. (2021). Personal recovery and depression, taking existential and social aspects into account : A struggle with institutional structures, loneliness and identity. *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(1), 7-14. https://doi.org/10.1177/0020764020938812

Davidson, L. (2003). *Living Outside Mental Illness : Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York University Press. https://doi.org/10.18574/9780814785355

Davidson, L. (2016). The Recovery Movement : Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affairs*, *35*(6), 1091-1097. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153

Davidson, L. (2019). Is "personal recovery" a useful measure of clinical outcome? *Psychiatric Services*, *70*(12), 1079. https://doi.org/10.1176/appi.ps.701204

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses : A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, *11*(2), 123-128. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness : A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(3), 443-450. https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043

Davidson, L., Drake, R. E., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and Water or Oil and Vinegar? Evidence-Based Medicine Meets Recovery. *Community Mental Health Journal*, *45*(5), 323-332. https://doi.org/10.1007/s10597-009-9228-1

Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The Varied Outcomes of Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *42*(1), 34-43. https://doi.org/10.1177/070674379704200105

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness : A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*(5), 480-487. https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480

Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatric Services*, *57*(5), 640-645. https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640

Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness : One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, *16*(4), 459-470. https://doi.org/10.1080/09638230701482394

Davidson, L., Rowe, M., Dileo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care : A Perspective on the Past, Present and Future. *Alcohol Research: Current Reviews*, *41*(1). Scopus. https://doi.org/10.35946/ARCR.V41.1.09

Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M., & Staeheli, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice : Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Bellamy, C., Pelletier, J.-F., DiLeo, P., & Rehmer, P. (2016). Recovery and Recovery-Oriented Practice. In *Yale textbook of public psychiatry* (First edition). Oxford University Press.

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care : Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(1), 23-31. https://doi.org/10.2975/31.1.2007.23.31

De Houwer, J., Teige-Mocigemba, S., Spruyt, A., & Moors, A. (2009). Implicit measures : A normative analysis and review. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 347-368. https://doi.org/10.1037/a0014211

De Winter, L., Couwenbergh, C., Van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H., & Bond, G. R. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*, e50. https://doi.org/10.1017/S2045796022000300

Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder : A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, *33*(7), 846-861. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007

de Bienassis, K., Kristensen, S., Hewlett, E., Roe, D., Mainz, J., & Klazinga, N. (2022). Patient-reported indicators in mental health care : Towards international standards among members of the OECD. *International Journal for Quality in Health Care*, *34*(Supplement_1), ii7-ii12. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab020

Deegan, P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *11*(4), 11-19. https://doi.org/10.1037/h0099565

Deegan, P. E. (1996). *Recovery and the Conspiracy of Hope*. The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand., Brisbane, Australia. http://akmhcweb.org/recovery/deegan-recovery-hope.pdf

Deegan, P. E. (1997). Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Social Work in Health Care*, *25*(3), 11-24. https://doi.org/10.1300/j010v25n03_02

Dell, N. A., Long, C., & Mancini, M. A. (2021). Models of mental health recovery : An overview of systematic reviews and qualitative meta-syntheses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *44*(3), 238-253. Scopus. https://doi.org/10.1037/prj0000444

Department of Health. (2001). *The journey to recovery : The Government's vision for mental health care*. Department of Health.

de Pierrefeu, I. (2017). *Les ESAT de transition, une voie de rétablissement « par et vers » l'emploi pour les personnes vivant avec des troubles psychiques* [These de doctorat, Sorbonne Paris Cité]. https://theses.fr/2017USPCC291

de Winter, L., Jelsma, A., Vermeulen, J. M., van Weeghel, J., Hasson-Ohayon, I., Mulder, C. L., Boonstra, N., Veling, W., & de Haan, L. (2025). Long-term Changes in Personal Recovery

and Quality of Life Among Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders and Different Durations of Illness : A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *51*(1), 37-53. https://doi.org/10.1093/schbul/sbae045

de Winter, L., Jelsma, A., Vermeulen, J. M., Vellinga, A., van Weeghel, J., Hasson-Ohayon, I., Mulder, C. L., Boonstra, N., Veling, W., & de Haan, L. (2025). Interrelationships of Changes in Outcome Domains in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders : A Meta-Analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *152*(1), 6-26. https://doi.org/10.1111/acps.13808

Drake, R. E., & Bond, G. R. (2023). Individual placement and support : History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, *2*(3), e122. https://doi.org/10.1002/pcn5.122

Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B., & Bellack, A. S. (2012). Assessing Recovery of People With Serious Mental Illness : Development of a New Scale. *Psychiatric Services*, *63*(1), 48-53. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100109

Dubreucq, J. (2018). Modalités de l'entraide entre pairs hors structures et dans les structures de santé mentale. *French Journal of Psychiatry*, *1*, S20-S21. https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30045-5

Dubreucq, J., Franck, N., Plasse, J., Muller, A.-E., Bralet, M.-C., Bera-Potelle, C., Berna, F., Blachère, C., Carpentier, A., Chereau, I., Chillet, P., Dubreucq, M., Durand-Zaleski, I., Chirio-Espitalier, M., Espi, P., Fourneret, P., Gabriel-Segard, T., Guioux, A., Grangé, A.-L., … Slade, M. (2025). Evaluation of a pro-recovery training intervention (REFOCUS-RETAFORM) in specialist mental health services across France : Stepped-wedge cluster randomised controlled trial protocol Running title: RETAFORM trial protocol. *BMJ Open*.

Dubreucq, J., Gabayet, F., Godin, O., Andre, M., Aouizerate, B., Capdevielle, D., Chereau, I., Clauss-Kobayashi, J., Coulon, N., D'Amato, T., Dorey, J.-M., Dubertret, C., Faraldo, M., Laouamri, H., Leigner, S., Lancon, C., Leboyer, M., Llorca, P.-M., Mallet, J., … Berna, F. (2021). Overlap and Mutual Distinctions Between Clinical Recovery and Personal Recovery in People With Schizophrenia in a One-Year Study. *Schizophrenia Bulletin*, sbab114. https://doi.org/10.1093/schbul/sbab114

Eiroa-Orosa, F. J., & García-Mieres, H. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Recovery Educational Interventions for Mental Health Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *46*(6), 724-752. https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9

Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery : A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(1), 91-102. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Enticott, J. C., Shawyer, F., Brophy, L. M., Russell, G., Mazza, D., Wilson-Evered, E., Weller, P. J., Slade, M., Edan, V., & Meadows, G. N. (2021). REFOCUS-PULSAR Recovery-Oriented Practice Training in Adult Primary Mental Health Care : Exploratory Findings Including

From a Pretest–Posttest Evaluation. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.625408

Erondu, C., & McGraw, C. (2021). Exploring the barriers and enablers to the implementation and adoption of recovery-orientated practice by community mental health provider organizations in England. *Social Work in Mental Health*, *19*(5), 457-475. https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1949426

Estecahandy, P., Revue, P., Sénat, M.-L., & Billard, J. (2015). Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*, *98*(2), 76-81. https://doi.org/10.3917/empa.098.0076

Etikan, I. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, *5*(1), 1. https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11

Evans, B., & Sault, K. (2012). Créer son Plan d'action de rétablissement et de bien-être (wrap). In *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* (p. 75-84). érès. https://doi.org/10.3917/eres.jouet.2012.01.0075

Evans, L., Wewiorski, N. J., Ellison, M. L., Ni, P., Harvey, K. L. L., Hunt, M. G., Gorman, J. A., & Charns, M. P. (2020). Development and Validation of an Instrument to Measure Staff Perceptions of Recovery Climate and Culture in Mental Health Programs. *Psychiatric Services*, *71*(6), 570-579. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900181

Everett, B. (1994). Something is Happening : The Contemporary Consumer and Psychiatric Survivor Movement in Historical Context. *The Journal of Mind and Behavior*, *15*(1/2), 55-70.

Farkas, M. (2007). The vision of recovery today : What it is and what it means for services. *World Psychiatry*.

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs : Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, *41*(2), 141-158. https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6

Faulkner, A. (2017). Survivor research and Mad Studies : The role and value of experiential knowledge in mental health research. *Disability & Society*, *32*(4), 500-520. https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1302320

Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research : Their Meaning and Use. *Annual Review of Psychology*, *54*(Volume 54, 2003), 297-327. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145225

Felix, S. (2024). Pouvoir d'agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale. *Revue Générale de Droit Médical*, *90*, 77-87.

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X., Michel, P., Baumstarck, K., Lancon, C., Berna, F., Schurhoff, F., Aouizerate, B., Henry, C., Etain, B., Samalin, L., Leboyer, M., Llorca, P.-M., Coldefy, M., Auquier, P., & Boyer, L. (2019). The Patient-Reported Experience Measure for Improving qUality of care in Mental health (PREMIUM) project in France : Study protocol

for the development and implementation strategy. *Patient Preference and Adherence, Volume 13*, 165-177. https://doi.org/10.2147/PPA.S172100

Fernandes, S., Fond, G., Zendjidjian, X. Y., Baumstarck, K., Lançon, C., Berna, F., Schurhoff, F., Aouizerate, B., Henry, C., Etain, B., Samalin, L., Leboyer, M., Llorca, P.-M., Coldefy, M., Auquier, P., & Boyer, L. (2020). Measuring the Patient Experience of Mental Health Care : A Systematic and Critical Review of Patient-Reported Experience Measures. *Patient Preference and Adherence*, *14*, 2147-2161. https://doi.org/10.2147/PPA.S255264

Fisher, D. B. (1994). Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital & Community Psychiatry*, *45*(9), 913-915. https://doi.org/10.1176/ps.45.9.913

Fleury, M.-J., Djouini, A., Huỳnh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M., & Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders : A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *168*, 293-306. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625

Fleury, M.-J., Sabetti, J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Vallée, C., & Cao, Z. (2018). Work-related variables associated with perceptions of recovery-oriented care among Quebec mental health professionals. *BJPsych Open*, *4*(6), 478-485. psyh. https://doi.org/10.1192/bjo.2018.66

Fortney, J. C., Unützer, J., Wrenn, G., Pyne, J. M., Smith, G. R., Schoenbaum, M., & Harbin, H. T. (2017). A Tipping Point for Measurement-Based Care. *Psychiatric Services*, *68*(2), 179-188. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500439

Foucault. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.

Frederick, D. E., & VanderWeele, T. J. (2019). Supported employment : Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLOS ONE*, *14*(2), e0212208. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208

Frese, F. J., & Davis, W. W. (1997). The consumer–survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*(3), 243-245. https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.3.243

Gandré, C., Moreau, D., Coldefy, M., Dridi, I. B., & Morel, S. (2022). Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : Enseignements de la littérature et perspectives. *Santé Publique*, *34*(5), 613-619. https://doi.org/10.3917/spub.225.0613

Garrido-Cervera, J. A., Ruiz-Granados, M. I., Cuesta-Vargas, A. I., & Sánchez-Guarnido, A. J. (2024). Critical Analysis of Tools for Measuring Recovery-Oriented Practice in Mental Health Facilities : A Scoping Review. *Clinics and Practice*, *14*(6), 2313-2328. https://doi.org/10.3390/clinpract14060181

Gee, M., Bhanbhro, S., Cook, S., & Killaspy, H. (2017). Rapid realist review of the evidence : Achieving lasting change when mental health rehabilitation staff undertake recovery-oriented training. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(8), 1775-1791. https://doi.org/10.1111/jan.13232

Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health : Goals, implementation,

setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, *34*(Supplement_1), ii13-ii27. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz133

Gingerich, S., & Mueser, K. T. (2005). Illness Management and Recovery. In *Evidence-based mental health practice : A textbook.* (p. 395-424). W. W. Norton & Company.

Girard, V., Tinland, A., Mohamed, E. had, Boyer, L., & Auquier, P. (2015). Psychometric properties of the recovery measurement in homeless people with severe mental illness. *Schizophrenia Research*, *169*(1-3), 292-297. https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.007

Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2000). Consumers' perspectives on helpful and hindering factors in mental health treatment. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(11), 1467-1480. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200011)56:11<1467::AID-JCLP9>3.0.CO;2-K

Goffman. (1961). *Asylums : Essays on the social situation of mental patients and other inmates* ([1st ed.]). Anchor Books.

Goh, Y. S. S., Ow Yong, J. Q. Y., & Li, A. Z. (2023). Effectiveness of Illness Management and Recovery program on people with severe mental illnesses : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2023.1162288

Golzar, J., Noor, S., & Tajik, O. (2022). Convenience Sampling. *International Journal of Education & Language Studies*, *1*(2), 72-77. https://doi.org/10.22034/ijels.2022.162981

Gordon, S. E., & Ellis, P. M. (2013). Recovery of evidence-based practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, *22*(1), 3-14. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00835.x

Greacen, T., & Jouet, E. (2008). Le projet Emilia : L'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion. *L'information psychiatrique*, *84*(10), 923-929. https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0412

Greacen, T., & Jouet, E. (2017). Le rétablissement : Contexte international et situation en France. In *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 15-30). Champ social. https://doi.org/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0015

Greenwood, R. M., Manning, R. M., O'Shaughnessy, B. R., Vargas-Moniz, M. J., Loubière, S., Spinnewijn, F., Lenzi, M., Wolf, J. R., Bokszczanin, A., Bernad, R., Källmén, H., Ornelas, J., & the HOME-EU Consortium Study Group. (2020). Homeless Adults' Recovery Experiences in Housing First and Traditional Services Programs in Seven European Countries. *American Journal of Community Psychology*, *65*(3-4), 353-368. https://doi.org/10.1002/ajcp.12404

Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2020). Knowledge and attitudes of mental health professionals and students regarding recovery : A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(3), 322-347. https://doi.org/10.1111/inm.12712

Gyamfi, N., Bhullar, N., Islam, M. S., & Usher, K. (2025). Models and frameworks of mental health recovery : A scoping review of the available literature. *Journal of Mental Health*, *34*(2), 153-165. https://doi.org/10.1080/09638237.2022.2069713

Habtewold, T. D., Rodijk, L. H., Liemburg, E. J., Sidorenkov, G., Boezen, H. M., Bruggeman, R., & Alizadeh, B. Z. (2020). A systematic review and narrative synthesis of data-driven studies

in schizophrenia symptoms and cognitive deficits. *Translational Psychiatry*, *10*(1), 244. https://doi.org/10.1038/s41398-020-00919-x

Hancock, J., & Perich, T. (2022). Personal recovery in psychological interventions for bipolar disorder : A systematic review. *Australian Psychologist*, *57*(4), 215-225. https://doi.org/10.1080/00050067.2022.2083484

Hancock, N., Bundy, A., Honey, A., Helich, S., & Tamsett, S. (2013). Measuring the later stages of the recovery journey : Insights gained from Clubhouse members. *Community Mental Health Journal*, *49*(3), 323-330. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9533-y

Hancock, N., Scanlan, J. N., Honey, A., Bundy, A. C., & O'Shea, K. (2015). Recovery Assessment Scale—Domains and Stages (RAS-DS) : Its feasibility and outcome measurement capacity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(7), 624-633. Scopus. https://doi.org/10.1177/0004867414564084

Hansen, H. G., Speyer, H., Starzer, M., Albert, N., Hjorthøj, C., Eplov, L. F., & Nordentoft, M. (2023). Clinical Recovery Among Individuals With a First-Episode Schizophrenia an Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *49*(2), 297-308. https://doi.org/10.1093/schbul/sbac103

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I : Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, *144*(6), 718-726. https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.718

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987b). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II : Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *144*(6), 727-735. https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.727

Hare-Duke, L., Charles, A., Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Dys, A., & Bijdevaate, D. (2023). Systematic review and citation content analysis of the CHIME framework for mental health recovery processes : Recommendations for developing influential conceptual frameworks. *Journal of Recovery in Mental Health*, *6*(1), 38-44. https://doi.org/10.33137/jrmh.v6i1.38556

Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K. C., Ganev, K., Giel, R., Heiden, W. A. D., Holmberg, S. K., Janca, A., Lee, P. W. H., León, C. A., Malhotra, S., Marsella, A. J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., … Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness : A 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(6), 506-517. https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.506

Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., & Herbener, E. S. (2005). Do Patients with Schizophrenia Ever Show Periods of Recovery? A 15-Year Multi-Follow-up Study. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(3), 723-734. https://doi.org/10.1093/schbul/sbi026

Harrow, M., & Jobe, T. H. (2007). Factors Involved in Outcome and Recovery in Schizophrenia Patients Not on Antipsychotic Medications : A 15-Year Multifollow-Up Study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *195*(5), 406-414. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253783.32338.6e

Harvey, P. D., & Bellack, A. S. (2009). Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia : Is Functional Remission a Viable Concept? *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 300-306. https://doi.org/10.1093/schbul/sbn171

HAS. (2018). *Programme pluriannuel—Psychiatrie et santé mentale 2018-2023*. Haute Autorité de Santé (HAS). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf

HAS. (2020a). *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire—Argumentaire*. Haute Autorité de Santé (HAS).

HAS. (2020b). *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire—Synthèse*. Haute Autorité de Santé (HAS).

HAS. (2021). *Qualité des soins perçue par le patient—Indicateurs PROMs et PREMs—Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements*. Haute Autorité de Santé (HAS).

HAS. (2023). *Résultats de l'enquête sur l'utilisation des PROMs en ville ou en établissements de santé*. Haute Autorité de Santé (HAS).

HAS. (2025). *Note de cadrage : Mesures d'anticipation en psychiatrie—Des démarches pour soutenir l'autodétermination des patients et la qualité des soins*. Haute Autorité de Santé (HAS).

Hassan, E. S. (2006). Recall Bias can be a Threat to Retrospective and Prospective Research Designs. *The Internet Journal of Epidemiology*, *3*(2). https://doi.org/10.5580/2732

Hayes, D., Henderson, C., Bakolis, I., Lawrence, V., Elliott, R. A., Ronaldson, A., Richards, G., Repper, J., Bates, P., Brewin, J., Meddings, S., Winship, G., Bishop, S., Emsley, R., Elton, D., McNaughton, R., Whitley, R., Smelson, D., Stepanian, K., … Slade, M. (2022). Recovery Colleges Characterisation and Testing in England (RECOLLECT) : Rationale and protocol. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 627. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04253-y

Hegarty, J. D., Baldessarini, R. J., Tohen, M., Waternaux, C., & Oepen, G. (1994). One hundred years of schizophrenia : A meta-analysis of the outcome literature. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(10), 1409-1416. https://doi.org/10.1176/ajp.151.10.1409

Herrman, H., Allan, J., Galderisi, S., Javed, A., Rodrigues, M., & the, W. T. F. on I. A. to C. in M. H. C. (2022). Alternatives to coercion in mental health care : WPA Position Statement and Call to Action. *World Psychiatry*, *21*(1), 159-160. https://doi.org/10.1002/wps.20950

Hinchey, L. M. E., Pernice, F. M., Christian, J. N., Michon, A., & Rice, K. (2023). A Contemporary Review of the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation : Past, Present, and Emerging Directions. *Psychiatric Quarterly*, *94*(4), 569-604. https://doi.org/10.1007/s11126-023-10051-w

Hochmann, J. (2015). *La Psychiatrie pour les Nuls*. edi8.

Høgh Egmose, C., Heinsvig Poulsen, C., Hjorthøj, C., Skriver Mundy, S., Hellström, L., Nørgaard Nielsen, M., Korsbek, L., Serup Rasmussen, K., & Falgaard Eplov, L. (2023). The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery : Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, *74*(8), 847-858. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100138

Huxley, P., Krayer, A., Poole, R., Prendergast, L., Aryal, S., & Warner, R. (2021). Schizophrenia outcomes in the 21st century : A systematic review. *Brain and Behavior*, *11*(6), e02172. https://doi.org/10.1002/brb3.2172

Isaacs, A. N., Brooks, H., Lawn, S., Mohammadi, L., Vicary, E., & Sutton, K. (2022). Effectiveness of personal recovery facilitators in adults with schizophrenia and other psychoses : A systematic review of reviews and narrative synthesis. *Schizophrenia Research*, *246*, 132-147. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.06.018

Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *39*(6), 1296-1306. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130

Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia : Manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine. Monograph Supplement*, *20*, 1-97. https://doi.org/10.1017/S0264180100000904

Jackson-Blott, D. K., Hare, D. D., Morgan, D. S., & Davies, D. B. (2019). Recovery from psychosis in a forensic service : Assessing staff and service users' perspectives using Q methodology. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, *19*(2), 147-169. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1080/24732850.2018.1556516

Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services : Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *23*(4), 333-341. https://doi.org/10.1037/h0095146

Jak, S. (2015). *Meta-Analytic Structural Equation Modelling*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27174-3

Jambawo, S. M., Owolewa, R., & Jambawo, T. T. (2024). The effectiveness of peer support on the recovery and empowerment of people with schizophrenia : A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *274*, 270-279. https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.10.006

Jørgensen, R., Zoffmann, V., Munk-Jørgensen, P., Buck, K. D., Jensen, S. O. W., Hansson, L., & Lysaker, P. H. (2015). Relationships over time of subjective and objective elements of recovery in persons with schizophreni. *Psychiatry Research*, *228*(1), 14-19. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.013

Jose, D., Ramachandra, Lalitha, K., Gandhi, S., Desai, G., & Nagarajaiah. (2015). Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia : A systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, *14*, 13-18. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.01.006

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*(2), 261-276. https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261

Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care : A global perspective. *World Psychiatry*, *17*(1), 30-38. https://doi.org/10.1002/wps.20482

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*.

Kotera, Y., Hara, A., Newby, C., Miyamoto, Y., Ozaki, A., Ali, Y., Clinton, P., Felix, S., John, C., Inta, N., & Slade, M. (2025). Development and evaluation of a mental health recovery priority measure for cross-cultural research : Global INSPIRE. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-025-02946-9

Kraepelin, E. (avec University of British Columbia Library). (1916). *Einführung in die psychiatrische Klinik*. Leipzig : J.A. Barth. http://archive.org/details/einfhrungindie00krae

Kreitchmann, R. S., Abad, F. J., Ponsoda, V., Nieto, M. D., & Morillo, D. (2019). Controlling for Response Biases in Self-Report Scales : Forced-Choice vs. Psychometric Modeling of Likert Items. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2309. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02309

Krogmeier, C., Tison, E., Dillmann, J., Prouzeau, A., Prouteau, A., & Hachet, M. (2024). Leveraging Augmented Reality for Understanding Schizophrenia—Design and Evaluation of a Dedicated Educational Tool. *2024 IEEE International Symposium on Mixed and Augmented Reality (ISMAR)*, 941-950. https://doi.org/10.1109/ISMAR62088.2024.00110

Lahera, G., Gálvez, J. L., Sánchez, P., Martínez-Roig, M., Pérez-Fuster, J. V., García-Portilla, P., Herrera, B., & Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia : Recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1755-2

Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Cullinane, M., Murphy, K. C., Gaughran, F., & Murray, R. M. (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults : Systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *The British Journal of Psychiatry*, *211*(6), 350-358. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201475

Lam, H. Y., Honey, A., Scanlan, J., & Hancock, N. (2025). Collaboration for Recovery : Expert Mental Health Worker Experiences with the Recovery Assessment Scale – Domain and Stages (RAS-DS). *Community Mental Health Journal*. https://doi.org/10.1007/s10597-025-01476-7

Lases, M. N., Bruins, J., Scheepers, F. E., Van Sambeek, N., Ng, F., Rennick-Egglestone, S., Slade, M., Van Balkom, I. D. C., & Castelein, S. (2025). Is personal recovery a transdiagnostic concept? Testing the fit of the CHIME framework using narrative experiences. *Journal of Mental Health*, *34*(3), 254-262. https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2361225

Låver, J., McAleavey, A., Valaker, I., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2024). Therapists' and patients' experiences of using patients' self-reported data in ongoing psychotherapy processes—A systematic review and meta-analysis of qualitative studies. *Psychotherapy Research*, *34*(3), 293-310. https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2222896

Law, H., Morrison, A., Byrne, R., & Hodson, E. (2012). Recovery from psychosis : A user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, *21*(2), 192-207. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670885

Law, H., Shryane, N., Bentall, R. P., & Morrison, A. P. (2016). Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *209*(1), 48-53. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158428

Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V. J., Macpherson, R., Williams, J., & Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice : A systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, *10*(1), 87. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). *What Does Recovery Mean in Practice ? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance*. *62*(12), 7.

Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L. G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Competing Priorities : Staff Perspectives on Supporting Recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *42*(4), 429-438. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x

Le Callonnec, A., Traverso, V., Jouin, E., & Chambon, N. (2022). Des pratiques de soutien par les pairs dans un Groupe d'Entraide Mutuelle. *SHS Web of Conferences*, *133*, 03002. https://doi.org/10.1051/shsconf/202213303002

Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, *89*(5), 365-370. https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Leamy, M., Foye, U., Hirrich, A., Bjørgen, D., Silver, J., Simpson, A., Ellis, M., & Johan-Johanson, K. (2023). A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health services and staff. *International Journal of Mental Health Systems*, *17*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s13033-023-00600-y

Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness : Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(5), 260-268. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54

Leendertse, J. C. P., Wierdsma, A. I., van den Berg, D., Ruissen, A. M., Slade, M., Castelein, S., & Mulder, C. L. (2021). Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder : A Systematic Review and Meta-Analysis of Associated Factors. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 622628. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.622628

Leff, J. (1988). *Psychiatry around the globe : A transcultural view* (p. xiv, 226). Gaskell/Royal College of Psychiatrists.

Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., & Ernberg, G. (1992). The International Pilot Study of Schizophrenia : Five-year follow-up findings. *Psychological Medicine*, *22*(1), 131-145. https://doi.org/10.1017/S0033291700032797

Leiner, D. J. (2019). Too Fast, too Straight, too Weird : Non-Reactive Indicators for Meaningless Data in Internet Surveys. *Survey Research Methods*, *13*(3), 229-248. https://doi.org/10.18148/srm/2019.v13i3.7403

Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., Fernández-Iglesias, P., Ordóñez-Camblor, N., Solares-Vázquez, J., Mas-Expósito, L., Barajas, A., & Andresen, R. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 51-58. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.09.021

Leucht, S. (2014). Measurement of response, remission, and recovery in schizophrenia and examples for their clinical application. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *75*(Suppl 1), 8-14. APA PsycInfo. https://doi.org/10.4088/JCP.13049su1c.02

Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *59*(5), 487-496. https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.5.487

Linde, J., Schmid, M. T., Ruud, T., Skar-Fröding, R., & Biringer, E. (2023). Social Factors and Recovery : A Longitudinal Study of Patients with Psychosis in Mental Health Services. *Community Mental Health Journal*, *59*(2), 294-305. https://doi.org/10.1007/s10597-022-01007-8

Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Pollock, K., Slade, M., & Edgley, A. (2023). "Nothing's changed, baby" : How the mental health narratives of people with multiple and complex needs disrupt the recovery framework. *SSM - Mental Health*, 100221. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100221

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 39. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39

Lodge, A. C., Kuhn, W., Earley, J., & Stevens Manser, S. (2018). Initial development of the recovery-oriented services assessment : A collaboration with peer-provider consultants. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *41*(2), 92-102. psyh. https://doi.org/10.1037/prj0000296

Loos, S., Clarke, E., Jordan, H., Puschner, B., Fiorillo, A., Luciano, M., Ivánka, T., Magyar, E., Krogsgaard-Bording, M., Østermark-Sørensen, H., Rössler, W., Kawohl, W., Mayer, B., & Slade, M. (2017). Recovery and decision-making involvement in people with severe mental illness from six countries : A prospective observational study. *BMC Psychiatry*, *17*. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1207-4

López-Ibáñez, C., López-Nicolás, R., Blázquez-Rincón, D. M., & Sánchez-Meca, J. (2024). Reliability generalization meta-analysis : Comparing different statistical methods. *Current Psychology*, *43*(20), 18275-18293. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05604-y

Lorien, L., Blunden, S., & Madsen, W. (2020). Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services : A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(6), 1035-1048. https://doi.org/10.1111/inm.12794

Loubière, S., Lemoine, C., Boucekine, M., Boyer, L., Girard, V., Tinland, A., Auquier, P., & for the French Housing First Study Group. (2022). Housing First for homeless people with severe mental illness : Extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized Un Chez Soi d'Abord trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*, e14. https://doi.org/10.1017/S2045796022000026

Luciano, M., Carmassi, C., & Albert, U. (2022). Dimensions and Predictors of Personal Recovery in Major Depression. In B. Carpiniello, A. Vita, & C. Mencacci (Éds.), *Recovery and Major Mental Disorders* (Vol. 2, p. 225-244). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-98301-7_13

Luigi, M., Rapisarda, F., Corbière, M., Benedictis, L. D., Bouchard, A.-M., Felx, A., Miglioretti, M., Abdel-Baki, A., & Lesage, A. (2020). Determinants of mental health professionals' attitudes towards recovery : A review. *Canadian Medical Education Journal*, *11*(5), Article 5. https://doi.org/10.36834/cmej.61273

Lynch, K. (2000). The long road back. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(11), 1427-1432. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200011)56:11<1427::AID-JCLP5>3.0.CO;2-7

Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 315. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z

MacGregor, A., Reid, S., Maxwell, M., Miller, I., MacLeod, S., Corbett, J., & Harris, F. (2013). *Evaluation of the Scottish Recovery Indicator 2 (SRI 2)*. Scottish Recovery Network. https://www.napier.ac.uk/research-and-innovation/research-search/outputs/evaluation-of-the-scottish-recovery-indicator-2-sri-2/

Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., & Yau, S. S. W. (2018). Development and validation of Attitudes towards Recovery Questionnaire across Chinese people in recovery, their family carers, and service providers in Hong Kong. *Psychiatry Research*, *267*, 48-55. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.047

Marec, M.-G. (2024). *Rétablissement et inclusion professionnelle : Étude évaluative portant sur le dispositif Emploi Accompagné en France pour les personnes en situation de handicap psychique* [These de doctorat, Université Paris Cité]. https://theses.fr/2024UNIP7109

Mathew, S. T., Nirmala, B. P., & Kommu, J. V. S. (2018). Meaning of Recovery Among Persons with Schizophrenia : A Literature Review. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, *5*(1), 73-81. https://doi.org/10.1007/s40737-018-0111-7

McBain, R. K., Collins, R. L., Wong, E. C., Breslau, J., Cefalu, M. S., Roth, E., & Burnam, M. A. (2020). Mental Health Services and Personal Recovery in California : A Population-Based Analysis. *Psychiatric Services*, *71*(6), 580-587. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900204

McGregor, J., Repper, J., & Brown, H. (2014). "The college is so different from anything I have done". A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *9*(1), 3-15. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2013-0017

McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(1), 28-47. https://doi.org/10.1007/s10488-016-0760-3

McPherson, P., Lloyd-Evans, B., Dalton-Locke, C., & Killaspy, H. (2021). A Systematic Review of the Characteristics and Efficacy of Recovery Training for Mental Health Staff :

Implications for Supported Accommodation Services. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 624081. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.624081

Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What Recovery Means to Us : Consumers' Perspectives. *Community Mental Health Journal*, *36*(3), 315-328. https://doi.org/10.1023/A:1001917516869

Meadows, G., Brophy, L., Shawyer, F., Enticott, J. C., Fossey, E., Thornton, C. D., Weller, P. J., Wilson-Evered, E., Edan, V., & Slade, M. (2019). REFOCUS-PULSAR recovery-oriented practice training in specialist mental health care : A stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, *6*(2), 103-114. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30429-2

Melillo, A., Sansone, N., Allan, J., Gill, N., Herrman, H., Cano, G. M., Rodrigues, M., Savage, M., & Galderisi, S. (2025). Recovery-oriented and trauma-informed care for people with mental disorders to promote human rights and quality of mental health care : A scoping review. *BMC Psychiatry*, *25*(1), 125. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06473-4

Mental Health Commission. (1998). *Blueprint for mental health services in New Zealand : How things need to be.* Mental Health Comission.

Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing Directions, Changing Lives : The Mental Health Strategy for Canada*. Mental Health Commission of Canada. https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/05/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2015). *Guidelines for Recovery-Oriented Practice. Hope. Dignity. Inclusion.* Mental Health Commission of Canada. https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_0.pdf

Metcalfe, J. D., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2018). Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness : A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(1), 22-31. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx132

Mezes, B., Lobban, F., Costain, D., Hillier, L., Longson, D., Varese, F., & Jones, S. H. (2022). Recovery beyond clinical improvement—Recovery outcomes measured for people with bipolar disorder between 1980 and 2020. *Journal of Affective Disorders*, S0165-0327(22)00412-8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.075

Michel, T. (2019). Le rétablissement personnel en schizophrénie : Expérience des psychiatres. Des objectifs partagés, des pratiques à implanter. Étude qualitative. *French Journal of Psychiatry*, *1*, S170-S171. https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.462

Migchels, C., Zerrouk, A., Crunelle, C. L., Matthys, F., Gremeaux, L., Fernandez, K., Antoine, J., van den Brink, W., & Vanderplasschen, W. (2023). Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in substance use disorder treatment services : A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, *253*, 111017. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111017

Ministère Chargé de la Santé et de l'Accès au Soin. (2025). *Santé Mentale et Psychiatrie—Repérer, soigner, reconstruire* [Dossier de presse]. Ministère Chargé de la Santé et de l'Accès au Soin. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-sante_mentale_et_psychiatrie_-_juin_2025.pdf

Ministry of Health. (2012). *Rising to the Challenge : The Mental Health and Addiction Service Development Plan 2012-2017*. Ministry of Health.

Mitsunaga-Ohmuro, N., & Ohmuro, N. (2021). Longitudinal changes in personal recovery in individuals with psychotic disorders through hospitalisation in a psychiatric ward : Preliminary findings. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 340. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03347-3

Moeller, S. B., Larsen, P. V., Austin, S. F., Slade, M., Arendt, I.-M. T. P., Kring, L., & Simonsen, S. (2025). Assessing change and establishing empirical cutoffs : The Brief INSPIRE-O measure for personal recovery in mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-025-02948-7

Moeller, S. B., Larsen, P. V., Austin, S., Slade, M., Arendt, I.-M. T. P., Andersen, M. S., & Simonsen, S. (2024). Scalability, test–retest reliability and validity of the Brief INSPIRE-O measure of personal recovery in psychiatric services. *Frontiers in Psychiatry*, *15*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1327020

Molstrom, I.-M., Nordgaard, J., Urfer-Parnas, A., Handest, R., Berge, J., & Henriksen, M. G. (2022). The prognosis of schizophrenia : A systematic review and meta-analysis with meta-regression of 20-year follow-up studies. *Schizophrenia Research*, *250*, 152-163. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.010

Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S., & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder : Systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, *5*(4), e53. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28

Monger, B., Hardie, S. M., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013). The Individual Recovery Outcomes Counter : Preliminary validation of a personal recovery measure. *Psychiatrist*, *37*(7), 221-227. Scopus. https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041889

Morera, T., Pratt, D., & Bucci, S. (2017). Staff views about psychosocial aspects of recovery in psychosis : A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(1), 1-24. https://doi.org/10.1111/papt.12092

Morosini, P. l., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social funtioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(4), 323-329. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x

Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery Program : Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(Suppl1), S32-S43. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022

Munuera, C., Felix, S., Prouteau, A., Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery

in severe mental illness : French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). *Psychiatric Rehabilitation Journal*. https://doi.org/10.1037/prj0000601

Neil, S., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR) : A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis, 1*, 145-155. https://doi.org/10.1080/17522430902913450

Newman-Taylor, K., Maguire, T., & Bowen, A. (2019). Why are we not measuring what matters in mental health in the UK? The case for routine use of recovery outcome measures. *Perspectives in Public Health, 139*(4), 181-183. https://doi.org/10.1177/1757913919851414

Nicolle, B. (2022). *Réinvestir la psychiatrie : Une urgence sanitaire, un défi démocratique*. Fondation Jean Jaurès. https://www.guidesantementale64.fr/wp-content/uploads/2022/05/FJJ-2022-Boris-Nicolle.pdf

NIMH. (s. d.). *Mental Illness—National Institute of Mental Health (NIMH)*. Consulté 20 août 2025, à l'adresse https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness

Nowak, I., Sabariego, C., Świtaj, P., & Anczewska, M. (2016). Disability and recovery in schizophrenia : A systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry, 16*(1), 228. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0912-8

Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Gordon Lambert, W., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative Recovery : An Integrative Model for Working with Individuals Who Experience Chronic and Recurring Mental Illness. *Australasian Psychiatry, 13*(3), 279-284. https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2005.02202.x

Oades, L. G., & Anderson, J. (2012). Recovery in Australia : Marshalling strengths and living values. *International Review of Psychiatry, 24*(1), 5-10. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.660623

O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine : Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(4), 378-386. https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386

O'Keeffe, D., Hannigan, A., Doyle, R., Kinsella, A., Sheridan, A., Kelly, A., Madigan, K., Lawlor, E., & Clarke, M. (2019). The iHOPE-20 study : Relationships between and prospective predictors of remission, clinical recovery, personal recovery and resilience 20 years on from a first episode psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 53*(11), 1080-1092.

OMS. (s. d.). *Troubles mentaux*. Consulté 20 août 2025, à l'adresse https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

OMS. (1948). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1

OMS. (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). https://iris.who.int/handle/10665/39405

OMS. (1979). *Schizophrenia : An international follow-up study*. Chichester : Wiley. https://iris.who.int/handle/10665/41598

OMS. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease.* Organisation Mondiale de la Santé (OMS). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf

OMS. (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf

OMS. (2019). *Recovery practices for mental health and well-being : WHO QualityRights Specialized training: course guide*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602

OMS. (2021). Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches. In *Guidance and technical packages on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648

OMS. (2024). *Global Health Estimates 2021 : Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2021*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). https://www.who.int/data/global-health-estimates

Oppenheimer, D. M., Meyvis, T., & Davidenko, N. (2009). Instructional manipulation checks : Detecting satisficing to increase statistical power. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*(4), 867-872. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.03.009

Organisation des Nations Unies. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Organisation des Nations Unies (ONU). https://www.ohchr.org/sites/default/files/Ch_IV_15.pdf

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, *10*(3), 799-812. https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799

Pachoud, B., Roy-Hatala, C. L., Moutis, C. des, & Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement : A-t-on pris la mesure des transformations requises ? *L'information psychiatrique*, *95*(7), 520-528. https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1991

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Peck, C. K. H., Thangavelu, D. P., Li, Z., & Goh, Y. S. (2023). Effects of peer-delivered self-management, recovery education interventions for individuals with severe and enduring mental health challenges : A meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *30*(1), 54-73. https://doi.org/10.1111/jpm.12853

Pelletier, J.-F., Corbière, M., Lecomte, T., Briand, C., Corrigan, P., Davidson, L., & Rowe, M. (2015). Citizenship and recovery : Two intertwined concepts for civic-recovery. *BMC Psychiatry*, *15*. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0420-2

Peng, Y., Hahn, R. A., Finnie, R. K. C., Cobb, J., Williams, S. P., Fielding, J. E., Johnson, R. L., Montgomery, A. E., Schwartz, A. F., Muntaner, C., Garrison, V. H., Jean-Francois, B., Truman, B. I., & Fullilove, M. T. (2020). Permanent Supportive Housing With Housing First to Reduce Homelessness and Promote Health Among Homeless Populations With Disability : A Community Guide Systematic Review. *Journal of Public Health Management and Practice*, *26*(5), 404-411. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001219

Peralta, V., García De Jalón, E., Moreno-Izco, L., Peralta, D., Janda, L., Sánchez-Torres, A. M., Cuesta, M. J., SEGPEPs Group, Ballesteros, A., Gil-Berrozpe, G., Hernández, R., Lorente, R., Fañanás, L., Papiol, S., Ribeiro, M., Rosero, A., & Zandio, M. (2022). Long-Term Outcomes of First-Admission Psychosis : A Naturalistic 21-Year Follow-Up Study of Symptomatic, Functional and Personal Recovery and Their Baseline Predictors. *Schizophrenia Bulletin*, *48*(3), 631-642. https://doi.org/10.1093/schbul/sbab145

Peritogiannis, V., Gogou, A., & Samakouri, M. (2020). Very long-term outcome of psychotic disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(7), 633-641. https://doi.org/10.1177/0020764020922276

Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., & Brown, H. (2012). *Recovery Colleges*. Implementing Recovery through Organizational Changes.

Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England : Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, *24*(1), 29-39. https://doi.org/10.3109/09540261.2011.645025

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services : A systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*, *10*(1), 134. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0

Pincus, H. A., Spaeth-Rublee, B., & Ramanuj, P. P. (2017). Bringing recovery and consumers' views into the mainstream of mental health quality measurement. *Psychiatric Services*, *68*(11), 1182-1184. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600222

Pincus, H. A., Spaeth-Rublee, B., Sara, G., Goldner, E. M., Prince, P. N., Ramanuj, P., Gaebel, W., Zielasek, J., Großimlinghaus, I., Wrigley, M., van Weeghel, J., Smith, M., Ruud, T., Mitchell, J. R., & Patton, L. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, *10*(1), 73. https://doi.org/10.1186/s13033-016-0104-4

Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis : A user-led project. *Psychiatric Bulletin*, *31*(2), 55-60. https://doi.org/10.1192/pb.bp.105.008532

Ponce-Correa, F., Caqueo-Urízar, A., Berrios, R., & Escobar-Soler, C. (2023). Defining recovery in schizophrenia : A review of outcome studies. *Psychiatry Research*, *322*, 115134. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115134

Porsdam Mann, S., Bradley, V. J., & Sahakian, B. J. (2016). Human Rights-Based Approaches to Mental Health. *Health and Human Rights*, *18*(1), 263-276.

President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the Promise : Transforming Mental Health Care in America*. The President's New Freedom Commission on Mental Health.

Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, *27*(5), 1147-1157. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3

Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E., Jean-MarcDestaillats, Barral, C., & Mazaux, J.-M. (2012). Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : Validation préliminaire de la G-MAP. *Alter*, *6*(4), 279-295. https://doi.org/10.1016/j.alter.2012.08.002

Ralph, R. O. (2005). Verbal Definitions and Visual Models of Recovery : Focus on the Recovery Model. In *Recovery in mental illness : Broadening our understanding of wellness* (p. 134-145). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10848-006

Ranstam, J., & Cook, J. A. (2018). LASSO regression. *British Journal of Surgery*, *105*(10), 1348. https://doi.org/10.1002/bjs.10895

Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2011). *The strengths model : A recovery-oriented approach to mental health services*. OUP USA. https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=VMl9E_LExFgC&oi=fnd&pg=PP1&dq=strength+model+intervention+recovery+mental+health&ots=lKmldUDZYz&sig=YIqpvnYFQOWQq1ONgW2KFJ14_aw

Read, D. J., Bentall, P. R., Mosher, L., Read, J., & Dillon, J. (Éds.). (2013). *Models of Madness : Psychological, Social and Biological Approaches to Psychosis* (2e éd.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203527160

Recovery In The Bin. (2016, mars 11). Recovery In The Bin – Key Principles. *Recovery in the Bin*. https://recoveryinthebin.org/ritbkeyprinciples/

Repper, J., & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery : A model for mental health practice*. Baillière Tindall. https://cir.nii.ac.jp/crid/1970023484964957388

Richter, D., & Hoffmann, H. (2017). Independent housing and support for people with severe mental illness : Systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(3), 269-279. https://doi.org/10.1111/acps.12765

Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability : Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(4), 335-343. https://doi.org/10.1037/h0095071

Ridgway, P., & Press, A. (2004). Assessing the recovery-orientation of your mental health program : A user's guide for the Recovery-Enhancing Environment scale (REE). *Kansas: University of Kansas*.

Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, *131*(1-3), 133-138. Scopus. https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023

Roe, D., Slade, M., & Jones, N. (2022). The utility of patient-reported outcome measures in mental health. *World Psychiatry*, *21*(1), 56-57. https://doi.org/10.1002/wps.20924

Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, *23*(5), 217-218. https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928406

Rose, N. (2025). Historical changes in mental health practice. In G. Thornicroft, R. E. Drake, O. Gureje, K. T. Mueser, G. Szmukler, G. Thornicroft, R. E. Drake, O. Gureje, K. T. Mueser, & G. Szmukler (Éds.), *Oxford Textbook of Community Mental Health* (p. 0). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780198898818.003.0002

Ruggeri, M. (2018). Why measuring quality of mental health care is still an unmet challenge and how to meet it. *World Psychiatry*, *17*(1), 45-46. https://doi.org/10.1002/wps.20488

Russinova, Z., Rogers, E. S., Cook, K. F., Ellison, M. L., & Lyass, A. (2013). Conceptualization and measurement of mental health providers' recovery-promoting competence : The recovery promoting relationships scale (RPRS). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(1), 7-14. https://doi.org/10.1037/h0094741

Saldanha, S., Tavitian, N., Lehman, E., Carey, L., & Higgs, P. (2024). Effectiveness of the Housing First model among substance users : A scoping review. *Housing, Care and Support*, *27*(2), 90-105. https://doi.org/10.1108/HCS-09-2022-0024

Salgado, J. D., Deane, F. P., Crowe, T. P., & Oades, L. G. (2010). Hope and improvements in mental health service providers' recovery attitudes following training. *Journal of Mental Health*, *19*(3), 243-248. https://doi.org/10.3109/09638230903531126

Salyers, M. P., Brennan, M., & Kean, J. (2013). Provider Expectations for Recovery Scale : Refining a measure of provider attitudes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(3), 153-159. https://doi.org/10.1037/prj0000010

Salyers, M. P., Godfrey, J. L., Mueser, K. T., & Labriola, S. (2007). Measuring illness management outcomes : A psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. *Community Mental Health Journal*, *43*(5), 459-480. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1007/s10597-007-9087-6

SAMHSA. (2004). *National Consensus Statement on Mental Health Recovery*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

SAMHSA. (2010). *Recovery-Oriented Systems of Care (ROSC) Resource Guide*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

SAMHSA. (2011). *Leading Change : A Plan for SAMSHA's Roles and Actions 2011 - 2014*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).

Santesteban-Echarri, O., Paino, M., Rice, S., González-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis : A

systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, *58*, 59-75. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.007

Scheyett, A., Deluca, J., & Morgan, C. (2013). Recovery in severe mental illnesses : A literature review of recovery measures. *Social Work Research*, *37*(3), 286-303. Scopus. https://doi.org/10.1093/swr/svt018

Schlier, B., Buck, L., Müller, R., Lincoln, T. M., Bott, A., & Pillny, M. (2023). Time-dependent effect of antipsychotic discontinuation and dose reduction on social functioning and subjective quality of life–a multilevel meta-analysis. *eClinicalMedicine*, *65*. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102291

Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatria Danubina*, *19*(3), 246-251. APA PsycInfo.

Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery : A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *64*(10), 974-980. https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012

Shawyer, F., Enticott, J. C., Brophy, L., Bruxner, A., Fossey, E., Inder, B., Julian, J., Kakuma, R., Weller, P., Wilson-Evered, E., Edan, V., Slade, M., & Meadows, G. N. (2017). The PULSAR Specialist Care protocol : A stepped-wedge cluster randomized control trial of a training intervention for community mental health teams in recovery-oriented practice. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 172. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1321-3

Sheedy, C. K., & Whitter, M. (2009). *Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care : What do we know from the research?* (HHS Publication). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). https://www.naadac.org/assets/2416/sheedyckwhitterm2009_guiding_principles_and_elements.pdf

Shepherd, A., Sanders, C., Doyle, M., & Shaw, J. (2016). Personal recovery in personality disorder : Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *International Journal of Social Psychiatry*, *62*(1), 41-50. https://doi.org/10.1177/0020764015589133

Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M., & Roberts, G. (2014). *Supporting recovery in mental health services : Quality and Outcomes*. https://www.researchgate.net/publication/260763320

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry : From the era of the asylum to the age of Prozac* (p. xii, 436). John Wiley & Sons.

Shue, S. A., Traylor, M., Kukla, M., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Henry, N., Eliacin, J., Garabrant, J., & McGuire, A. B. (2023). Exploring Factors Impacting the Implementation of Recovery-Oriented Treatment Planning on Acute Inpatient Mental Health Units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *50*(2), 283-295. Scopus. https://doi.org/10.1007/s10488-022-01237-8

Shunmuga Sundaram, C., Campbell, R., Ju, A., King, M. T., & Rutherford, C. (2022). Patient and healthcare provider perceptions on using patient-reported experience measures (PREMs) in routine clinical care : A systematic review of qualitative studies. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *6*(1), 122. https://doi.org/10.1186/s41687-022-00524-0

Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1108-1124. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004

Simonsen, C., Åsbø, G., Slade, M., Wold, K. F., Widing, L., Flaaten, C. B., Engen, M. J., Lyngstad, S. H., Gardsjord, E., Bjella, T., Romm, K. L., Ueland, T., & Melle, I. (2024). A good life with psychosis : Rate of positive outcomes in first-episode psychosis at 10-year follow-up. *Psychological Medicine, 54*(9), 2112-2121. https://doi.org/10.1017/S0033291724000205

Skar-Fröding, R., Clausen, H., Ruud, T., Šaltyte Benth, J., Veland, M., & Heiervang, K. S. (2025). The relationship between personal recovery, clinical symptoms, and psychosocial functioning over time among service users with psychosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 48*(1), 23-31. https://doi.org/10.1037/prj0000635

Slade, M. (2009a). *100 ways to support recovery*. 32.

Slade, M. (2009b). *Personal Recovery and Mental Illness : A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Slade, M. (2009c). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health, 18*(5), 367-371. https://doi.org/10.3109/09638230903191256

Slade, M. (2010a). Measuring recovery in mental health services. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 47*(3), 206-212.

Slade, M. (2010b). Mental illness and well-being : The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research, 10*(1), 26. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26

Slade, M., Adams, N., & O'Hagan, M. (2012). Recovery : Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry, 24*(1), 1-4. https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery : Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry, 13*(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

Slade, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Farkas, M., Grey, B., Larsen, J., Leamy, M., Oades, L., & Williams, J. (2015). Development of the REFOCUS intervention to increase mental health team support for personal recovery. *The British Journal of Psychiatry, 207*(6), 544-550. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.155978

Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS) : A multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry, 2*(6), 503-514. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3

Slade, M., & Hayward, M. (2007). Recovery, psychosis and psychiatry : Research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(2), 81-83. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01047.x

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery : Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(4), 353-364. Scopus. https://doi.org/10.1017/S2045796012000133

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 285. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4

Slade, M., Rennick-Egglestone, S., & Todowede, O. (2024). The transformative potential of citizen science for mental health. *The Lancet Psychiatry*, *11*(4), 246-248. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00008-7

Smit, D., Miguel, C., Vrijsen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness : Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *53*(11), 5332-5341. https://doi.org/10.1017/S0033291722002422

Solmi, M., Cortese, S., Vita, G., De Prisco, M., Radua, J., Dragioti, E., Köhler-Forsberg, O., Madsen, N. M., Rohde, C., Eudave, L., Aymerich, C., Pedruzo, B., Rodriguez, V., Rosson, S., Sabé, M., Hojlund, M., Catalan, A., de Luca, B., Fornaro, M., … Correll, C. U. (2023). An umbrella review of candidate predictors of response, remission, recovery, and relapse across mental disorders. *Molecular Psychiatry*, *28*(9), 3671-3687. https://doi.org/10.1038/s41380-023-02298-3

Spaniol, L. J. (1994). *The experience of recovery* (1st ed.). Center for Psychiatric Rehabilitation.

Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, *14*(4), 327-336. https://doi.org/10.1080/0954026021000016978

Speyer, H., Roe, D., & Slade, M. (2025). Recovery-oriented psychiatry : Oxymoron or catalyst for change? *The Lancet Psychiatry*, *0*(0). https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00092-6

Sreeram, A., Cross, W., & Townsin, L. (2021). Effect of recovery-based interventions on recovery knowledge and attitudes of mental health professionals, regarding recovery-oriented practice : A quantitative narrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*(5), 1057-1069. https://doi.org/10.1111/inm.12897

Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). The prospective long-term course of adult depression in general practice and the community. A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, *152-154*, 65-75. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.017

Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery : A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, *26*(3), 291-304. Scopus. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056

Subandi, M. A., Nihayah, M., Marchira, C. R., Tyas, T., Marastuti, A., Pratiwi, R., Mediola, F., Herdiyanto, Y. K., Sari, O. K., Good, M.-J. D., & Good, B. J. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services : A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *PLOS ONE*, *18*(3), e0276802. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276802

Sue, V., M., & Ritter, L., A. (2012). *Conducting Online Surveys*. SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781506335186

Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., Van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2017*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, *15*(2), 113-118. https://doi.org/10.1037/h0046535

Takhi, S. K., Brown, H. H., Ronaldson, A., Lawrence, V., McPhilbin, M., Ingall, B. R., Daryanani, R., Simpson, J., Jebara, T., Lawrence, S., Kapka, A., Kotera, Y., Dunnett, D., Hayes, D., Stepanian, K., Yeo, C. F., Meddings, S., Rennison, J., Barrett, K., … Slade, M. (2025). The content of Recovery College courses in England : A 71 college document analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *16*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1605498

Temesgen, W. A., Chien, W. T., & Bressington, D. (2019). Factors influencing subjective recovery of people with recent-onset psychosis : A cross-sectional study in a low-income Sub-Saharan country. *Psychiatry Research*, *274*, 421-429. Scopus. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.066

Tenney, L. J. (2000). It has to be about choice. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(11), 1433-1445. https://doi.org/10.1002/1097-4679(200011)56:11<1433::AID-JCLP6>3.0.CO;2-5

Teo, D. (2024, septembre). Identifying Factors that Promote Long-term Recovery in Youth Mental Health. *Proceedings of the SSR Conference 2024*. Youth Mental Health Landscape: Upstream Prevention and Downstream Intervention, Social Service Research Centre, National University of Singapore.

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties : A Review of the Evidence. *The British Journal of Social Work*, *42*(3), 443-460. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076

Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., & Bennett, M. (2018). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses : A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatric Services*, *69*(3), 259-267. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700058

Thompson, A., Winsper, C., Marwaha, S., Haynes, J., Alvarez-Jimenez, M., Hetrick, S., Realpe, A., Vail, L., Dawson, S., & Sullivan, S. A. (2018). Maintenance antipsychotic treatment versus discontinuation strategies following remission from first episode psychosis : Systematic review. *BJPsych Open*, *4*(4), 215-225. https://doi.org/10.1192/bjo.2018.17

Thompson, H., Simonds, L., Barr, S., & Meddings, S. (2021). Recovery colleges : Long-term impact and mechanisms of change. *Mental Health and Social Inclusion*, *25*(3), 232-242. https://doi.org/10.1108/MHSI-01-2021-0002

Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness : The scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 441-442. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718

Thornicroft, G., & Slade, M. (2014). New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry, 13*(2), 118-124. https://doi.org/10.1002/wps.20114

Tinland, A., Loubière, S., Boucekine, M., Boyer, L., Fond, G., Girard, V., & Auquier, P. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness : A randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, e169. https://doi.org/10.1017/S2045796020000785

Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., & Auquier, P. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness. *JAMA Psychiatry*, *79*(8), 752-759. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627

Tondora, J., & Davidson, L. (2006). *Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care*. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services. https://doi.apa.org/doi/10.1037/e618002007-001

Toney, R., Elton, D., Munday, E., Hamill, K., Crowther, A., Meddings, S., Taylor, A., Henderson, C., Jennings, H., Waring, J., Pollock, K., Bates, P., & Slade, M. (2018). Mechanisms of Action and Outcomes for Students in Recovery Colleges. *Psychiatric Services*, *69*(12), 1222-1229. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800283

Toney, R., Knight, J., Hamill, K., Taylor, A., Henderson, C., Crowther, A., Meddings, S., Barbic, S., Jennings, H., Pollock, K., Bates, P., Repper, J., & Slade, M. (2019). Development and Evaluation of a Recovery College Fidelity Measure. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *64*(6), 405-414. https://doi.org/10.1177/0706743718815893

Topor, A., Boe, T. D., & Larsen, I. B. (2022). The Lost Social Context of Recovery Psychiatrization of a Social Process. *Frontiers in Sociology*, *7*, 832201. https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.832201

Tourangeau, R., Rips, L. J., & Rasinski, K. (2000). *The Psychology of Survey Response*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511819322

Tramazzo, S., Lian, W., Ajnakina, O., Carlson, G., Bromet, E., Kotov, R., & Jonas, K. (2024). Long-Term Course of Remission and Recovery in Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *181*(6), 532-540. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230189

Troisoeufs, A. (2009). La personne intermédiaire. *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, *52*, Article 52. https://doi.org/10.4000/terrain.13593

Troisoeufs, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : Quelles figures de la pair-aidance en santé ? *Rhizome*, *7576*(1), 27-36. https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0027

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring Health and Disability : Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

Valery, K.-M. (2021). *Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale*.

Valery, K.-M., Felix, S., Caiada, M., Fournier, T., Guionnet, S., Seguela, A., Tison, E., Violeau, L., & Prouteau, A. (2025). The Power of Beliefs in Recovery-Oriented Practice : A Brief

Report from the STIGMAPRO Survey. *Community Mental Health Journal*. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01437-6

Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review. *Psychiatry Research*, *290*, 113068. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068

Valery, K.-M., Prouteau, A., Violeau, L., Fournier, T., & Guionnet, S. (2022). "Part of the solution yet part of the problem" Stigmatization in mental health professionals : Characteristics and associated factors. *European Psychiatry*, *65*(Suppl 1), S207. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.542

Valran, M. (2021). Appréhender le processus de participation sociale dans une association de santé mentale : Ethnographie de la structure Groupes d'entraide mutuelle. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, *89901*(1), 203-219. https://doi.org/10.3917/nresi.089.0203

van de Mortel. (2005). *Faking it : Social desirability response bias in self-report research*. *25*(4).

Van Eck, R. M., Burger, T. J., Schenkelaars, M., Vellinga, A., de Koning, M. B., Schirmbeck, F., Kikkert, M., Dekker, J., & de Haan, L. (2018). The impact of affective symptoms on personal recovery of patients with severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, *64*(6), 521-527. https://doi.org/10.1177/0020764018784610

van Dee, V., Schnack, H. G., & Cahn, W. (2023). Systematic review and meta-analysis on predictors of prognosis in patients with schizophrenia spectrum disorders : An overview of current evidence and a call for prospective research and open access to datasets. *Schizophrenia Research*, *254*, 133-142. https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.02.024

van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness : A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *42*(2), Article 2. https://doi.org/10.1037/prj0000356

Violeau Beaugendre, L. (2020). *Stigmatisation de soi dans la schizophrénie : Une série d'études en population générale et clinique*. Université de Bordeaux.

Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia : Is it possible? *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(3), 246-255. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems : Life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 453-458. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085100

Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-Oriented Practice in Mental Health Inpatient Settings : A Literature Review. *Psychiatric Services*, *67*(6), 596-602. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400469

Waldrop, J., & McGuinness, T. M. (2017). Measurement-Based Care in Psychiatry. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *55*(11), 30-35. https://doi.org/10.3928/02793695-20170818-01

Wallstroem, I. G., Pedersen, P., Christensen, T. N., Hellström, L., Bojesen, A. B., Stenager, E., White, S., Mueser, K. T., Bejerholm, U., Van Busschbach, J. T., Michon, H., & Eplov, L. F. (2021). A Systematic Review of Individual Placement and Support, Employment, and Personal and Clinical Recovery. *Psychiatric Services*, *72*(9), 1040-1047. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000070

Wang, Y., Chen, Y., & Deng, H. (2022). Effectiveness of Family- and Individual-Led Peer Support for People With Serious Mental Illness : A Meta-Analysis. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *60*(2), 20-26. https://doi.org/10.3928/02793695-20210818-01

Warner, R. (2004). *Recovery from Schizophrenia : Psychiatry and Political Economy* (2e éd.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203420874

Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model: *Current Opinion in Psychiatry*, *22*(4), 374-380. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c920b

Warner, R. (2010). Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist*, *34*(1), 3-5. https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.025643

Weeks, G., Slade, M., & Hayward, M. (2011). A UK validation of the stages of recovery instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(5), 446-454. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1177/0020764010365414

Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., Silver, J., Swarbrick, M., Magill, E., van Furth, E. F., & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders : A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(8), 1188-1203. https://doi.org/10.1002/eat.23260

White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services : A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 534. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services : Systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(11), 1827-1835. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(5), 777-786. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0

Williams, V. C., Deane, F. P., Oades, L. G., Crowe, T. P., Ciarrochi, J., & Andresen, R. (2016). Enhancing recovery orientation within mental health services : Expanding the utility of values. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *11*(1), 23-32. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2015-0042

Williamson, P. E., Hope, J., Dixon, C., & Oades, L. G. (2023). Impact of Cofacilitated, Collaborative, Recovery-Oriented Practice Training on Clinical Mental Health Workforce

Competencies. *Psychiatric Services*, *74*(10), 1052-1058. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100619

Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J., & Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery ? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, *76*, 101815. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815

Wood, L., & Alsawy, S. (2018). Recovery in Psychosis from a Service User Perspective : A Systematic Review and Thematic Synthesis of Current Qualitative Evidence. *Community Mental Health Journal*, *54*(6), 793-804. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0185-9

Woodhall-Melnik, J., Monette, C., Reiser, C., & LeBlanc Haley, T. (2025). Housing First for Youth Who Experience Homelessness : A Systematic Review. *Urban Affairs Review*, *61*(5), 1381-1415. https://doi.org/10.1177/10780874251314838

Woodhall-Melnik, J. R., & Dunn, J. R. (2016). A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*, *31*(3), 287-304. https://doi.org/10.1080/02673037.2015.1080816

WPA. (2020). *Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health Care : Discussion Paper from the WPA Taskforce*. World Psychiatric Association (WPA). https://www.wpanet.org/_files/ugd/e172f3_3702b1a4202c458b85451e6d74075cbc.pdf

Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy : Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *70*(9), 913-920. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19

Wyngaerden, F., & Allart, M. (2021). Le rétablissement, nouveau paradigme ? *La Revue Nouvelle*, *6*(6), 44-53. https://doi.org/10.3917/rn.216.0044

Yan, H., Ding, Y., & Guo, W. (2021). Clubhouse Model of Psychiatric Rehabilitation in China to Promote Recovery of People With Schizophrenia : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 730552. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.730552

Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness : A review of the evidence. *Psychiatry Research*, *288*, 112950. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950

Yu, Y., Shen, M., Niu, L., Liu, Y., Xiao, S., & Tebes, J. K. (2022). The relationship between clinical recovery and personal recovery among people living with schizophrenia : A serial mediation model and the role of disability and quality of life. *Schizophrenia Research*, *239*, 168-175. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.043

Zelle, H., Kemp, K., & Bonnie, R. J. (2015). Advance directives in mental health care : Evidence, challenges and promise. *World Psychiatry*, *14*(3), 278-280. https://doi.org/10.1002/wps.20268

Annexes

Annexe 1. Publication : Pouvoir d'agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale 269

Annexe 2. Comité de Pilotage de l'enquête RECOR-PRO 286

Annexe 3. Publication : Characterizing personal recovery in severe mental illness: French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr) 287

Annexe 4. Questionnaire sur le Processus de Rétablissement (QPR-Fr) 317

Annexe 5. Echelle d'évaluation de l'orientation rétablissement (RSAR-Fr) 319

Annexe 6 : Curriculum Vitae 322

Annexe 1. Publication : Pouvoir d'agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale

L'article original est disponible au lien suivant : https://www.bnds.fr/edition-numerique/revue/rgdm/rgdm-90/pouvoir-dagir-droits-et-retablissement-dans-les-pratiques-en-sante-mentale-12411.html

L'article ci-dessous correspond à la version prépublication.

Référence : Felix, S. (2024). Pouvoir d'agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale. *Revue Générale de Droit Médical, 90,* 77-87.

Résumé : Cet article explore les défis que représente la promotion du pouvoir d'agir pour les personnes confrontées à des troubles psychiques. Dans leurs témoignages, ces dernières soulignent le caractère privatif des approches psychiatriques traditionnelles dans le plein exercice de leurs droits, incitant à une transformation profonde des pratiques. Les professionnels de santé mentale sont des acteurs de premier plan pour promouvoir le pouvoir d'agir des usagers de la psychiatrie. Deux approches clés sont présentées : l'approche centrée sur les droits en santé mentale et l'approche centrée sur le rétablissement. Des initiatives concrètes à destination des institutions comme des professionnels sont présentées pour transformer les pratiques. En conclusion, nous discuterons des enjeux qui entourent la transition vers ces approches pensées par et pour les personnes concernées.

Mots-clés : santé mentale, troubles psychiques, pouvoir d'agir, rétablissement, droits

La notion de pouvoir d'agir, issue du terme anglais « empowerment », revêt une importance cruciale dans l'accompagnement des personnes concernées par un trouble psychique. Bien au-delà de la simple gestion des symptômes, le pouvoir d'agir représente la capacité d'une personne à influencer son propre environnement, à prendre des décisions éclairées et à jouer un rôle actif dans son propre parcours de rétablissement. De nombreux témoignages ont souligné le potentiel dépossédant des accompagnements psychiatriques, lesquels mettent à mal le pouvoir d'agir, le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi : « *[…] j'ai passé environ cinq mois en tant que patiente dans six hôpitaux psychiatriques. Cette expérience m'a totalement démoralisé. Je ne m'étais jamais considérée comme particulièrement forte, mais après l'hospitalisation, j'étais convaincue de ma propre inutilité. On m'avait dit que je ne pourrais pas vivre en dehors d'une institution. […] J'ai dû me battre contre un sentiment profond d'infériorité, sentiment qui m'avait été transmis par les personnes auxquelles je faisais autrefois confiance en tant que soignants* » (Chamberlin, 1978). Ces témoignages montrent la nécessité de repenser les approches traditionnelles de la prise en charge psychiatrique pour placer l'accent sur « l'empowerment » des personnes face aux défis qu'elles rencontrent dans leurs parcours de soins. Au travers de cet article, nous présentons des approches alternatives par lesquelles les professionnels de santé mentale peuvent être des leviers pour encourager, promouvoir et renforcer le pouvoir d'agir des personnes.

I - L'approche centrée sur les droits en santé mentale

Dans un récent rapport, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021) fait état d'un triste constat international : celui des violations étendues et variées des droits humains dans le soin en santé mentale dont sont victimes les personnes concernées ainsi que des discriminations qui les accompagnent. Cela inclut l'utilisation de pratiques coercitives comme l'admission et le traitement sans consentement ainsi que les mesures de contention et d'isolement. Mais également par l'exposition des personnes à des conditions de vie médiocres et inhumaines, à de

la négligence, voire à des abus physiques, émotionnels et sexuels. L'OMS explique l'exacerbation de ces phénomènes par le déséquilibre des pouvoirs entre les professionnels et les usagers des services. La France n'échappe pas à ce constat. Dans son rapport de 2016, le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) alarmait quant à l'ampleur de l'utilisation des mesures d'isolement et de contention, et déclarait : « *l'hôpital, havre de soins, laisse se perpétrer et se perpétuer, au fond de ses unités, des pratiques qui s'apparentent dans certaines conditions à des traitements inhumains et dégradants* ». Le 17 avril dernier la France a été condamnée par le Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe pour ses manquements à la Charte sociale Européenne au regard des droits des personnes handicapées. En toute cohérence avec les conclusions tirées par l'OMS, il y a donc une réelle nécessité d'une transformation radicale dans le champ de la santé mentale.

L'approche centrée sur les droits en santé mentale a justement pour objectifs i) la prévention des violations des droits de l'homme dans les parcours de soins, et ii) d'inscrire les droits humains au cœur des organisations et de leurs offres de soins. Pour cela, ce cadre de pensée se base sur les normes internationales en matière de droits humains, afin d'en assurer la promotion et la protection. En se basant sur ces standards normatifs et juridiques, cette approche offre donc une réelle possibilité de transformation des pratiques et des organisations en santé mentale. Les droits de l'Homme sont en effet des standards universels légitimes et non négociables, et sont donc une base idéale pour définir et exiger des objectifs concrets de changement (Porsdam Mann et al., 2016). Le texte de loi de référence pour cette approche centrée sur les droits en santé mentale est la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH). Adoptée par les Nations Unies en 2006 et ratifiée par la France en 2010, la Convention définit et circonscrit un ensemble de droits fondamentaux. Fait important, elle constitue un engagement légal pour les États signataires, qui doivent ainsi « prendre toutes les mesures appropriées, d'ordre législatif, administratif ou autre, pour mettre en

œuvre, de manière effective, les droits reconnus par la Convention ». La question du pouvoir d'agir est centrale dans la CIDPH. Elle fait partie des principes fondamentaux de la Convention, c'est-à-dire les principes directeurs devant être recherché a priori pour l'application de la CIDPH : « le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ».

II - L'approche centrée sur le rétablissement en santé mentale

L'approche centrée sur le rétablissement est complémentaire et fondamentalement compatible avec l'approche centrée sur les droits. À ce titre, elle fait partie des recommandations de l'OMS pour la transformation de la psychiatrie à travers le monde. Le point de départ de cette approche est la reconnaissance du fait que toute personne concernée par un trouble psychique (même sévère) peut se rétablir. La possibilité de guérison, au sens médical du terme, est déjà largement appuyée par les preuves scientifiques. Mais, au-delà de cette conception, les mouvements de défense des droits des usagers de la psychiatrie militent depuis les années 1960 pour l'adoption d'une définition plus subjective du rétablissement. Le rétablissement dit « personnel » est « *un processus profondément personnel, unique, un moyen de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et dans laquelle on se sent utile, même avec les limitations causées par la maladie* » (Anthony, 1993). Dans cette définition, le rétablissement est considéré comme indépendant de la rémission des symptômes ou du retour à un fonctionnement psychosocial antérieur. Si les parcours de rétablissement sont individuels et uniques, la recherche scientifique a mis en évidence des points communs à la fois dans les étapes de ces parcours et dans les processus psychologiques sous-jacents au rétablissement (travaux de Retta Andresen, modèle CHIME de Leamy et al, 2011). Le pouvoir d'agir est justement l'un des cinq processus psychologiques décrits par le modèle CHIME (« E » pour « empowerment »). Selon ce modèle, l'empowerment regroupe plusieurs dimensions psychologiques qui peuvent être des leviers de la pratique professionnelle : le fait pour la

personne de retrouver une forme de responsabilité pour son propre bien-être (qui passe par le fait de se connaître soi-même, de savoir gérer ses ressources et plus largement sa santé), le fait de retrouver un sentiment de contrôle sur sa vie (qui nécessite de connaître suffisamment la maladie et les traitements pour pouvoir faire ses propres choix dans ces domaines), de retrouver une forme d'indépendance et d'autonomie, d'être impliqué dans la prise de décision concernant le soin, etc. L'approche centrée sur le rétablissement est un moyen de soutenir le rétablissement personnel. Elle désigne l'application d'un ensemble de valeurs et de principes liés au rétablissement dans les pratiques et le fonctionnement des organisations en santé mentale. C'est ce que l'on retrouve dans la littérature sous le terme de « pratiques orientées rétablissement ». Ces valeurs et ces principes proviennent de réflexions portées à l'origine par les mouvements militants sur ce que devraient idéalement être les pratiques des professionnels. En premier lieu, l'approche promeut l'adoption du rétablissement personnel comme objectif prioritaire de toute organisation en santé mentale (Anthony, 2000). À ce titre, la plupart des pays anglo-saxons ont donc modifié leur législation pour mettre le rétablissement personnel au cœur des actions de soins dans ces pays. C'est un pas important dans la reconnaissance de l'importance du point de vue et de la place des personnes dans leurs parcours de soins : il s'agit d'accompagner les personnes à ce qui est important pour elles.

III – Les approches en pratique

De manière plus concrète, les organisations et les professionnels ont à leur disposition de nombreuses initiatives et outils pour appliquer les valeurs et les principes des approches centrées sur les droits et le rétablissement au quotidien. Nous vous en proposons ci-dessous une liste non exhaustive.

A. Pour les structures

En accord avec les principes de respect de la capacité juridique des personnes de la CIDPH, l'OMS prône l'abolition des pratiques coercitives. Son programme « Quality Rights » constitue une action concrète en ce sens. Porté par le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) de Lille et sur la base du volontariat des structures, c'est une démarche fondatrice et essentielle dans l'adoption d'une approche centrée sur les droits au sein d'une organisation. Il s'agit d'une forme d'audit, qui propose une évaluation détaillée et exhaustive du respect des droits des usagers au sein de la structure (https://www.epsm-lille-metropole.fr/qr). Toujours dans cette optique de respect de la capacité juridique des personnes, les actions de démocratie en santé mentale sont globalement pertinentes : il s'agit de viser la participation des usagers et de leurs proches à toutes les étapes du soin, de l'élaboration de l'offre de soin et du fonctionnement des services à leur évaluation. Cette valorisation du savoir expérientiel peut également se traduire par l'embauche de personnes concernées au sein de l'organisation : cela peut être pour participer directement au soin, dans la pair-aidance professionnalisée, par exemple. Le CCOMS porte justement un programme de formation à la pair-aidance professionnalisée (https://www.epsm-lille-metropole.fr/msp).

B. Pour les professionnels

1. Repenser la posture

Selon Davidson et collaborateurs (2009), spécialistes internationaux de l'approche centrée sur le rétablissement, un élément essentiel réside d'abord dans la transformation du mode d'action en psychiatrie : ces auteurs nous encouragent à penser différemment nos postures professionnelles. Pour cela, ils décrivent tout d'abord un modèle de pratique « classique » auquel ils ont souvent été confrontés.

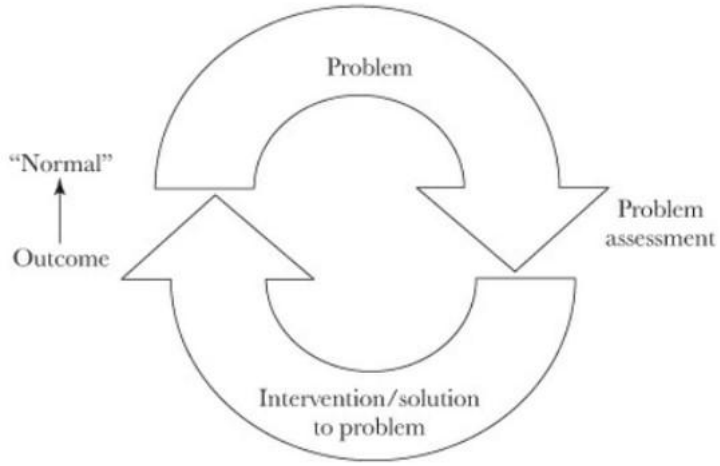


Figure 1. Un modèle de pratique « classique » (tiré de Davidson et al., 2009)

Le postulat qui est fait dans ce modèle est que les personnes que l'on accompagne en psychiatrie seraient nées avec plus ou moins de vulnérabilités et qu'elles auraient développé un trouble psychique les ayant privées de leurs facultés : elles présentent donc des déficiences et des difficultés. Le professionnel de santé mentale assure alors une position d'expert dans la relation avec l'usager : il se fait expertise d'évaluer, définir, diagnostiquer le trouble et les déficits/problèmes qui lui sont associés. Cette évaluation lui permet ensuite de sélectionner dans son catalogue de réponses thérapeutiques celle qui lui paraît la plus adaptée pour résoudre le problème que présente la personne, avec l'objectif que ce problème revienne à la « normale ». Selon les auteurs, ce modèle de soin met ainsi au centre de la relation d'aide les déficits et problèmes des personnes et donc les solutions techniques qui leur seront proposées par les professionnels. Ainsi, il réduit la personne à son rôle de malade et centre ses activités sur le fait de recevoir passivement des traitements ou de participer à des ateliers ou programmes de réhabilitation qui visent à pallier ses difficultés. Ce modèle fait reposer la responsabilité de ce retour à la « normale » sur des intervenants extérieurs à la personne, tout bien intentionnés qu'ils soient. Il prive donc la personne de cette responsabilité pour son bien-être si importante pour le rétablissement. Il expose les personnes aux effets néfastes de la stigmatisation et de la passivité.

Les auteurs proposent donc un modèle alternatif de mode d'action psychiatrique, qui met au centre de la relation d'aide les projets et les aspirations des personnes.

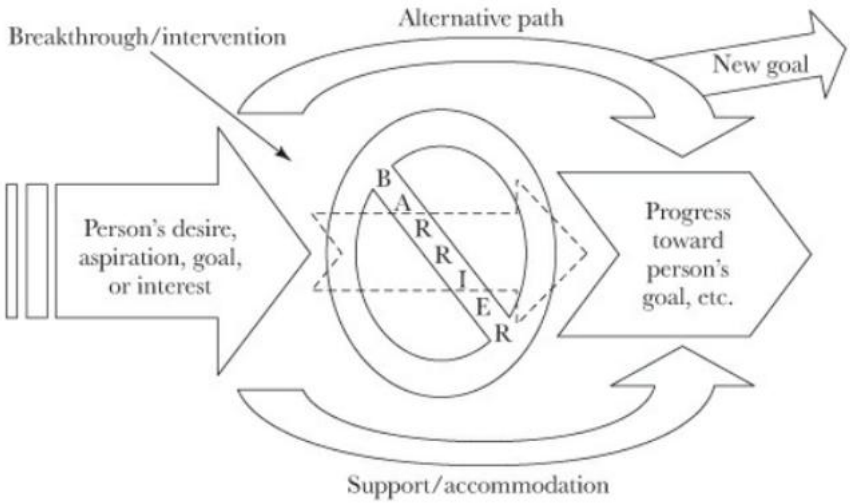


Figure 2. Un modèle de pratique alternatif, « orienté rétablissement » (tiré de Davidson et al., 2009)

Le postulat humaniste qui est cette fois fait est que la personne serait par essence active dans la poursuite de ses projets et aspirations, indépendamment de l'action d'intervenants extérieurs. Elle demanderait ou accepterait de l'aide dans le cas où elle percevrait des obstacles à la réalisation de ses objectifs. Le rôle du professionnel de santé mentale devient alors de proposer des interventions utiles à l'atteinte des projets et aspirations de la personne : cela peut passer par le fait de l'aider à identifier ces obstacles, mais aussi directement de l'accompagner à les dépasser. Dans le cas de troubles psychiques chroniques et sévères, ce n'est évidemment pas toujours facile de dépasser ces barrières. Les auteurs insistent donc sur l'importance égale pour les professionnels d'accompagner la personne à explorer ses besoins d'accompagnement et/ou d'aménagements plus spécifiques pour parvenir à réaliser ses objectifs. Les professionnels doivent également pouvoir accompagner les personnes dans l'exploration de chemins alternatifs à la réalisation de leurs projets et aspirations. Il est important de noter que ce modèle considère qu'il n'y a pas de bons ou de mauvais projets, la nature des objectifs importe peu. Ce qui compte, c'est l'engagement actif de la personne dans une activité qui a du sens pour elle.

En promouvant la prise de risques positive, en essayant des choses, les personnes auront ainsi l'opportunité de réaliser des apprentissages précieux, qui les conforteront dans un sentiment d'autonomie, d'autoefficacité et de contrôle sur leur propre vie. Autrement dit, la prise de risques positive est essentielle pour le plein exercice de la citoyenneté, là où les aspirations sécuritaires et paternalistes des prises en charge traditionnelles lui font obstacle. Par ailleurs, ces apprentissages fournissent aussi des opportunités pour la personne d'affiner ou redéfinir ses projets et aspirations et, donc, lui permettent d'évoluer dans son parcours de rétablissement. Ce modèle alternatif de l'action psychiatrique – tout comme, plus généralement, l'approche centrée sur le rétablissement – met l'accent sur l'importance de construire des rela tions de partenariat avec les usagers : les personnes doivent être considérées comme des partenaires du soin, à toutes les étapes du soin (pas uniquement quand elles sont considérées comme étant en possession de leurs moyens), et non pas comme des objets inertes voués à être rétablis de l'extérieur. Cette relation de partenariat permet de nourrir l'espoir d'un rétablissement, y compris par la valorisation et le soutien par les professionnels des capacités et forces des personnes.

2. Quelques outils

La prise de décision est un élément essentiel pour le pouvoir d'agir des usagers et concerne directement la pratique des professionnels. La CIDPH défend la possibilité des personnes à prendre des décisions libres et éclairées dans leurs parcours de soins. En cela, elle recommande l'adoption d'un modèle de prise de décision « assistée », défini comme un régime de prise de décision comprenant diverses possibilités d'accompagnement qui donne la priorité à la volonté et aux préférences des personnes (Défenseur des Droits, 2016). Dans la littérature scientifique, un concept similaire est la prise de décision dite « partagée » : « *un processus dans lequel les cliniciens et les patients collaborent pour sélectionner des tests, des traitements, des protocoles de gestion ou de soutien, en se basant sur des données cliniques et les préférences éclairées du patient. Cela implique de fournir des informations basées sur les preuves*

concernant les différentes options, les résultats et les incertitudes, accompagnées de conseils de soutien à la prise de décision, ainsi que d'un système d'enregistrement et d'application des préférences éclairées des patients » (Coulter & Collins, 2011 dans Slade et al., 2017).

Il existe justement des outils d'enregistrement et d'application des préférences éclairées des usagers : les directives anticipées. Ce sont des documents légaux qui détaillent les préférences des personnes concernant leurs soins et traitements futurs, en cas d'incapacité à prendre des décisions (Srebnik & Fond, 1999). Cela permet aux personnes de mettre au clair à l'avance avec les professionnels leurs souhaits concernant le traitement, les modalités de soins et d'hospitalisation, les méthodes pour sortir des situations de crise ou encore des choix plus pratiques (que faire d'un animal de compagnie en cas d'hospitalisation, par exemple ?). Cet outil permet également aux personnes de désigner un tiers de confiance qui fera respecter leurs choix et préférences en cas d'incapacité décisionnelle. Le PSYCOM a ainsi développé « Mon GPS », un outil disponible et gratuit qui structure ces questions (https://www.psycom.org/agir/la-defense-des-droits/kit-mon-gps/). Le plan de crise conjoint est également un outil de décision partagée, qui permet « de prévenir et de mieux gérer une éventuelle future crise en considérant les préférences des usagers en matière de soins et de traitements » (https://plandecriseconjoint.ch).

Pour que les personnes puissent faire des choix libres, elles ont besoin que les professionnels leur fournissent les informations nécessaires pour éclairer leur décision. Cela peut être des informations scientifiques sur ce que sont les troubles psychiques ou sur les avantages et les inconvénients de telle ou telle option thérapeutique, par exemple. Les informations que fournissent les professionnels doivent donc remplir plusieurs critères : elles doivent être données au bon moment, être exhaustives, mais rester claires et compréhensibles, accessibles aux personnes. Sur cette question de l'accessibilité, la méthode « FALC » (facile à lire et à comprendre) permet de coconstruire avec les personnes des informations plus simples,

plus claires, notamment en sortant du jargon professionnel habituel (https://www.inclusion-europe.eu/wp-content/uploads/2017/06/FR_Information_for_all.pdf).

Il existe aussi des outils destinés à faciliter la définition et l'expression des besoins par les usagers. Citons notamment la méthode G-MAP (Koleck et al., 2014), basée sur la Classification Internationale du Fonctionnement de l'OMS, qui permet une auto-évaluation exhaustive des restrictions de participation que les personnes rencontrent dans leur quotidien et de la gêne qui y est associée. Citons également « ELADEB », une échelle subjective des difficultés et du besoin d'aide, qui permet de dresser un profil de difficultés psychosociales et de mettre en évidence des domaines dans lesquels la personne estime avoir besoin d'une aide supplémentaire (https://ateliers-rehab.ch/produit/outil-eladeb/).

Pour finir, de nombreux outils et interventions peuvent soutenir plus directement le rétablissement personnel. Tout d'abord, il y a des outils autoadministrés qui permettent d'évaluer le rétablissement personnel (pour revue, voir Felix et al., 2024). Peu ont été traduits et/ou validés en Français : le QPR (Questionnaire sur le Processus de Rétablissement, Munuera et al., 2024), la RAS (Recovery Assessment Scale, Girard et al., 2015). Ces outils ont un réel intérêt comme supports d'entretien pour identifier avec les personnes des dimensions importantes pour leur rétablissement. L'outil « reprendre sa vie en main » (ReViM) est un guide à destination des personnes pour les accompagner à planifier leur rétablissement (https://ateliers-rehab.ch/produit/reprendre-sa-vie-en-main-revim/). Il comprend une partie dans laquelle la personne indique ses rêves et ses objectifs, et la façon dont elle compte s'y prendre pour y parvenir. Elle est invitée à réfléchir aux informations dont elle aura besoin et où elle pourra les trouver ainsi qu'à identifier les ressources qu'elle pourrait être amenée à mobiliser. C'est donc un support idéal pour mettre au centre de la relation d'aide les projets et aspirations des personnes tels que décrits ci-avant. Enfin, des interventions standardisées ont été développées pour favoriser le rétablissement personnel des usagers : on peut notamment

citer l'IMR (Illness Management and Recovery), qui cible l'autogestion de la maladie en plaçant l'emphase sur la poursuite d'objectifs personnels et signifiants (pour revue de l'efficacité, voir Goh et al., 2023) ; et le WRAP (Wellness and Recovery Action Planning) qui a le même objectif mais y intègre plus particulièrement le soutien par les pairs (pour revue de l'efficacité, voir Canacott et al., 2019).

IV - Conclusions et perspectives

Les approches centrées sur les droits et le rétablissement sont récentes dans l'histoire de la psychiatrie. La littérature scientifique sur le rétablissement personnel a une trentaine d'années tout au plus. Pourtant, malgré la multiplication des données, des outils et des politiques de santé publique, il s'avère plus difficile que prévu d'implémenter avec succès ces approches dans les pratiques et l'offre de soin des services de santé mentale (Slade et al., 2014 ; Mahdanian et al., 2023). Les travaux que nous menons en équipe à l'université de Bordeaux dans le cadre du projet doctoral « RECOR » visent notamment à comprendre quelles sont ces difficultés. Une des principales raisons identifiées reste le manque de formation des professionnels à ces approches. Pourtant, la responsabilité du succès de ces transformations ne doit pas reposer sur leurs épaules. Les données scientifiques montrent d'ailleurs que leur seule formation ne suffit pas à implémenter des pratiques effectives sur le long terme (Eiroa-Orosa & Garcìa-Mieres, 2019). Elles pointent plutôt la nécessité de développer une véritable culture organisationnelle autour des valeurs et des principes de ces approches (Piat et al., 2021). Ces valeurs et principes doivent être partagés et promus à tous les niveaux de l'organisation et intégrés dans le fonctionnement institutionnel pour permettre aux professionnels de les mobiliser dans leurs pratiques au quotidien. Même s'il n'y a pas à notre connaissance de données scientifiques solides sur ce point précis, il semble aussi y avoir besoin d'un degré important de flexibilité managériale de la part des décideurs organisationnels. Le recueil de l'expérience des soins faite

par les usagers et leurs proches apparaît également essentiel, car il offre un espace de réflexivité sur les pratiques individuelles et collectives au sein de l'organisation.

Pour conclure, la transition vers les approches centrées sur les droits et le rétablissement n'est pas seulement souhaitable : elle est indispensable. Elle répond aux besoins et à l'appel des personnes concernées, qui réclament à juste titre un pouvoir d'agir sur leur propre bien-être mental. En œuvrant collectivement, nous créons cet environnement propice à l'autonomie, à la dignité et au rétablissement des personnes.

Bibliographie :

Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery : Beyond Mental Illness* (1re éd.). Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119975182

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system : Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*(2), 159-168. https://doi.org/10.1037/h0095104

Canacott, L., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *42*(4), 372-381. https://doi.org/10.1037/prj0000368

Chamberlin, J. (1978). *On Our Own : Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*. Hawthorn Books.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (Éd.). (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Dalloz.

Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality : No decision about me, without me*. King's Fund.

Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M., & Staeheli, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice : Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.

Défenseur des Droits. (2016). *Protection juridique des majeurs vulnérables*. Défenseur des Droits. https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-protection-juridique-des-majeurs-vulnerables-357

Eiroa-Orosa, F. J., & García-Mieres, H. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Recovery Educational Interventions for Mental Health Professionals. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *46*(6), 724-752. https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9

Felix, S., Valery, K.-M., Caiada, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness : A systematic review of measurement properties. *Clinical Psychology Review*, *112*, 102459. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459

Girard, V., Tinland, A., Mohamed, E. had, Boyer, L., & Auquier, P. (2015). Psychometric properties of the recovery measurement in homeless people with severe mental illness. *Schizophrenia Research*, *169*(1-3), 292-297. APA PsycInfo. https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.007

Goh, Y. S. S., Ow Yong, J. Q. Y., & Li, A. Z. (2023). Effectiveness of Illness Management and Recovery program on people with severe mental illnesses : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2023.1162288

Koleck, M., Prouteau, A., Belio, C., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E., Destaillats, J.-M., Barral, C., & Mazaux, J.-M. (2014). Un nouvel outil pour mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique ou cognitif : La G-MAP. *L'information psychiatrique*, *90*(3), 197-205. https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1176

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Mahdanian, A. A., Laporta, M., Drew Bold, N., Funk, M., & Puras, D. (2023). Human rights in mental healthcare; A review of current global situation. *International Review of Psychiatry*, *35*(2), 150-162. https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2027348

Munuera, C., Felix, S., Prouteau, A., Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery in severe mental illness : French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). *Psychiatric Rehabilitation Journal*. https://doi.org/10.1037/prj0000601

Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., & Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services : A systematic mixed studies review. *Systematic Reviews*, *10*(1), 134. https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0

Porsdam Mann, S., Bradley, V. J., & Sahakian, B. J. (2016). Human Rights-Based Approaches to Mental Health. *Health and Human Rights*, *18*(1), 263-276.

Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, *16*(2), 146-153. https://doi.org/10.1002/wps.20412

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery : Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, *13*(1), 12-20. https://doi.org/10.1002/wps.20084

Srebnik, D. S., & Fond, J. Q. L. (1999). Advance Directives for Mental Health Treatment. *Psychiatric Services*, *50*(7), 919-925. https://doi.org/10.1176/ps.50.7.919

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches. In *Guidance and technical packages on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648

Annexe 2. Comité de Pilotage de l'enquête RECOR-PRO

Université de Bordeaux

- Simon FELIX – Investiguateur principal
- Pr. Antoinette PROUTEAU – Responsable scientifique
- Dr. Meryl CAÏADA – Chercheuse post-doctorale
- Dr. Antonin CARRIER – MCU Psychologie Sociale
- Dr. Guillaume DEPREZ – MCU Psychologie du Travail et des Organisations
- Sarah GUIONNET – Ingénieure d'étude
- Hélène REYREAUD – Médiatrice de santé pair
- Adrien SEGUELA – Doctorant en Psychologie
- Emma TISON – Doctorante en Psychologie
- Dr. Kevin-Marc VALERY – Docteur en psychologie

Centre Hospitalier de Jonzac

- Camille ARAGNOU - Neurospychologue
- Julien BONILLA-GUERRERO - Ergothérapeute
- Jean-Marc DESTAILLATS – Psychiatre, chef du pôle de psychiatrie adulte
- Mathilde DULAURENS – Cadre de santé
- Benoît HILLAIRET – Médiateur de santé pair
- Romain LAGARDE – Médiateur de santé pair

Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) – EPSM Lille

- Dr. Déborah SEBBANE – Psychiatre, Directrice CCOMS
- Bérénice STAEDE – Directrice du programme national médiateur de santé pair

Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CR-IUSSM), Canada

- Pr Marc CORBIERE – directeur scientifique du CR-IUSSM, professeur titulaire de l'Université du Québec à Montréal

Institute of Mental Health, Nottingham, U.K.

- Pr Yasuhiro KOTERA – professeur associé de l'Université de Nottingham

Annexe 3. Publication : Characterizing personal recovery in severe mental illness: French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr)

L'article ci-dessous correspond à la version prépublication.

Référence : Munuera, C., Felix, S., Prouteau, A., Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery in severe mental illness: French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). Psychiatric Rehabilitation Journal. https://doi.org/10.1037/prj0000601

Résumé :

Objective: The support of the personal recovery of people with lived experience of mental illness is a major issue in clinical practice. Thus, a valid instrument to assess personal recovery is needed. The present study aimed to validate the French translation of the 22-item Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr).

Methods: A convenience sample of 222 participants reporting a severe mental illness diagnosis was recruited online. Psychometric properties of the QPR-Fr were evaluated. A confirmatory factor analysis was conducted for structural validity. Internal consistency and test-retest reliability were assessed. To test for convergent validity, we conducted multiple linear regression analysis to explore the QPR-Fr associations with psychological distress and the CHIME framework proxy measures (perceived social support, hope, self-esteem, quality of life, and empowerment).

Results: An adequate fit was found for a 19-item unidimensional factor structure. Internal consistency was excellent. Test-reliability was good. The QPR-Fr total score was significantly positively associated with quality of life, hope, self-esteem, and social support satisfaction, and negatively associated with psychological distress. No significant association was found with social support availability, nor with empowerment.

Conclusions and Implications for Practice: This study provides additional data to support the cross-cultural validity of the QPR. The QPR-Fr is a valid and reliable tool to assess personal recovery. Practitioners could use the QPR-Fr to assess personal recovery in collaboration with

people with lived experience. Convergent validity with CHIME proxy measures supports the validity of the CHIME framework in a French cultural context.

Mots-clés : Questionnaire about the Process of Recovery (QPR); personal recovery; psychometric validation; CHIME; severe mental illness

1. Introduction

Supporting the personal recovery of people with lived experience of mental illness is a major issue in current clinical practice. It is promoted by mental health policies worldwide (World Health Organization, 2019). Personal recovery can be defined as "a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness." (Anthony, 1993, p.15). The recovery approach has its origins in and is supported by advocates of psychiatry consumer movements (Mental Health Consumers/Survivors Movement/Ex-Patients). The recovery approach is transforming psychiatric practices from a focus on indicators such as symptomatology or functional impairment to a focus on the perspectives of people with lived experience. Personal recovery has been conceptualized by scientific literature based on the experiences of people reporting having a history of mental illness. The CHIME framework (Leamy et al., 2011) is one of the most endorsed personal recovery models. According to this model, personal recovery is operationalized across five core psychological processes: Connectedness (C), Hope and optimism about the future (H), Identity (I), Meaning in life (M), and Empowerment (E). The relative importance of these CHIME processes for the recovery journey is specific to each subjective perspective of people with lived experience. Psychiatric services are encouraged to be recovery-oriented by considering users' perspectives and then promoting the process of personal recovery accordingly. The necessity of this transformation towards recovery-oriented services is now supported by scientific literature. Studies have shown that personal recovery is related to several individual and social factors such as well-being, quality of life, and social support (Chirio-Espitalier et al., 2022; Corrigan & Phelan, 2004; Leendertse et al., 2021). Narratives of people with lived experience have also highlighted the need for considering personal recovery and the benefit of a such transformation in clinical practice (Tse et al., 2019). Personal recovery has then become crucial in mental health to promote and implement in psychiatric services.

Recovery support is now a priority of mental health services around the world (World Health Organization, 2019), especially in Anglophone countries. Mental health policies in these countries have evolved to be more recovery-oriented. This change has led to the increasing development of guidelines for the implementation of a recovery approach in clinical practice (Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013; Mental Health Commission of Canada, 2015; National Institute for Mental Health in England, 2005). In France, despite the importance of considering personal recovery, the recovery approach is still not a gold standard in

psychiatric services or in clinical practice in general. Mental health French policy encourages the recovery approach (Laforcade, 2016). However, psychiatric services still need concrete recommendations to achieve their recovery orientation, and clinicians lack a gold standard for assessing personal recovery. Indeed, we currently need relevant and valid assessment indicators that are consistent with the prevailing validated models of personal recovery (Anthony, 2000; Slade, 2010). Personal recovery can be assessed with several instruments (for reviews see Shanks et al., 2013; Sklar et al., 2013). A widely deployed recovery "patient-rated measure" is the Recovery Assessment Scale (RAS; Corrigan et al., 1999). It is the only measure to have been validated in a French-speaking sample (Girard et al., 2015). However, the RAS has limits regarding its validity (Felix et al., 2023; Shanks et al., 2013). Other questionnaires could be preferred to assess personal recovery as defined by the CHIME framework (Leamy et al., 2011). Among those, the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR; Neil et al., 2009) is a potential alternative to the RAS, even though its items were not generated upon this framework. The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) is a self-administered instrument assessing personal recovery. The QPR was first developed in cooperation with service users who generated 22 items based on the Pitt et al. (2007) theoretical framework of personal recovery. The QPR (Neil et al., 2009) is a 5-point Likert-type scale with each item ranging from 0 (disagree strongly) to 4 (agree strongly). The structural validity analysis led by the authors showed that the QPR-22 items reflect two dimensions of recovery. The first dimension is intrapersonal (17 items) and refers to the intrinsic features of personal recovery. The second dimension is interpersonal (5 items) and more related to the involvement of external factors in personal recovery and its relationships with the environment. The total score ranges from 0 to 88. Higher scores indicate higher personal recovery. Furthermore, in favor of the intrapersonal dimension, a shortened 15-item version of the QPR was developed (Law et al., 2014). The QPR is currently widely used in the world, both the original English 15-item and 22-item versions have been validated in several countries. Overall, the factorial structure was inconsistent across studies: while the dominant structure is unidimensional (Elhilali et al., 2023; Kraiss et al., 2019; Law et al., 2014; Lim et al., 2019; Williams et al., 2015), the original bidimensional structure is supported (Argentzell et al., 2017; Kanehara et al., 2017), and other authors reported a three-dimensional structure (Chien & Chan, 2013). Independently of the QPR item version, internal consistency of the global scale was excellent (α=.89 to .93), but the interpersonal subscale showed lower consistency (α=.49 to .77), and 2-week test-retest reliability of the QPR total score was good (r=.70 to .71; ICC=.74 to .89). The QPR also demonstrated a good convergent validity with empowerment (Lim et al., 2019; Neil et al., 2009), well-being (Kraiss et al., 2019;

Neil et al., 2009), quality of life (Argentzell et al., 2017; Chien & Chan, 2013; Kanehara et al., 2017; Lim et al., 2019; Neil et al., 2009) or even with the RAS score (Kanehara et al., 2017; Williams et al., 2015). Sensitivity to change was moderate using a measure of well-being as a comparator (Williams et al., 2015) and showed encouraging results to reveal the effects of an intervention (Argentzell et al., 2017). The QPR also showed good incremental validity, explaining a significant amount of the variability in psychopathology above and beyond well-being (Kraiss et al., 2019). Lastly, studies examining discriminant validity showed that the QPR scores can distinguish a high-symptom severity group from a low-severity one (Chien & Chan, 2013). All these findings highlight that the QPR is a valid and highly relevant instrument to assess personal recovery.

The QPR is highly relevant to promoting the transformation towards a recovery-oriented mental health care. However, there is still no French psychometric validation ensuring the validity of the personal recovery indicator assessed by the QPR. Identifying a valid personal recovery indicator through the QPR will allow French practitioners to routinely assess personal recovery collaboratively with people with lived experience of mental health conditions. Then, it would allow to support them throughout their personal recovery journey (Deegan, 1996). To provide practitioners with valid tools is also highly recommended within measurement-based care (American Psychological Association; Boswell et al., 2023). The challenge is then the validation of the French translation of the QPR (Munuera et al., 2021). The validation should be based on the Princeps 22-item version to test whether the factorial structure is unidimensional or bidimensional in a French cultural context. Another challenge is to confirm the consistency of the QPR with the CHIME framework to meet the main limitation of the QPR validation work. To our best knowledge, after the Shanks' team review (2013), only Lim et al. (2019) tested the correlations between the QPR score and proxy measures for the five dimensions of the CHIME. Finding correlations between personal recovery and CHIME-related concepts would also support the relevance of this model in France.

The current study aims to validate the French translation of the Princeps 22-item version of the Questionnaire about the Process of Recovery among people reporting having a severe mental illness.

2. Method

2.1. Participants

A convenience sample was recruited on social media by targeting persons with severe mental illness (SMI) or caregivers' communities. To be included in this study, participants had

to report a diagnosis of SMI as defined by the World Health Organization (WHO): schizophrenia spectrum disorders, bipolar disorders or major depressive disorder. They also had to be aged between 18 and 65 years old and have French as a native language.

2.2. Procedure

A back-translation procedure (Gana et al., 2021; Vallerand, 1989) of the 22-item French version of the QPR (QPR-Fr) was performed by two English native speakers to ensure linguistic validity. Comprehensibility of the French translation was verified with eight volunteer members at the Clubhouse® Bordeaux (France). Clubhouse® is a non-profit peer organization that supports people with mental health problems.

An online design was chosen for the validation study, using self-report questionnaires described below. Because of the design of the study, several steps were taken to ensure that participants in this study were part of the target population. First, inclusion criteria were clearly mentioned to participants at different stages of the study: during recruitment, before giving informed consent and when asking about sociodemographic and clinical data. If participants' responses were not conformed with inclusion criteria, they were informed and thanked, and the survey was stopped. Furthermore, some clinical data such as the time since reported diagnosis, if participants were still receiving help from mental health professionals or the psychological distress scale would also help ensure that participants are part of a clinical group. After sociodemographic and clinical data, the participants were invited to complete the QPR-Fr and the proxy measures for the CHIME framework. These proxy measures were randomized to avoid the systematic attrition effect. Participants were given the option to drop out of the online survey at any time. To assess test re-test reliability, participants were requested 14 days later to complete the QPR-Fr again.

The study design was approved by the French national ethics committee (Comité de Protection des Personnes Sud-Est I, n°2022-A00529-34) on May 1, 2022, under French laws for non-interventional studies. Participants' data were collected between June 2022 and October 2022.

2.3. Measurement

2.3.1. Personal recovery

Questionnaire about the Process of Recovery – French version (QPR-Fr; Neil et al., 2009) - Personal recovery was assessed using the French translation of the 22-item version of the QPR (QPR-Fr; Munuera et al., 2021).

2.3.2. Psychological distress

Brief Symptom Inventory (BSI-18; Derogatis, 1993) – Psychological distress was assessed with the BSI-18, an 18-item self-report questionnaire specifically designed for use as a psychiatric illness screening tool. It assesses three symptom dimensions: somatization, depression, and anxiety. Participants were asked about how much they had been affected by said symptoms over the past 7 days. Items are graded from 0 (Not at all) to 4 (Extremely). The total score (Global Severity Index) ranges from 0 to 72, with a higher score indicating greater psychological distress. The BSI-18 scores were standardized in French-speaking general population and clinical samples. The measure showed appropriate structural and construct validity, as well as appropriate internal consistency and test-retest reliability (Derogatis & Deshayes, 2016).

2.3.3. CHIME proxy measures

Connectedness – As a proxy measure for the "Connectedness" dimension, we used the "Perceived Social Support Questionnaire" (Koleck, 2000), an 8 items self-report measure, adapted from Sarason's "Social Support Questionnaire" (Sarason et al., 1983). It assesses perceived social support in two dimensions: availability and satisfaction. The total Availability score refers to the total reported number of people the participant can rely on in the described situation. Satisfaction with the social support received is rated on a scale from 1 (Very unsatisfied) to 6 (Very satisfied). The total Satisfaction score ranges from 4 to 24. Higher scores indicate higher perceived social support. The QSSP was validated in a French population (Koleck, 2000).

Hope – As a proxy measure for the "Hope and optimism about the future" dimension, we assessed hope using the Adult Dispositional Hope Scale (ADHS; Snyder et al., 1991), a 12-item self-report questionnaire. The ADHS was validated in the French-speaking population (Gana et al., 2013). Its factorial structure encompasses two dimensions, Agency and Pathway. The Agency dimension refers to the motivational component of hope, that allows people to follow cognitive routes to goal attainment, referred to as Pathway thoughts. The scale consists of eight core items and four filler items, rated on an 8-point Likert-type scale that ranges from

1 (Definitely false) to 8 (Definitely true). The ADHS total score ranges from 8 to 64, with a higher score indicating a higher hope level.

Identity – As a proxy measure for the "Identity" dimension, we used the Self Esteem Rating Scale – Short Form (SERS-SF; Lecomte et al., 2006) to assess self-esteem. The SERS-SF is a shorter 20-item version derived from the original 40-item SERS (Nugent & Thomas, 1993). It was validated in a French-speaking sample with SMI. It assesses two dimensions of self-esteem: Positive and Negative self-esteem. Items are graded from 1 (Never) to 7 (Always), with reversed items for the Negative dimension. Thus, the total score ranges from -60 to 60. Higher scores indicate higher self-esteem levels.

Meaning in Life – As a proxy measure for the "Meaning in life" CHIME dimension, we used the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQoL-18; Boyer et al., 2010) to assess perceived quality of life. It is an 18-item self-report questionnaire, shortened from the original French SQoL-41 scale (Auquier et al., 2003). The SQoL-18 was validated in French samples among people with schizophrenia, but also people with bipolar and depressive disorders (Boyer et al., 2022). It assesses eight dimensions of quality of life: psychological well-being, self-esteem, family relationships, relationships with friends, resilience, physical well-being, autonomy, and sentimental life. Items are rated on a 5-point Likert-type scale, ranging from 1 (Way less than desired) to 5 (More than desired). The eight subscales' scores and the total score are standardized on a scale from 0 to 100, 100 indicating the highest quality of life level.

Empowerment – To the best of our knowledge, at the time the protocol was designed, there was not any available empowerment outcome measure specifically developed for the French mental health setting. As a proxy measure for "Empowerment", we decided to compute a composite score that compilated the Agency subscale score of the ADHS (4 items), and the Autonomy subscale score of the SQoL-18 (2 items). We chose those two subscales to reflect the two CHIME Empowerment sub-dimensions described in Leamy et al. (2011) as "Personal Responsibility" and "Control over life". To compute the composite score, we followed the same method that Boyer et al. (2010) employed for the SQoL-18 subscale scores computation. The Composite Empowerment score was calculated as the mean of the two subscales scores (Agency and Autonomy) rated on a 0 to 100 scale.

2.4. Analyses

All subsequent analyses were performed with R software (version 4.2.1; R Core Team, 2020).

To test for structural validity, a Confirmatory Factor Analysis (CFA) was conducted by using the Lavaan package. Kaiser-Meyer-Olkin's (KMO) test for sample adequacy was computed prior to CFA to ensure the factorizability of the data. The KMO reflects whether items belong together psychometrically (Dziuban & Shirkey, 1974). An adequate KMO should be equal to or above .80 (Shrestha, 2021). Bartlett's sphericity test was conducted for the same factorizability purpose. Two factorial solutions were fitted to the data: a first solution in which the items were divided between two factors (Intrapersonal and Interpersonal, as originally identified by Neil et al. (2009) and a second solution in which the items were fitted on only one underlying dimension. Mardia's test was used to check for data multivariate normality prior to the determination of the CFA estimation method. The goodness of model fit was evaluated with several indices, including X^2 statistic and its associated p-value: smaller X^2 indicates a better fit and a well-fitted solution should yield a non-significant p-value. Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR) and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) statistics were computed, with values close to .08 or below indicating adequate fit (Browne & Cudeck, 1993; Hu & Bentler, 1999). Finally, Comparative Fit Index (CFI) and Tucker–Lewis Index (TLI) were calculated. Both indices reflect a statistical comparison between the user-specified model and a more restricted model where covariances are usually fixed to 0 (Brown, 2015). The TLI incorporates an additional penalty for parsimony. CFI and TLI values close to .95 or above were considered to indicate good model fit (Hu & Bentler, 1999). Localized Areas of Strain were also checked, by computation of Modifications Indices and inspection of the Residuals Covariance Matrix.

To test internal consistency, McDonald's omega coefficients (ω) were calculated (McDonald, 1999) for unidimensional and bidimensional solutions. Coefficient omega is a better estimation of internal consistency than Cronbach's alpha coefficient (Deng & Chan, 2017; Dunn et al., 2014). An ω value of .70 or more is considered acceptable for internal consistency.

To examine the 2-week test-retest reliability, Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was calculated. An ICC value of .70 or more is considered acceptable for test-rest reliability (Koo & Li, 2016). We followed ((Koo & Li,2016) for the selection of the appropriate ICC calculation method: it was decided to compute the ICC (2,1) form (Shrout & Fleiss, 1979).

Construct validity was assessed by measuring the association of the QPR-Fr with CHIME proxy measures, and with psychological distress. According to Leendertse et al. (2021) meta-analysis results, we expected the QPR-Fr total score to be positively associated with CHIME proxy measures, and to be negatively associated with psychological distress as measured with the BSI-18. To test for convergent validity of the QPR-Fr, a correlation test was performed. In addition, a sequential multiple linear regression analysis (Bolin, 2022) was performed to better determine the relative weight of each variable (CHIME proxy measures and psychological distress), independently of the other, in the personal recovery. Outlier presence and multicollinearity were verified before model computation. The final model includes all CHIME proxy measures and the psychological distress score.

3. Results

3.1. Sample

The sample consisted of 222 participants: 73.42% identified as women (*n*=163), 23.87% as men (*n*=53) and 2.70% as "other" (*n*=6). The mean age was 42.5 years old (*SD* =11.6) with a range of 19 to 65 years old. Concerning self-reported diagnosis, 62.16% of participants reported a primary diagnosis of bipolar disorder (*n*=138), while 19.37% reported a diagnosis of schizophrenia spectrum disorder (*n*=43) and 18.5% reported having received a major depressive disorder diagnosis (*n*=41). Other sociodemographic and clinical characteristics are presented in Table 1.

Table 1

Description of participants on sociodemographic and clinical characteristics (N = 222)

Variable		*N*	*%*
Gender	Females	163	73.42
	Males	53	23.87
	Other	6	2.70
Age (years)	*M*(*SD*)	42.5(11.6)	
Occupational status	Unemployed	58	26.13
	Currently employed	122	54.95
	Looking for employment	18	8.11
	Retired	11	4.95
	Student	13	5.86
Reported diagnosis	Schizophrenia spectrum disorders	43	19.37
	Bipolar disorders	138	62.16
	Major depressive disorder	41	18.5
Time since reported diagnosis	*M*(*SD*)	8.9(8.2)	
Time elapsed between reported onset and reported diagnosis	*M*(*SD*)	9.8(11.8)	
Still feeling concerned by the diagnosis	Yes	193	86.94
	No	29	13.06
Still receiving help from mental health professionals	Yes	199	86.64
	No	23	10.36
Main reported comorbidities	Anxiety disorders	115	51.80
	Eating disorders	56	25.23
	Personality disorders	31	13.96
Psychological distress (BSI-18 scores)	Total *M*(*SD*)	21.9(15.1)	
	Somatization *M*(*SD*)	6.2(5.1)	
	Depression *M*(*SD*)	8.1(7.0)	
	Anxiety *M*(*SD*)	7.1(5.9)	
	Missing data	5	2.25

Note. M = mean; *SD* = standard deviation

The QPR-Fr total score ranged between 13 and 76, the mean was 53.1 (*SD*=14.3). ANOVA showed that the QPR-Fr total score did not significantly differ across gender (n=216, F=0.004, p=.984, η^2<0.001). Linear regression analysis showed that there was no significant effect of age on the QPR-Fr total score (F(1,220)=2.088, p=.150, R^2=0.009). The scores of participants on CHIME proxy measures are summarized in Table 2.

Table 2

Description of participants on Personal recovery and CHIME proxy measures (N = 222)

Variable	CHIME dimension	Measure	*M*(*SD*)	Range	Missing data *n*(%)
Personal recovery		QPR-Fr total score			
		Baseline assessment	53.1(14.3)	13 – 76	
		Time point 2 assessment	53.3(13.3)	14 – 76	102(45.95)
Perceived Social Support	*Connectedness*	Perceived Social Support Questionnaire			
		Availability subscale score	22.4(18.8)	1 – 140	35(15.77)
		Satisfaction subscale score	15.7(5.9)	0 – 24	25(11.26)
Hope	*Hope and optimism about the future*	ADHS total score	41.1(10.8)	10 – 63	33(14.86)
Self-esteem	*Identity*	SERS-SF total score	4.0(24.1)	-50 – 54	32(14.41)
Quality of life	*Meaning in life*	SQoL-18 total score	50.8(20.1)	4.69 – 94.79	36(16.22)
Empowerment	*Empowerment*	Composite score from Agency subscale of ADHS and Autonomy subscale of SQoL-18	59.7(19.8)	3.57 – 98.21	36(16.22)

Note. *M* = mean; *SD* = standard deviation; QPR-Fr = Questionnaire about the Process of Recovery; ADHD = Adult Dispositional Hope Scale; SERS-SF = Self Esteem Rating Scale – Short Form; SQoL-18 = Schizophrenia Quality of Life Scale

3.2. Structural validity

Descriptive statistics were conducted to select the appropriate estimation method for the CFA. Response frequencies for each item were examined: all answer conditions were used across the sample. Mardia's test showed that our sample data did not respect multivariate normality (skew = 4387.16, $p<.001$; kurtosis = 33.53, $p<.001$). As multivariate normality is an assumption of the Maximum Likelihood (ML) estimation method for CFA (Brown, 2015), it was decided to use the robust version of this estimator (Maximum Likelihood Robust, MLR). Bartlett's sphericity test was significant ($X^2=2660.286$, $df=231$, $p<.001$), which is in line with the factorizability of the data. KMO statistic was computed for each item: it was >.80 for every item except item n°16 "Meeting people who have had similar experiences makes me feel better" which had a KMO of .54. Thus, item n°16 was removed from the factorial analysis.

The two-factor "Intrapersonal / Interpersonal" solution was fit on the 21 remaining items of the QPR-Fr. This solution yielded a moderate fit to the data ($X^2=363.970$, $df=188$, $p<.001$; rCFI=.903; rTLI=.892; rRMSEA=.075; SRMR=.057; AIC=11480.709), with item loadings ranging from .459 to .826. The two factors shared a standardized covariance coefficient of .828, indicating the high similarity of those latent variables while remaining specific (multicollinearity is defined as a coefficient of .85 and above). Internal consistency was good for the Intrapersonal factor (McDonald's Ω=.945) but did not meet the requirements for the

Interpersonal factor (McDonald's Ω=.594). We found that dropping any of the four Interpersonal factor items did not improve internal consistency.

We then fitted a single-factor solution on the same 21 items, which also yielded a moderate fit to the data (X^2=372.588, *df*=189, p<.001; rCFI=.899; rTLI=.887; rRMSEA=.076; SRMR=.058; AIC=11490.954). This solution had an excellent internal consistency (McDonald's Ω=.943). However, item Factor Loadings (FL) were poor for items n°15 "I feel my experiences have made me more sensitive towards others" (FL=.39) and n°20 "I realize that the views of some mental health professionals are not the only way of looking at things" (FL=.37).

Those two items were removed to fit a third CFA model, a single-factor structure on 19 items of the QPR-Fr. This solution also yielded a moderate fit (X^2=308.838, *df*=152, p<.001; rCFI=.907; rTLI=.895; rRMSEA=.080; SRMR=.056; AIC=10295.270). It also had an excellent internal consistency (McDonald's Ω=.945), and factor loadings ranged from .467 to .828. Akaike Information Criteria (AIC) comparison showed that this last 19-item unidimensional model had a better fit than the first bidimensional solution, as well as a better fit than the 21-item unidimensional model. Thus, the 19-item model was retained to form the final version of the QPR-Fr (Table 3).

Localized Areas of Strain were investigated: Modification Indices (MI) were computed but did not significantly improve model fit. In addition, we had no theoretical basis for the model to estimate the covariance between item errors, as suggested by the MI calculation.

Table 3

Item loadings, corrected item-total correlations, reliability if item is dropped and internal consistency of the 19-item QPR-Fr

Item (original 22-item version number)	Factor loadings	Corrected item-total correlations	Reliability if item is dropped (α)
1. I feel better about myself	.772	.77	.94
2. I feel able to take chances in life	.783	.77	.94
3. I am able to develop positive relationships with other people.	.721	.71	.94
4. I feel part of society rather than isolated	.739	.73	.94
5. I am able to assert myself	.622	.63	.94
6. I feel that my life has a purpose	.765	.75	.94
7. My experiences have changed me for the better	.667	.67	.94
8. I have been able to come to terms with things that have happened to me in the past and move on with my life	.735	.74	.94
9. I am basically strongly motivated to get better	.630	.63	.94
10. I can recognize the positive things I have done	.706	.72	.94
11. I am able to understand myself better	.612	.64	.94
12. I can take charge of my life	.828	.82	.94
13. I am able to access independent support	.504	.53	.94
14. I can weigh up the pros and cons of psychiatric treatment	.467	.49	.94
17. My recovery has helped challenge other people views about getting better	.514	.53	.94
18. I am able to make sense of my distressing experiences	.687	.71	.94
19. I can actively engage with life.	.797	.78	.94
21. I can take control of aspects of my life	.703	.71	.94
22. I can find the time to do the things I enjoy.	.638	.62	.94
QPR-Fr total score: Cronbach's alpha	0.942		
QPR-Fr total score: McDonald's omega	0.945		

Note. Items dropped from the original scale were:
15. I feel my experiences have made me more sensitive towards others.
16. Meeting people who have had similar experiences makes me feel better.
20. I realize that the views of some mental health professionals is not the only way of looking at things.

3.3. Reliability

Test reliability of the final 19-item version of the QPR-Fr was good, with ICC=.89 (95% confidence interval: 0.846 < ICC < 0.922) over the 14-day time interval (n=120).

3.4. Hypotheses testing for convergent validity

Correlations and multiple regression analysis are presented respectively in Table 4 and Table 5. Overall, correlations analysis suggested a good convergent validity of the QPR-Fr with CHIME proxy measures. Furthermore, according to the multiple regression analysis, psychological distress and the CHIME proxy measures, except empowerment and social support availability, contributed significatively to the variance of the QPR-Fr score, with 77% of the total variance explained.

Table 4

Correlations with QPR-Fr total score

Variable	Spearman's ρ
(C) Availability of perceived social support	.51***
(C) Satisfaction of perceived social support	.45***
(H) Hope	.78***
(I) Self-Esteem	.75***
(M) Quality of life	.79***
(E) Empowerment	.71***
Psychological distress	-.73***

Note. C = Connectedness; H = Hope and optimism about the future; I = Identity; M = Meaning in life; E = Empowerment; *** p<.001

Table 5

Multiple linear regression analysis: predictors of the QPR-Fr total score

Variable	Regression				
	B	*SE B*	*t*	*F*	ΔR^2
Final model				87.8***	0.77
Constant	23.80	3.96	6.01***		
Quality of life	.169	0.05	3.43***		
Hope	.440	0.08	5.40***		
Availability of perceived social support	.036	0.03	1.20		
Satisfaction of perceived social support	.358	0.13	2.73**		
Self-esteem	.098	0.03	2.89**		
Empowerment	-.017	0.05	-0.37		
Psychological distress	-.156	0.05	-3.03**		

Note. ** p<.01; *** p<.001

4. Discussion

The present study aimed to validate the French translation of the 22-item version of the Questionnaire about the Process of Recovery (Neil et al., 2009) among people reporting an SMI diagnosis. The French version of the QPR (QPR-Fr) is composed of 19 items derived from the 22 original items. Overall, the QPR-Fr demonstrated good psychometric properties, supporting its use in research and clinical practice. The relevance and validity of the QPR-Fr are reinforced by its consistency with CHIME-related concepts.

The QPR-Fr was composed of 19 items related to a unique latent factor. It showed good reliability. According to a CFA based on a range of fit indices, the goodness of fit was better for a 19-item unidimensional solution, where items 15, 16 and 20 were removed. Items 16 and 20 were also identified by previous authors as being less adequate (Argentzell et al., 2017; Chien & Chan, 2013). In addition, the three removed items were originally derived from the seven items of the bi-dimensional solution Interpersonal factor (Neil et al., 2009). Furthermore, the internal consistency of the chosen 19-item unidimensional solution was excellent. Factors loadings were adequate, suggesting that items were associated with the same latent construct rather than different dimensions. These findings support the single-dimension factor structure of the QPR-Fr, congruently with previous validation studies of the QPR (Kraiss et al., 2019; Law et al., 2014; Williams et al., 2015). Thus, the results suggest the relevance of the total score interpretation as a global personal recovery indicator. Test-retest reliability was also good, in line with previous work (Lim et al., 2019; Neil et al., 2009; Williams et al., 2015). Furthermore, the total score did not differ by age and gender which is quite consistent with previous findings (Leendertse et al., 2021).

This study provides evidence of the construct validity of the QPR-Fr and its consistency with the CHIME framework (Leamy et al., 2011). Associations between personal recovery assessed with the QPR-Fr and proxy measures for each CHIME dimension were tested. We found significant positive correlations between the QPR-Fr total score (personal recovery) and social support availability and satisfaction (Connectedness dimension), hope (Hope dimension), self-esteem (Identity dimension), quality of life (Meaning in life dimension), and empowerment (Empowerment dimension). These findings are in line with Shanks et al. (2013) showing that the QPR items mapped to CHIME dimensions, and with previous studies showing that the QPR score was related to other CHIME proxy measures such as positive relations with others or internalized stigma (Leendertse et al., 2021; Lim et al., 2019). Furthermore, our results showed a significant negative association between psychological distress and personal recovery, in line

with the findings of previous high-proof level studies (Chirio-Espitalier et al., 2022; Leendertse et al., 2021). These results vouch for the construct validity of the QPR-Fr.

In addition, a complementary regression analysis showed that social support satisfaction (Connectedness dimension), hope (Hope dimension), self-esteem (Identity dimension), quality of life (Meaning in life dimension) contributed significatively to personal recovery. However, we did not find that availability dimension of social support (proxy of Connectedness dimension) significantly predicted personal recovery. A hypothesis for this results could be that what matters for the personal recovery of the participants is not the social network size at an objective level but their own perspective of its quality. This is in line with studies showing an association between subjective quality of life and subjective rather than objective (e.g., size of social support network) social support assessment (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001). This is also consistent with the personal recovery framework. Similarly, the Empowerment composite score was found to not significantly predict the QPR-Fr total score in the regression analysis. Yet, we found a moderate positive correlation between the two scores (Spearman's Rho = .71), indicating that the Empowerment measure is associated to personal recovery. A probable hypothesis to explain this contradiction is methodological. The Empowerment score was composed from the subscales of the hope (ADHS) and quality of life (SQoL-18) measures. Therefore, in the overall regression model, it is expected that the composite Empowerment score does not explain significantly more variance than the scales it was made from. Overall, psychological distress, social support, hope, self-esteem, empowerment and quality of life contributed to 77% of the variance of the QPR-Fr total score. These findings provide new evidence that reinforces the fit of the QPR with the CHIME framework (Leamy et al., 2011).

4.1. Limitations and future research

This validation study has several limitations. Firstly, sample limitations need to be considered. The QPR-Fr was validated in predominantly female sample, mainly reporting diagnoses of bipolar disorder. We did not collect thorough clinical data, such as pharmacological treatment or medication adherence. Indeed, we had no specific hypotheses that these variables could have an effect on the psychometric properties of the QPR-Fr. However, this may limit the transferability of our results in clinical practice, as the sample may not be representative enough of day-to-day users of mental health services. Additionally, a previous meta-analytic work (Leendertse et al., 2021) has identified a gap in the literature regarding the effect of sociodemographic variables on the personal recovery process. Although we showed that age and gender had no significant effect on the QPR-Fr total score, we suggest that future

studies using the QPR-Fr may be conducted to explore these sociodemographic effects. A complete assessment of sociodemographic and clinical variables would allow researchers to test their contribution to personal recovery thanks to a multiple regression model. Another limitation to consider is the self-report aspect of data collection. Indeed, we felt it was critical to anchor this study in the personal recovery paradigm, both for theoretical and methodological concerns. The recovery movement emphasizes people's subjectivity, and self-report is therefore coherent with this approach. However, there are some limitations to self-report such as recall bias (Schmier & Halpern, 2004) which might degrade the validity of collected data. Nonetheless, in this study, some elements reinforce the participants "veracity": for example, the psychological distress level measured with the Brief Symptom Inventory was similar in our study (M=21.9, SD=15.1) to previous data in psychiatric clinical group of the BSI-18 French norms (M=25.3, SD=14.3; Derogatis & Deshayes, 2016). In comparison, the same authors found for the general population a mean score of 8.1 (SD=6.8). We suggest that future studies could add researcher/clinician-rated measures to complete self-report assessment and thus add to the veracity of the data.

4.2. Clinical and research implications

What can the QPR-Fr currently be used for?

Beyond the interest of an operationalization for research purposes, the QPR-Fr provides an overall indicator of personal recovery for people with lived experience of mental illness. Clinicians can use the QPR-Fr to assess personal recovery in their practice. The single-factor structure and good internal consistency found in this study support the use of the total score rather than the original two dimensions scores. Additionally, the intra-class correlation coefficient suggests a good reliability over time of the QPR-Fr total score. Given its ability to adequately correlate with CHIME dimensions, the QPR-Fr appears as a good candidate to measure personal recovery as defined by the CHIME framework (Leamy et al., 2011). It invites clinicians to assess and deepen the underlying processes of personal recovery (i.e., CHIME dimensions) which are meaningful to people with lived experience. Furthermore, personal recovery assessment with the QPR-Fr should be done routinely and collaboratively with people with lived experience, in the respect of measurement-based care principles (American Psychological Association; Boswell et al., 2023). Overall, the QPR-Fr encourages clinicians to deepen the typical assessment in clinical practice that focuses mostly on symptomatology or

functioning. It can be a guide to propose care both tailored on people's needs and focused on personal recovery.

What cannot the QPR-Fr currently be used for and what improvements would make it more useful?

The QPR-Fr cannot currently be used to measure progress in someone's recovery process, while it would be essential for clinical practice. Two psychometric elements are needed. The sensitivity to change of the QPR-Fr total score would reflect the validity of the change score, i.e., whether the scale can detect change over time in personal recovery. In clinical practice, sensitivity to change ensures that practitioners can assess personal recovery over time in people with lived experience. It would thus allow them to evaluate their own practices, for example to better understand whether an intervention is effective to significantly improve the personal recovery of people with lived experience. The other needed psychometric property is the measurement error of the scale, which would allow to adequately interpret the change score. It is defined as the systematic and random error of a person's score that is not attributed to true changes in the construct to be measured, here personal recovery (Mokkink et al., 2010). Measurement error can be estimated through the computation of a Minimal Important Change (MIC) criterion. The MIC refers to "the smallest measured change score that patients perceive to be important" (van Kampen et al., 2013, p.2). The MIC complements sensitivity to change by considering the subjective side of change. It is thus consistent with a personal recovery-oriented approach. In clinical practice, the MIC allow practitioners to know whether the change measured in personal recovery is meaningful to people with lived experience as a complement to their perspective. Thus, the MIC can be used as a relevant benchmark in the effectiveness assessment of clinical practice in respect to the subjectivity of people with lived experience.

As this study does not provide these psychometric indicators of change, the QPR-Fr guarantees neither a valid assessment of the progress of people throughout their personal recovery journey, nor a valid assessment of the effectiveness of practices promoting personal recovery. Future studies should therefore produce evidence of the QPR-Fr sensitivity to change and measurement error. In order to provide the least biased results possible, we suggest researchers to use APA Standards for Educational and Psychological Testing (American Educational Research Association et al., 2014) or the Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) guidelines for the systematic review of Patient-Reported Outcome Measures (Prinsen et al., 2018; Mokkink et al., 2017). As it has been done in previous QPR validation studies, sensitivity to change can be assessed using two

measurement times designs, by comparing the QPR mean score before and after an intervention (Argentzell et al., 2017) or by investigating the association between the QPR score and the change score of another instrument (Williams et al., 2015). In any case, it requires a longitudinal study design. Similarly, several methods can be used to compute the MIC: distribution-based methods that use distribution parameters such as standard deviation of the change score or standard error of measurement; and anchor-based methods that compare the change score to an external criterion of important change, for example a previously defined MIC (see Terwee et al., 2021 for a comprehensive review). To rightfully interpret a change score, one must ensure that the MIC is larger than the measurement error.

4.3. Conclusion

This study provided a validation of a 19-item French version of the Questionnaire about the Process of Recovery. This validation will ensure a relevant assessment of personal recovery. Further studies need to address the limitations of this study to render the QPR-Fr a more valuable instrument to assess personal recovery, particularly in measuring a progress. The personal recovery approach is still often confounded with clinical recovery or functional recovery definitions, for example in the French law promoting people with lived experience's' recovery (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017). However, there is an increasing willingness to consider the person beyond the disorder. The ability to assess personal recovery both in research and practice with the QPR-Fr might contribute to this transformation. It also might lead to the development of mental health policy guidelines to assist practitioners and psychiatric services in promoting the personal recovery of people with lived experience, as it has been done in anglophone countries (e.g., Australian Health Ministers' Advisory Council, 2013). Lastly, the validation of the QPR-Fr is an additional step in the validation work of the QPR, which is already well underway at the international level. Such a worldwide deployment of the QPR ensures a consistent and standardized assessment of personal recovery around the world, taking into account cultural differences. It would be critical to make cross-country comparisons for evaluating what improves or impedes the personal recovery of people with lived experience.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.
Founding: The research was carried out with a PhD scholarship from the Ministry of Higher Education, Research and Innovation (France).

References

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). Standards for Educational and Psychological Testing. https://www.testingstandards.net

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(2), 159–168. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0095104

Argentzell, E., Hultqvist, J., Neil, S., & Eklund, M. (2017). Measuring personal recovery – psychometric properties of the Swedish Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Swe). Nordic Journal of Psychiatry, 71(7), 529–535. https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1346144

Auquier, P., Simeoni, M. C., Sapin, C., Reine, G., Aghababian, V., Cramer, J., & Lançon, C. (2003). Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. Schizophrenia Research, 63(1–2), 137–149. https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00355-9

Australian Health Ministers' Advisory Council. (2013). A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers. Commonwealth of Australia.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and Qualitative Aspects of the Social Network in Schizophrenic Patients Living in the Community. Relationship To Sociodemographic Characteristics and Clinical Factors and Subjective Quality of Life.

International Journal of Social Psychiatry, 47(3), 67–77. https://doi.org/10.1177/002076400104700307

Bolin, J. H. (2022). Regression Analysis in R (1st ed.). Chapman and Hall/CRC. https://doi.org/10.1201/9780429295843

Boswell, J. F., Hepner, K. A., Lysell, K., Rothrock, N. E., Bott, N., Childs, A. W., Douglas, S., Owings-Fonner, N., Wright, C. V., Stephens, K. A., Bard, D. E., Aajmain, S., & Bobbitt, B. L. (2023). The need for a measurement-based care professional practice guideline. Psychotherapy, 60(1), 1–16. https://doi.org/10.1037/pst0000439

Boyer, L., Fernandes, S., Faugere, M., Richieri, R., Auquier, P., Fond, G., & Lancon, C. (2022). The Validity of the SQoL-18 in Patients with Bipolar and Depressive Disorders: A Psychometric Study from the PREMIUM Project. Journal of Clinical Medicine, 11(3), 743. https://doi.org/10.3390/jcm11030743

Boyer, L., Simeoni, M.-C., Loundou, A., D'Amato, T., Reine, G., Lancon, C., & Auquier, P. (2010). The development of the S-QoL 18: A shortened quality of life questionnaire for patients with schizophrenia. Schizophrenia Research, 121(1–3), 241–250. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.05.019

Brown, T. A. (2015). Confirmatory Factor Analysis for Applied Research (Second). The Guilford Press.

Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), Testing structural equation models (pp. 136–162). Sage.

Chien, W. T., & Chan, Z. C. Y. (2013). Chinese translation and validation of the questionnaire on the process of recovery in schizophrenia and other psychotic disorders. Research in Nursing & Health, 36(4), 400–411. https://doi.org/10.1002/nur.21549

Chirio-Espitalier, M., Schreck, B., Duval, M., Hardouin, J.-B., Moret, L., & Bronnec, M. G. (2022). Exploring the Personal Recovery Construct in Bipolar Disorders: Definition, Usage and Measurement. A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry, 13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.876761

Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. Community Mental Health Journal, 35(3), 231–239. https://doi.org/10.1023/A:1018741302682

Corrigan, P. W., & Phelan, S. M. (2004). Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses. Community Mental Health Journal, 40(6), 513–523. https://doi.org/10.1007/s10597-004-6125-5

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal, 19(3), 91–97. https://doi.org/10.1037/h0101301

Deng, L., & Chan, W. (2017). Testing the Difference Between Reliability Coefficients Alpha and Omega. Educational and Psychological Measurement, 77(2), 185–203. https://doi.org/10.1177/0013164416658325

Derogatis, L. R. (1993). The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, Scoring and Procedures Manual. National Computer Systems.

Derogatis, L. R., & Deshayes, S. (2016). BSI® 18 inventaire court de symptômes psychologiques manuel. Pearson.

Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. British Journal of Psychology, 105(3), 399–412. https://doi.org/10.1111/bjop.12046

Dziuban, C. D., & Shirkey, E. C. (1974). When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules. Psychological Bulletin, 81(6), 358–361. https://doi.org/10.1037/h0036316

Elhilali, L., Burr, C., Rabenschlag, F., Zuaboni, G., Eissler, C., & Richter, D. (2023). Psychometric assessment of the German version of the Questionnaire about the Process of Recovery. International Journal of Mental Health Nursing, 32(1), 314–322. https://doi.org/10.1111/inm.13083

Felix, S., Valery, K.-M., Caïada, M., Guionnet, S., Bonilla, J., Destaillats, J.-M., & Prouteau, A. (2023). Personal recovery self-report outcome measures in severe mental illness: A systematic review of measurement properties [Manuscript in preparation]. Laboratory of Psychology, University of Bordeaux.

Gana, K., Boudouda, N. E., Ben Youssef, S., Calcagni, N., & Broc, G. (2021). Adaptation transculturelle de tests et échelles de mesure psychologiques : guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA. Pratiques Psychologiques, 27(3), 223–240. https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.02.001

Gana, K., Daigre, S., & Ledrich, J. (2013). Psychometric Properties of the French Version of the Adult Dispositional Hope Scale. Assessment, 20(1), 114–118. https://doi.org/10.1177/1073191112468315

Girard, V., Tinland, A., Mohamed, E. had, Boyer, L., & Auquier, P. (2015). Psychometric properties of the recovery measurement in homeless people with severe mental illness. Schizophrenia Research, 169(1–3), 292–297. https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.007

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Kanehara, A., Kotake, R., Miyamoto, Y., Kumakura, Y., Morita, K., Ishiura, T., Shimizu, K., Fujieda, Y., Ando, S., Kondo, S., & Kasai, K. (2017). The Japanese version of the questionnaire about the process of recovery: development and validity and reliability testing. BMC Psychiatry, 17(1), 360. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1520-y

Koleck, M. (2000). Rôle de certains facteurs psychosociaux dans l'évolution des lombalgies communes : une étude semi-prospective en psychologie de la santé [Thèse de Doctorat en Psychologie]. Université de Bordeaux 2.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. Journal of Chiropractic Medicine, 15(2), 155–163. https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012

Kraiss, J. T., Klooster, P. M., Chrispijn, M., Stevens, A. W. M. M., Kupka, R. W., & Bohlmeijer, E. T. (2019). Measuring personal recovery in people with bipolar disorder and exploring its relationship with well-being and social role participation. Clinical Psychology & Psychotherapy, 26(5), 540–549. https://doi.org/10.1002/cpp.2371

Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale.

Law, H., Neil, S. T., Dunn, G., & Morrison, A. P. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). Schizophrenia Research, 156(2–3), 184–189. https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.04.011

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. Le, Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis.

British Journal of Psychiatry, 199(6), 445–452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. Psychiatry Research, 143(1), 99–108. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.019

Leendertse, J. C. P., Wierdsma, A. I., van den Berg, D., Ruissen, A. M., Slade, M., Castelein, S., & Mulder, C. L. (2021). Personal Recovery in People With a Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Associated Factors. Frontiers in Psychiatry, 12(622628). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.622628

Lim, M., Li, Z., Xie, H., Tan, B. L., & Lee, J. (2019). An Asian study on clinical and psychological factors associated with personal recovery in people with psychosis. BMC Psychiatry, 19(1), 256. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2238-9

McDonald, R. P. (1999). Test theory: A unified treatment. Lawrence Erlbaum.

Mokkink, L. B., de Vet, H. C. W., Prinsen, C. A. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 27(5), 1171–1179. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. Journal of clinical epidemiology, 63(7), 737–745. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006

Mental Health Commission of Canada. (2015). Recovery Guidelines. Author.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Décret no 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Journal Officiel de La République Française.

Munuera, C., Felix, S., M'bailara, K., Echegaray, F., Prouteau, A., Brockbank-Chasey, S., Chambon, L., & Soanes, L. (2021). Traduction du questionnaire sur le Processus de Rétablissement (QPR ; Neil et al., 2009) - Version Française. Laboratory of Psychology, University of Bordeaux.

National Institute for Mental Health in England. (2005). Guiding Statement on Recovery. National Institute for Mental Health in England, Department of Health.

Neil, S. T., Kilbride, M., Pitt, L., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W., & Morrison, A. P. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. Psychosis, 1(2), 145–155. https://doi.org/10.1080/17522430902913450

Nugent, W. R., & Thomas, J. W. (1993). Validation of a Clinical Measure of Self-Esteem. Research on Social Work Practice, 3(2), 191–207. https://doi.org/10.1177/104973159300300205

Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis: a user-led project. Psychiatric Bulletin, 31(2), 55–60. https://doi.org/10.1192/pb.bp.105.008532

Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. Quality of Life Research, 27(5), 1147–1157. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3

R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. https://www.R-project.org/.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44(1), 127–139. https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127

Schmier, J. K., & Halpern, M. T. (2004). Patient recall and recall bias of health state and health status. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 4(2). https://doi.org/10.1586/14737167.4.2.159

Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2013). Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. Psychiatric Services, 64(10), 974–980. https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012

Shrestha, N. (2021). Factor Analysis as a Tool for Survey Analysis. American Journal of Applied Mathematics and Statistics, 9(1), 4–11. https://doi.org/10.12691/ajams-9-1-2

Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. Psychological Bulletin, 86(2), 420–428. https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420

Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L., & Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. Clinical Psychology Review, 33(8), 1082–1095. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. BMC Health Services Research, 10(1), 26. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology, 60(4), 570–585. https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570

Terwee, C. B., Peipert, J. D., Chapman, R., Lai, J. S., Terluin, B., Cella, D., Griffiths, P., & Mokkink, L. B. (2021). Minimal important change (MIC): a conceptual clarification and systematic review of MIC estimates of PROMIS measures. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 30(10), 2729–2754. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02925-y

Tse, S., Yuen, W. W. Y., Murray, G., Davidson, L., Lai, Q., & Kan, A. (2019). Combining technical and expert-by-experience knowledge in the quest for personal recovery from bipolar disorder: a qualitative study. BMC Psychiatry, 19(1), 368. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2357-3

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. Canadian Psychology / Psychologie Canadienne, 30(4), 662–680. https://doi.org/10.1037/h0079856

van Kampen, D. A., Willems, W., van Beers, L. W. A. H., Castelein, R. M., Scholtes, V. A. B., & Terwee, C. B. (2013). Determination and comparison of the smallest detectable change (SDC) and the minimal important change (MIC) of four-shoulder patient-reported outcome measures (PROMs). Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 8(1), 40. https://doi.org/10.1186/1749-799X-8-40

Williams, J., Leamy, M., Pesola, F., Bird, V., Boutillier, C. Le, & Slade, M. (2015). Psychometric evaluation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). British Journal of Psychiatry, 207(6), 551–555. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.161695

World Health Organization. (2019). Recovery and the right to health: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/329577

Annexe 4. Questionnaire sur le Processus de Rétablissement (QPR-Fr)

Questionnaire about the Process of Recovery (QPR, Neil et al., 2009)

Version Française (QPR-Fr, Munuera et al., 2024)

Consignes : Ce questionnaire a été élaboré afin de mieux comprendre le processus de rétablissement ; ce qui est bénéfique et ce qui l'est moins. Tout le monde est différent et il y aura des différences pour chacun. Les items de ce questionnaire ont été élaborés en interrogeant les usagers des services concernant leur parcours de rétablissement.

Nous espérons qu'en remplissant ce questionnaire, vous nous aiderez à obtenir des informations qui sont importantes pour vous et votre propre rétablissement. Tous les facteurs ne seront pas importants pour vous, car chacun est différent. Ce questionnaire n'est pas destiné à être utilisé pour imposer quoi que ce soit contre votre volonté. Ce questionnaire peut être un support pour échanger avec les personnes qui vous accompagnent au sujet de votre rétablissement.

Lorsque vous remplissez ce questionnaire, veuillez prendre un moment afin d'examiner et de résumer la manière dont les choses se déroulent pour vous actuellement, en particulier ces sept derniers jours, en ce qui concerne votre santé mentale ainsi que votre rétablissement.

Veuillez répondre aux affirmations suivantes, selon votre ressenti, en cochant la case qui décrit le mieux votre situation.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Je me sens mieux dans ma peau.					
2. Je me sens capable de saisir des opportunités dans la vie.					
3. Je suis capable de développer des relations positives avec d'autres personnes.					
4. J'ai le sentiment de faire partie de la société plus que d'être isolé(e).					
5. Je suis capable de m'affirmer.					
6. J'ai le sentiment d'avoir un but dans la vie.					
7. Mes expériences m'ont fait évoluer positivement.					
8. J'ai été en mesure de surmonter les choses qui me sont arrivées et de passer à autre chose.					
9. Au fond, je suis fortement motivé(e) pour aller mieux.					
10. Je peux reconnaître les choses positives que j'ai faites.					
11. Je suis capable de mieux me connaître.					
12. Je peux prendre ma vie en main.					
13. Je suis capable d'accéder à un soutien extérieur.					
14. Je peux peser le pour et le contre du soin psychiatrique.					
15. Mon parcours de rétablissement a permis d'apporter une vision différente aux autres sur les possibilités d'aller mieux.					
16. Je suis en mesure de donner du sens à mes expériences douloureuses.					
17. Je suis en mesure de m'engager activement dans la vie.					
18. Je peux maîtriser certains domaines de ma vie.					
19. Je peux trouver du temps pour faire des choses qui me plaisent.					

Comment utiliser le QPR-Fr ?

1) Cotation

Le QPR-Fr est composé de 19 items notés de 0 (Pas du tout d'accord) à 4 (Tout à fait d'accord). Un score total peut être calculé en additionnant le score obtenu à chaque item : il est donc compris entre 0 et 76.

2) Interprétation

Attention ! Les items du QPR-Fr permettent de mesurer des processus psychologiques identifiés dans la littérature scientifique comme facilitant le rétablissement des personnes. Comme ces processus ne revêtent pas la même importance pour chaque individu, et ne s'expriment pas de la même manière selon les individus, un même score total peut ne pas avoir la même signification.
En revanche, le score total peut servir à objectiver pour une même personne une amélioration.
Pour citer les auteurs originaux (Neil et al., 2009) : *« Les professionnels peuvent utiliser le QPR à la fois comme un outil pour définir des objectifs/buts/aspirations et comme une mesure de ces objectifs. Les usagers impliqués dans cette étude ont suggéré que* ***le QPR ne devait pas être utilisé de manière stérile, mais plutôt comme vecteur pour faciliter la discussion au sujet de ces objectifs****. Par conséquent, le QPR pourrait être utilisé comme un outil pour aider les personnes à s'ouvrir, en leur fournissant un cadre, des idées d'objectifs vers lesquels elles pourraient se tourner, et ensuite être utilisé pour suivre leur progression et fournir des preuves de celle-ci. »*

3) Utilisation

Le QPR est conçu pour être auto-administré. Vous pouvez laisser les personnes le remplir seules, ou le faire avec elles : le mieux reste de leur demander leur préférence. Nous déconseillons fortement la complétion de ce questionnaire en l'absence des personnes concernées.
Au vu des éléments ci-avant, et des retours que nous avons eu par les personnes concernées, nous estimons que le QPR pourrait et devrait servir de support d'entretien. Il peut être implémenté en pratique clinique courante, et également servir d'indicateur d'efficacité des pratiques/accompagnements proposés dans la structure.
Attention cependant pour ce dernier point, à l'heure actuelle (décembre 2022) le QPR en langue française n'a pas démontré ses propriétés de sensibilité au changement (sa capacité à détecter un changement réel dans le temps).
Le QPR peut être utilisé dans les travaux de recherche. Le score total peut constituer un indicateur du niveau de rétablissement personnel du fait de l'unidimensionnalité de la structure factorielle de l'outil.

Remerciements
Nous remercions toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin au développement de cette version en langue Française du QPR, notamment les membres du ClubHouse de Bordeaux, ainsi que les différentes communautés numériques sollicitées.

(Traduction : Munuera, C., Felix, S., M'bailara, K., Echegaray, F., Prouteau, A., Brockbank-Chasey, S., Chambon, L., Soanes, L., en collaboration avec le Clubhouse® Bordeaux)

Annexe 5. Echelle d'évaluation de l'orientation rétablissement (RSAR-Fr)

Recovery Self-Assessment scale Revised – Person in Recovery version

(RSAR, O'Connell et al., 2005, 2007)

Version Française (RSAR-Fr, Felix et al., soumis)

Consignes : Les affirmations ci-dessous décrivent les accompagnements qui peuvent être proposés aux personnes en psychiatrie. Elles concernent à la fois les activités, valeurs, politiques et pratiques de ces accompagnements.

Veuillez indiquer si ces affirmations décrivent correctement l'accompagnement qui vous est proposé. Pour cela, répondez en utilisant l'échelle ci-dessous allant de 1 = « Pas du tout d'accord » à 5 = « Tout à fait d'accord ».

[Uniquement si recueil en ligne / distance] Si vous êtes accompagné(e) par plusieurs équipes/services d'une même structure, répondez par rapport à cette structure de manière générale. Si ces équipes/services n'appartiennent pas à la même structure, répondez par rapport à l'accompagnement dans lequel vous investissez le plus de temps.

	1 Pas du tout d'accord	**2** Plutôt pas d'accord	**3** Ni d'accord ni pas d'accord	**4** Plutôt d'accord	**5** Tout à fait d'accord	**NA** Non-applicable	**DK** Je ne sais pas
1. L'équipe est accueillante et m'aide à me sentir à l'aise dans cet accompagnement.							
2. Les locaux du service (par exemple le hall, les salles d'attentes etc.) semblent accueillants et décents.							
3. L'équipe m'encourage à avoir de l'espoir et des grandes attentes pour moi-même et mon rétablissement.							
4. Je peux changer de médecin ou de professionnel référent si je le souhaite.							
5. Je peux accéder facilement à mon dossier médical si je le souhaite.							
6. L'équipe n'use pas de menaces, de chantage, ou d'autres formes de pression pour me faire faire ce qu'ils veulent.							
7. L'équipe croit en mes possibilités de rétablissement.							
8. L'équipe estime que j'ai la capacité de gérer mes propres symptômes.							

	1 Pas du tout d'accord	**2** Plutôt pas d'accord	**3** Ni d'accord ni pas d'accord	**4** Plutôt d'accord	**5** Tout à fait d'accord	**NA** Non-applicable	**DK** Je ne sais pas
9. L'équipe estime que je peux faire mes propres choix de vie, sur des sujets comme où habiter, quand travailler, avec qui être ami, etc.							
10. L'équipe m'écoute et respecte mes décisions concernant mon traitement et mon accompagnement.							
11. L'équipe m'interroge régulièrement sur mes intérêts personnels et les choses que je voudrais faire dans la communauté.							
12. L'équipe m'encourage à prendre des risques et à essayer de nouvelles choses.							
13. Cet accompagnement propose des services spécifiques qui sont en adéquation avec ma culture personnelle et mes expériences de vie.							
14. On me donne des occasions de parler de mes besoins et intérêts spirituels quand je le souhaite.							
15. On me donne des occasions de parler de mes besoins et intérêts sexuels quand je le souhaite.							
16. L'équipe m'aide à développer et planifier des objectifs de vie au-delà de la gestion des symptômes ou de la stabilité de la maladie (par exemple l'emploi, la formation, la forme physique, les relations avec la famille et les amis, les loisirs).							
17. L'équipe m'aide à trouver du travail.							
18. L'équipe m'aide à m'impliquer dans des activités sans rapport avec la santé mentale ou les addictions, comme des associations (y compris religieuses), des formations, du sport, des loisirs.							
19. L'équipe m'aide à impliquer les personnes importantes pour moi dans la construction de mon rétablissement (comme la famille, les amis ou l'employeur)							
20. L'équipe me met en contact avec des personnes en rétablissement qui peuvent me servir de modèles ou de mentors.							

	1 Pas du tout d'accord	**2** Plutôt pas d'accord	**3** Ni d'accord ni pas d'accord	**4** Plutôt d'accord	**5** Tout à fait d'accord	**NA** Non-applicable	**DK** Je ne sais pas
21. L'équipe propose de m'aider à reconnaître mes capacités, à rencontrer des groupes/programmes de soutien par les pairs, ou bien de défense des droits des usagers.							
22. L'équipe m'aide à participer à des activités communautaires (par exemple du volontariat/bénévolat, des services à la communauté, de la surveillance de quartier, du nettoyage de l'environnement).							
23. Je suis encouragé à aider l'équipe au développement de nouveaux groupes, programmes ou services.							
24. Je suis encouragé à m'impliquer dans l'évaluation des services proposés dans cet accompagnement, ainsi que des accompagnateurs.							
25. Je suis encouragé à assister aux conseils décisionnels de l'institution et/ou aux réunions de management si je le souhaite.							
26. L'équipe discute avec moi de ce qui serait nécessaire pour aller jusqu'au bout de cet accompagnement ou le quitter.							
27. L'équipe m'aide à suivre les progrès que je fais en direction de mes buts personnels.							
28. L'équipe travaille dur pour m'aider à atteindre mes buts personnels.							
29. Je suis/peux être impliqué dans les formations du personnel et les programmes de formation dans l'institution.							
30. L'équipe est à l'écoute et répond à mes expériences culturelles, mes intérêts et préoccupations.							
31. L'équipe est bien renseignée sur les groupes d'intérêt et activités dans la communauté.							
32. Le personnel de l'institution est diversifié en termes de culture, d'appartenance ethnique, de mode de vie et d'intérêts.							

Annexe 6 : Curriculum Vitae

(Septembre 2025)

Simon FELIX
Né le 30 novembre 1997, à Paris 12e (France)

Adresses professionnelles

Laboratoire de Psychologie LabPsy (UR 4139)
Université de Bordeaux
3 ter place de la Victoire
33076 Bordeaux cedex
Tel : 05 57 57 30 27

Equipe ESPPAIR - Pôle de psychiatrie adulte
Centre Hospitalier de Jonzac
Lieudit « Domaine des fossés »
17500 St Martial de Vitaterne
Tel : 05 46 48 75 38

simon.felix@u-bordeaux.fr

Statut actuel

Doctorant en psychologie, spécialité neuropsychologie clinique, Faculté de Psychologie, Laboratoire LabPsy UR4139, Université de Bordeaux (depuis 2021)

Psychologue attaché de recherche clinique, Equipe ESPPAIR, Pôle de Psychiatrie Adulte, Centre Hospitalier de Jonzac, St Martial de Vitaterne (depuis 2021)

Formation

2024 Sept-Nov : Visite académique (stage doctoral)
Institute of Mental Health, Nottingham, UK (Recovery Research Team, Pr. Mike Slade & Pr. Yasuhiro Kotera)
Bourse de mobilité UBGRSmob, Université de Bordeaux

2021 Master Psychologie, spécialité Neuropsychologie Clinique (*Mention Bien*)
Université de Bordeaux
Obtention du titre de Psychologue Clinicien, spécialisé en Neuropsychologie

2019 Licence Psychologie (*Mention Bien*)
Université de Bordeaux

Formations annexes

02/2022 Journey to Open Science (2h), découverte et sensibilisation aux bonnes pratiques de l'Open Science (Université de Bordeaux)

05/2022 Premiers Secours en Santé Mentale (PPSM France, Bordeaux)

04/2023 Ethique de la recherche (Université de Bordeaux)

Prévue pour 12/2025 : Intégrité scientifique (Université de Bordeaux)

Enseignement

Activités d'enseignement

Assistant Temporaire Vacataire : travaux dirigés auprès des 2e et 3e années de Licence de Psychologie, Université de Bordeaux (335h depuis 2021)
Thèmes principaux :
Neuropsychologie, Mémoire autobiographique et identité dans la schizophrénie
Psychologie clinique : Méthode de l'examen psychologique de l'adulte
Traitement des données : Comparaison de moyennes, Comparaison de fréquences, Régressions linéaires

Intervenant dans la Licence Professionnelle Médiateur Santé Pair (enseignements et tutorat), Université de Bordeaux (depuis 2022)
Thèmes principaux :
Psychologie clinique, Rétablissement personnel et pratiques orientées rétablissement

Tutorat de Psychologie auprès des 2e et 3e années de Licence de Psychologie, Université de Bordeaux (2019-2021)

Activités d'encadrement

Encadrement de mémoires en Licence 3 et Master 1 de Psychologie (2021-2025), Université de Bordeaux
TER Master 1 :
N.Exposito, 2021-2022 : « *Revue PRISMA des outils mesurant l'orientation rétablissement des services en santé mentale »*
M.Lartigue, 2021-2022 « *Facteurs associés à l'Orientation Rétablissement : Revue Systématique PRISMA* »
L.Martins & S.Mitton, 2022-2023 : « *Identité et rétablissement dans la schizophrénie : apport de la mémoire autobiographique* »
C.Letourneau, 2023-2024 : « *Droits fondamentaux des usagers en psychiatrie : pour une pratique orientée rétablissement* »
R.Osseiran, 2023-2024 : « *Pratiques orientées vers le rétablissement parmi les professionnels de la santé mentale en France : une enquête nationale.* »
M.Pilet, 2024-2025 : « *Regards croisés sur le rétablissement : comparaison des représentations entre professionnels de santé mentale et proches de personnes concernées par un trouble psychique.* »

Responsabilités collectives

Responsabilités administratives

2022-24 : Elu représentant des doctorants à l'Ecole Doctorale SP2, Université de Bordeaux

2022-24 : Elu représentant des doctorants au Collège des Ecoles Doctorales, Université de Bordeaux

Responsabilités pédagogiques

Depuis 2022 : Membre du conseil de perfectionnement de la Licence Professionnelle Médiateur Santé Pair, Université de Bordeaux

Réseaux et engagements

Depuis 2024 : Membre du **réseau de recherche international REACH** (Research Ensemble for Advancement in Cross-cultural Healthcare, https://reach-global.org/)

Depuis 2023 : Membre de la **Communité Mixte de Recherche sur la Pair-Aidance Professionnelle** – Université de Bordeaux (https://universitedebordeaux.wixsite.com/cmr-pair-aidance)

Depuis 2023 : **Observateur Quality Rights** – Centre Collaborateur de l'OMS, EPSM Lille-Métropole (https://www.epsm-lille-metropole.fr/qr)

Depuis 2023 : Co-fondateur et **co-président de l'association proSpairs** (communication et sensibilisation à la santé mentale) – Bordeaux (https://prospairscontact.wixsite.com/my-site)

Activité de relecture par les pairs

2025 – N=4 relectures
Community Mental Health Journal (Q1 SJR 2024)
Frontiers Psychiatry (Q1 SJR 2024)
Journal of Mental Health (Q1 SJR 2024)
Schizophrenia Bulletin (Q1 SJR 2024)

Liste des publications

Publications dans des revues à comité de lecture (ACL)

En préparation / Soumis :

Felix, S., Munuera, C., Seguela, A.Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., M'Bailara, K. & Prouteau, A. (**soumis**). Capturing Lived Experience of Recovery-Oriented Mental Health Care: Validation of the French Recovery Self-Assessment Scale (RSAR-Fr).

Valery, K.-M., Antoine, L., Bonilla-Guerrero, J., Caiada, M., Destaillats, J.-M., **Felix, S.**, Fournier, T., Guionnet, S., Moresmau, A., Seguela, A., Tachouzin, A., Tison, E., Violeau, L., & Prouteau, A. (**preprint**). The Practice of Self-Disclosure Among Mental Health Professionals : The DÉVOILE Study.

Felix, S., Caiada, M., Seguela, A., Guionnet, S., Tison, E., Valéry, K.-M., Dulaurens, M., Aragnou, C., Lagarde, R., Hillairet, B., Reyraud, H., Sebbane, D., Staedel, B., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., Carrier, A., Deprez, G., Corbière, M., Kotera, Y. & Prouteau, A. (**en préparation**). Two levels, two logics ? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey.

Felix, S., Caiada, M., Seguela, A., Guionnet, S., Tison, E., Valéry, K.-M., Dulaurens, M., Aragnou, C., Lagarde, R., Hillairet, B., Reyraud, H., Sebbane, D., Staedel, B., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., Carrier, A., Deprez, G., Corbière, M., Kotera, Y. & Prouteau, A. (**en préparation**). Modeling recovery-oriented practices: relationships between staff recovery beliefs, attitudes, practices and perception of work climate.

Felix, S., Caiada, M., Seguela, A., Guionnet, S., Tison, E., Valéry, K.-M., Dulaurens, M., Aragnou, C., Lagarde, R., Hillairet, B., Reyraud, H., Sebbane, D., Staedel, B., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., Carrier, A., Deprez, G., Corbière, M., Kotera, Y. & Prouteau, A. (**en préparation**). Cross-validation of two staff-rated measures of mental health services' recovery-orientation.

Seguela, A., **Felix, S.**, Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Tison, E., Destaillats, J.-M., Bonilla-Guerrero, J., Idiartegaray, P., Sebbane, D., Vigneault, L., Touroude, R., Lalbin-Wander, N., & Prouteau, A. (**en préparation**). Stigmatization of peer workers and associated factors: a participative study.

Daryanani R, McPhilbin M, Hunter-Brown H, **Felix S**, Ng F, Lawrence S, Barrett K, Ingall B, Takhi S, Dunnett D, Stepanian K, Kotera Y, Yeo C, Hayes D, Jebara T, Jepps J, Simpson J, Halidu M, Whitley R, Miyamoto Y, Kroon H, Namasaba M, Meddings S, Ronaldson A, Repper J, Perkins R, Slade M & Henderson C (**en préparation**). Exploring the intended outcomes of goal setting support offered at Recovery Colleges using a document analysis of 79 Recovery Colleges in England.

Kellermann V, McPhilbin M, Jebara T, Daryanani R, Jepps J, Takhi S, J Simpson, Meddings S, Hunter-Brown H, Jennings H, Grant-Rowles J, Barrett K, Elton D, Kapka A, **Felix S**, Kotera Y, Bates P, Slade M, Henderson C, Brophy L, Lawrence V, Bishop S (**en préparation**). Staff perspectives on the contextual and organisational factors that influence the delivery of service and student outcomes.

Publiés :

2025

Valery, K.-M., **Felix, S.**, Caiada, M., Fournier, T., Guionnet, S., Seguela, A., Tison, E., Violeau, L., & Prouteau, A. (2025). The Power of Beliefs in Recovery-Oriented Practice : A Brief Report from the STIGMAPRO Survey. Community Mental Health Journal. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01437-6 *(IF=1.7) Q1 Health (social science) / Public Health, Environmental and Occupational Health*

Kotera, Y., Hara, A., Newby, C., Miyamoto, Y., Ozaki, A., Ali, Y., Clinton, P., **Felix, S.**, John, C., Inta, N., & Slade, M. (2025). Development and evaluation of a mental health recovery priority measure for cross-cultural research : Global INSPIRE. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. https://doi.org/10.1007/s00127-025-02946-9 *(IF=3.5) Q1 Health (social science) / Psychiatry and Mental Health / Social Psychology*

Kotera, Y., Ronaldson, A., Takhi, S., **Felix, S.**, Namasaba, M., Lawrence, S., Kellermann, V., Kapka, A., Hayes, D., Dunnett, D., Jebara, T., Murakami, M., Bakolis, I., Repper, J., Meddings, S., Stergiopoulos, V., Brophy, L., De Ruysscher, C., Eplov, L., … Slade, M. (2025). Cultural influences on fidelity components in recovery colleges : A study across 28 countries and territories. *General Psychiatry*, *38*(3), e102010. https://doi.org/10.1136/gpsych-2024-102010 *(IF=6.8) Q1 Psychiatry and Mental Health*

Valery, K.-M., Guionnet, S., Boivert, P., Bonilla-Guerreo, J., Caiada, M., Destaillats, J.-M., **Felix, S.**, Fournier, T., Tison, E., Violeau, L., Berrier, P.-A., & Prouteau, A. (2025). Quelles compétences professionnelles et pratiques utiles devrait-on retrouver chez les soignants en santé mentale :

Une étude en méthode mixte dirigée par des usagers. L'Encéphale. https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.12.006

Valery, K.-M., Laumier, M., Bonilla-Guerrero, J., Caiada, M., Destaillats, J.-M., **Felix, S.**, Fournier, T., Guionnet, S., Tison, E., Violeau, L., & Prouteau, A. (2025). Facteurs influençant le recours aux soignants chez l'adolescent en détresse psychique : Une étude participative en méthode mixte. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.12.009

2024

Felix, S., Valery, K.-M., Caiada, M., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., & Prouteau, A. (2024). Personal recovery self-report outcome measures in serious mental illness: A systematic review of measurement properties. Clinical Psychology Review, 112, 102459. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102459 *(IF=12.792) Q1 Clinical Psychology / Psychiatry and Mental Health*

Munuera, C., **Felix, S**., Prouteau, A., Caiada, M., Guionnet, S., Valéry, K.-M., Fombouchet, Y., Gard, S., Chevrier, F., Minois, I., & M'bailara, K. (2024). Characterizing personal recovery in severe mental illness: French psychometric validation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR-Fr). *Psychiatric Rehabilitation Journal*. https://doi.org/10.1037/prj0000601 *(IF=2.30) Q1 Health Professions (miscellaneous)*

Caiada, M., Valery, K.-M., **Felix, S.**, Guionnet, S., Tison, E., Gonin, M., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., Pillaud, N., & Prouteau, A. (2024). Stigmatizing intimate relationships in schizophrenia: A study comparing mental health professionals, health students and the general population. Journal of Mental Health, 0(0), 1-11. https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390378

Valery, K.-M., Aubertin, S., Caiada, M., **Felix, S.**, Guionnet, S., Tison, E., Fournier, T., Violeau, L., Chadapeaud, L., Pachnopoulos, J.-B., & Prouteau, A. (2024). Les stéréotypes sur l'enfant identifié Haut Potentiel Intellectuel chez les neuropsychologues en France. ANAE - Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant.

Valery, K.-M., Seguela, A., Caiada, M., Dubos, J., Ducasse, A., Duffa, J., Dumora, C., **Felix, S.,** Fournier, T., Guillet, M., Guionnet, S., Laumier, M., Tison, E., Violeau, L., Violet, M., & Prouteau, A. (2024). Humanizing neuropsychological assessment : The role of empathy. Applied Neuropsychology: Adult. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23279095.2024.2420890

Valery, K. M., Roulin, M., Caiada, M., **Felix, S.**, Guionnet, S., Tison, E., Fournier, T., Violeau, L., Chadapeaud, L., Pachnopoulos, J.-B. & Prouteau, A. (2024). Les stéréotypes sur l'enfant ayant un diagnostic de TDAH chez les neuropsychologues en France. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2024.04.002

2023

Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Caiada, M., **Felix, S**., Guionnet, S., Destaillats, J.-M., & Prouteau, A. (2023). How do mental health professionals stigmatize incompetence in schizophrenia? *Stigma and Health*. https://doi.org/10.1037/sah0000476 *(IF=3.00) Q1 Clinical Psychology*

Caiada, M., **Felix, S**., Guionnet, S., Valery, K.-M., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., & Prouteau, A. (2023). Promoting Intimate Relationships in Mental Illness: A Systematic Review of Interventions. Community Mental Health Journal. https://doi.org/10.1007/s10597-023-01204-z *(IF=2.70) Q1 Health (Social Science)*

Publication dans des revues sans comité de lecture (ASCL)

Felix, S. (2024, mars 03). Pouvoir d'agir, droits et rétablissement dans les pratiques en santé mentale. *Revue Générale de Droit Médical, n°90, p.77-87*. https://www.bnds.fr/edition-numerique/revue/rgdm/rgdm-90/pouvoir-dagir-droits-et-retablissement-dans-les-pratiques-en-sante-mentale-12411.html

Munuera, C., M'bailara, K., & **Felix, S.** (2022, octobre 19). Le rétablissement en santé mentale : Quand les « patients » redeviennent des personnes. *The Conversation*. http://theconversation.com/le-retablissement-en-sante-mentale-quand-les-patients-redeviennent-des-personnes-188263

Ouvrages et chapitres d'ouvrage (OS)

Prouteau, A., Bonilla-Guerrero, J., **Felix, S.**, & Destaillats, J.M. (à paraître). Modèles du handicap et stratégies d'intervention : vers la participation sociale et le rétablissement. Dans N. Franck (dir.), *Traité de réhabilitation psychosociale, 2ed*. Elsevier.

Liste des communications

Communications orales avec actes dans un congrès national (C-ACTN)

Felix, S., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2023, octobre) *Un levier pour le pouvoir d'agir : les pratiques orientées rétablissement*. [Communication orale]. GCSM17, Les droits des personnes en santé mentale : de la protection des libertés à l'exercice de la citoyenneté, 17100 Saintes, France.

Communications invitées (C-INV)

Felix, S., Nouchi, E., Bonilla-Guerrero, J., Maudet, M., Paparelle, V., Cacot, P. (2025, juin). *Caractéristiques des organisations orientées vers le rétablissement.* [Symposium]. Communication présentée aux journées nationales de Santé Mentale France, 34000 Montpelliers, France.

Felix, S. (2025, mai). *Résultats préliminaires de l'enquête RECOR-PRO*. [Communication orale]. Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale, 33520 Bruges, France.

Felix, S. (2025, Janvier). *A systematic review of personal recovery PROMs measurement properties*. [Communication orale]. Visioconférence du réseau Research Ensemble for Advancement in Cross-cultural Healthcare.

Felix, S., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2023, janvier). *Rétablissement : un changement de paradigme*. [Communication orale]. Rétablissement et Stigmatisation en psychiatrie : changer le regard sur les pratiques, CH Castelluccio, 2A004 Ajaccio, France.

Felix, S., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K-M., Prouteau, A. (2022, février). *Rétablissement dans la schizophrénie : pratiques professionnelles et politiques institutionnelles*. [Communication orale] Edition 2022 du Grand Séminaire des Doctorants du Laboratoire de Psychologie, LabPsy EA4139, Université de Bordeaux, France.

Communications par affiche dans un congrès international ou national (C-AFF)

Felix, S., Caiada, M., Seguela, A., Guionnet, S., Tison, E., Valéry, K.-M., Dulaurens, M., Aragnou, C., Lagarde, R., Hillairet, B., Reyraud, H., Sebbane, D., Staedel, B., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.-M., Carrier, A., Deprez, G., Corbière, M., Kotera, Y. & Prouteau, A. (2025, Septembre). *Two levels, two logics? Exploring predictors of recovery-oriented practices: findings from the RECOR-PRO survey*. [Communication affichée]. Refocus on Recovery 2025 International Conference, Nottingham, U.K.

Felix, S., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2024, Juin). *Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties.* [Communication affichée]. Edition 2025 de la Journée de l'Ecole Doctorale SP2, Université de Bordeaux, France.

Felix, S., Munuera, C., Seguela, A., Fombouchet, Y., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Gard, S., Chevrier, F., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.M., M'Bailara, K. & Prouteau, A. (2025, Avril). *Psychometric testing of the French adaptation of the Recovery Self-Assessment (RSA-R) measure of services' recovery-orientation.* [Communication affichée]. Edition 2025 du Grand Séminaire des Doctorants du Laboratoire de Psychologie, LabPsy EA4139, Université de Bordeaux, France.

Felix, S., Munuera, C., Seguela, A., Fombouchet, Y., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Gard, S., Chevrier, F., Bonilla-Guerrero, J., Destaillats, J.M., M'Bailara, K. & Prouteau, A. (2025, Mars). *Psychometric testing of the French adaptation of the Recovery Self-Assessment (RSA-R) measure of services' recovery-orientation.* [Communication affichée]. 2025 Annual Congress of the Schizophrenia International Research Society, Chicago, U.S.A.

Felix, S., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2024, Juin). *Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties.* [Communication affichée]. 15th conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation, Versailles, France.

Felix, S., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2024, Avril). *Personal Recovery Self-Report Outcome Measures in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Measurement Properties.* [Communication affichée]. 2024 Annual Congress of the Schizophrenia International Research Society, Florence, Italie.

Felix, S., Munuera, C., Guionnet, S., Prouteau, A., M'Bailara, K. (2022, Novembre). *Caractériser le rétablissement dans les troubles psychiatriques sévères : validation française du « Questionnaire sur le Processus de Rétablissement ».* [Communication affichée]. Congrès Français de Psychiatrie 2022, Lille, France.

Felix, S., Caiada, M., Guionnet, S., Valery, K. M., Bonilla, J., Destaillats, J. M., & Prouteau, A. (2022, Mai). *Mesurer le rétablissement personnel dans les troubles psychiatriques sévères : une revue systématique*. [Communication affichée]. Colloque GREPACO 2022, Lausanne, Suisse.

Financements obtenus

2024 – Bourse de mobilité internationale UBGRS, Université de Bordeaux (2850€)